

320825



**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

15  
2ej-

**DEPRESION Y AUTOESTIMA  
EN ANCIANOS**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

YASMIN IVONE DIAZ QUIROZ

SILVIA MEJIA ELIAS

MA. DEL ROSARIO NISHIMURA CANO

DIRECTOR DE LA TESIS: LIC. VICTOR H. DORANTES GUTIERREZ

REVISOR: LIC. JOSE M. PEREZ Y FARIAS



## **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 está 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.

## INDICE

<b>CAPITULO I.- INTRODUCCION</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO II.- MARCO TEORICO</b>	
2.1 FACTORES DE ENVEJECIMIENTO.	11
2.2 PERDIDA DE LA INFORMACION A NIVEL GENETICO.	18
2.3 ENFOQUE CIBERNETICO.	21
2.4 ASPECTOS CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS DE LA VEJEZ.	21
2.5 EL ANCIANO Y LA FAMILIA.	28
2.6 PROTECCION Y FOMENTO DE LA SALUD DEL ANCIANO.	29
2.7 ACTIVIDADES PSICOSOCIALES EN LA VEJEZ.	32
2.8 JUBILACION.	33
2.9 OCIO EN EL JUBILADO.	39
2.10 SUGERENCIAS PARA LA PREPARACION DE LA JUBILACION.	40
2.11 ACTIVIDAD LABORAL EN EL ANCIANO.	41
2.12 AMBIENTE FAMILIAR.	49
2.13 PROCESO CAMPO-CIUDAD Y ENVEJECIMIENTO.	50
2.14 LOS CAMBIOS FAMILIARES.	52
2.15 AMBIENTE INSTITUCIONAL.	53
2.16 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA VEJEZ.	58
2.17 RASGOS PSIQUICOS EN EL ENVEJECIMIENTO.	61
2.18 EL ANCIANO Y SU ANGUSTIA EXISTENCIAL.	63
2.19 LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE EN LA EDAD ADULTA.	64

2.20	ENVEJECIMIENTO Y MEMORIA.	65
2.21	SEXUALIDAD DEL HOMBRE ANCIANO.	69
2.22	CICLO EPIGENETICO DE ERIKSON.	70
2.23	DEPRESION.	78
2.24	SINTOMAS DEPRESIVOS.	81
2.25	ASPECTOS BIOQUIMICOS DE LA DEPRESION.	85
2.26	TEORIAS PSICOLOGICAS AFECTIVAS.	90
2.27	CLASIFICACION DE LA DEPRESION.	94
2.28	FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESION.	101
2.29	DEPRESION EN LA TERCERA EDAD.	107
2.30	ASPECTOS SOCIALES DE LA DEPRESION.	116
2.31	AUTOESTIMA.	117
2.32	FACTOR PSICOLOGICO DE LA AUTOESTIMA.	123
2.33	FACTOR SOCIAL DE LA AUTOESTIMA.	128
2.34	FACTOR CONDUCTUAL DE LA AUTOESTIMA.	134
2.35	AUTOESTIMA EN ANCIANOS.	140

### **CAPITULO III.- METODOLOGIA**

-	PROBLEMA.	143
-	OBJETIVO GENERAL.	143
-	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	144
-	VARIABLES.	144
-	DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES.	145

- DISEÑO DE INVESTIGACION.	147
- ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS.	148
- SUJETOS.	151
- TECNICAS DE SELECCION DE LA MUESTRA.	152
- INSTRUMENTOS.	153
- PROCEDIMIENTO.	158
- ANALISIS ESTADISTICO.	159
<b>CAPITULO IV.- RESULTADOS.</b>	<b>160</b>
<b>CAPITULO V.-</b>	
- DISCUCION.	178
- CONCLUSIONES.	179
- SUGERENCIAS.	180
- LIMITACIONES.	181
- ANEXOS.	183
- BIBLIOGRAFIA.	190

# ***CAPITULO I***

## ***INTRODUCCION***

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La vejez es un tema que poco se ha investigado, a pesar de que para la vida de un individuo es algo muy importante, pues es en ella donde recae, toda la experiencia de la vida.

Es interesante investigar sobre la vejez para contar con datos acerca de ella, ya que no se le ha dado suficiente relevancia en la investigación, dado que el individuo cuando es anciano cambia por completo su perspectiva de vida, así como su seguridad individual, sufriendo cambios en su socialización e interacción personal, manifestándose de forma distinta como lo había hecho antes, ya que en esta época es generalmente relegado del núcleo social, dándole paso siempre a la juventud y olvidándose de él, sin saber que pasa consigo mismo, con su familia o su trabajo, si es que todavía se mantiene activo, o si está asilado en alguna Institución Geriátrica, o permanece todavía con su familia.

El propósito de éste estudio fue investigar conjuntamente al anciano con las variables **Depresión y Autoestima**, y con ello determinar si existe relación entre éstas, considerando la influencia de factores como: vivir en familia, poseer una jubilación que le respalde económicamente y encontrarse dentro de un asilo. Ya que todos éstos factores inciden directamente en la última fase del ciclo vital humano, donde cabría esperar que fuera una etapa tranquila, feliz, grata y saludable.

De acuerdo a la revisión bibliográfica efectuada, notamos que a pesar de que en la República Mexicana existen aproximadamente 3'003,346 total de ancianos hombres y mujeres

(XI Censo Gral. de Población y vivienda, INEGI 1990), se han realizado pocas investigaciones referentes a la Psicología Geriátrica, principalmente en lo que se refiere a la evaluación de la Depresión y la Autoestima durante la etapa senil, variables que se han estudiado desde diversos enfoques: Biológico, Psicológico y Social, como son:

- En el Aspecto Biológico.- "Autoestima y Sexualidad en pacientes ancianos con cáncer" (Gendel, E. 1986); "Percepción de Salud oral y autoestima en No-Institucionalizados" (Berkey, D.; Call, R.; Loupe, M. 1985); "Factores etiopatogénicos de las depresiones en la tercera edad": se valoraron los factores desencadenantes de la depresión, tales como: factores situacionales y somáticos (Ayuso, J.L. 1986); "Aspectos Neuroquímicos y Cognoscitivos de la Depresión" (Kidman, A., Enero 1985.); "Manifestaciones Clínicas y Bioquímicas de la Depresión" (Gold, P., Inglaterra, Agosto 1988).

- En el Aspecto Psicológico.- "Recuerdos vagos en terapia grupal de autovaloración" (Boder, N. 1985); "Implicaciones para Intervención y consejo con ancianos depresivos": evaluación de Desahucio, depresión y autoestima en ancianos subclínicamente depresivos (Fry, P. 1984); "Autoestima, vulnerabilidad y desorden psiquiátrico en la comunidad": una hipótesis acerca de la naturaleza del eslabón entre la autovaloración negativa y ciertos desordenes psicológicos (Inghman, J.; Kreitman, N.; Miller, P.; Sashidharam, A.; Surtees, P. 1986); "Están la actividad física y la autoestima relacionadas con depresión" (Parent, C.; Whall, A. 1984); "Depresión en Ancianos" (Neshkes, R., Jarvik, L. 1986); "Inventario de Depresión de Beck y adultos mayores" (Gallagher, D. Junio 1986); "Teoría Cognitiva de Beck's sobre Depresión" (Giles, D. y Shaw, B., Sep.-Oct. 1987).



- En el Aspecto Social.- "Relación de autoestima masculina y autoaceptación en mujeres profesionales, colegiales, clientes y víctimas de la violencia doméstica" (Long, V. 1986; "Efectos de programas educacionales en la intervención de los cuidados con ancianos en un asilo" (Nnewihe, O. 1986).

Además de estudios o investigaciones realizadas, utilizando la danza y el arte como una intervención terapéutica.

En todos los estudios referentes a la autoestima, encontramos que: se le relaciona a ésta con grado de depresión, con manías, con los recuerdos y los cuidados dentales, en lo que se hace mención de cómo éstos aspectos citados intervienen para aumentar o disminuir la autoestima en los ancianos. Por lo tanto es nuestro interés enfocar ésta investigación hacia la evaluación (o conocimiento) de la autoestima y la depresión en el anciano, principalmente cuando la persona se encuentra jubilada o pensionada, a la vez de la influencia que tiene el lugar en donde y con quienes convive, ya sea en su ambiente familiar o bien en una institución y la diferencia entre hombre y mujer.

Esta investigación es de relevancia, debido al momento histórico que vive nuestro país, donde la mayoría de su población es de jóvenes menores de 25 años, teniendo un porcentaje mínimo actual de personas mayores de 65 años, las cuales se encuentran relegadas, sin considerar que fueron el despunte de éstas nuevas generaciones.

Al preguntarse: ¿qué hacemos con los ancianos?, ¿cómo se les protege?, ¿qué valor se les dará como el cimiento del desarrollo del individuo?... Al anciano debe de tomarsele como parte importante de nuestra sociedad para mejorar nuestra Salud Pública, brindándole todo tipo de respaldo y el valor que merece; porque no hay que olvidar que algún día se

llegará a ésta etapa de vida, y cómo, sino favoreciendo el valor que tiene el anciano, y no desechándolo de nuestro mundo productivo, arando así nuestras vidas futuras para que sean más prósperas, y no como desgraciadamente ocurre en la mayoría de los ancianos quienes socialmente son percibidos como ciudadanos de "segunda", precipitándolos con éstas actitudes, a exacerbar la Depresión, lo cual trae como consecuencia una desvalorización de su vida.

Consideramos también, que habiendo estudios en los que se reporta que ha aumentado el índice de suicidios en los ancianos, esto parece estar relacionado a que el sujeto al jubilarse piensa que está inactivo y por lo tanto se siente "inútil", teniendo como consecuencia un estado depresivo conjuntamente con una baja autoestima, la cual a su vez posiblemente se relacione con intentos de suicidio, otra sintomatología emocional diversa como: aislamiento, reacciones paranoídes, etc.. Debido a que el anciano se siente rechazado, adopta actitudes emocionales reactivas, de aislamiento, de soledad, propiciados por un menor contacto con los estímulos exteriores de toda índole, causándole un embotamiento de la sensibilidad emocional, un sentido de fatalismo existencial, sentimientos de inutilidad, entre otros.

Dada la importancia de la Depresión y la Autoestima en ancianos, se eligió una muestra de sujetos con edad entre 65 y 75 años, para comprobar la siguiente hipótesis:

Determinar si en una muestra específica de ancianos, existe alguna relación entre la Depresión y la Autoestima con: su sexo, el encontrarse o no en una Institución y el estar o no Jubilado.

Los resultados encontrados son:

Respecto a la DEPRESION.-

- El efecto de la variable Sexo resultó significativa, existiendo mayor nivel de depresión en hombres que en mujeres.

- El efecto de la variable Institución resultó significativa, existiendo mayor nivel de depresión en sujetos institucionalizados.

- El efecto de la variable Jubilación fue no significativo.

En la interacción de variables el resultado es:

- Sexo-Institución = no significativo.

- Sexo-Jubilación = no significativo.

- Institución-Jubilación = no significativo.

- Sexo-Institución-Jubilación = no significativo.

Respecto a la AUTOESTIMA observamos que:

- El efecto de cada una de las variables, así como la interacción de las mismas, fue no significativa. Es decir que, el grado de autoestima de cada sujeto, no depende de su sexo o de que este o no Institucionalizado o Jubilado.

¿Es posible definir la "vejez" y el "envejecimiento" como un fenómeno bio-psico-socio-cultural en relación con el cambio histórico?, para responder a ésta interrogante los científicos sociales y los escritores populares hace mucho tiempo que están acostumbrados a examinar categorías tales como: la clase social, los factores étnicos y la raza, más recientemente han empezado a utilizar también el sexo como categoría. Pero son menos

sistemáticos en el estudio de la edad, porque resulta difícil mantener una distinción entre un "grupo de edad" y el "envejecimiento" como proceso.

Nuestra sociedad ha pasado de ver al envejecimiento como un proceso natural de la vida para percibirlo como un período de declinación, de "caducidad" y debilidad, se considera como una condición de dependencia y deterioro (Erikson, E. 1974).

La edad cronológica no es suficiente para definir la vejez, ésta es relativa, es simplemente el número de revoluciones que ha dado la tierra alrededor del sol desde que el individuo nace, pero la declinación fisiológica depende en parte de las enfermedades padecidas durante su vida entre los 35 y los 50 años, ésta declinación se relaciona con la disminución del ejercicio físico y las características de un estilo de vida sedentario.

El envejecimiento es válido y entendido sólo cronológicamente como el transcurso del tiempo, significando una evolución progresiva, irreversible, cuyos rasgos esenciales son el modelado de la forma y su destrucción (Boumpadre, A. 1978).

***CAPITULO II***

***MARCO TEORICO***

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 FACTORES DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento es un fenómeno complejo, que al particularizarlo, las variaciones aumentan considerablemente, esto permite diferenciar dos tipos de vejez:

1.- la vejez absoluta, que corresponde al género humano y que es el resultado de los envejecimientos parciales.

2.- La vejez relativa, que corresponde al envejecimiento de un espécimen aislado.

Es decir, la vejez absoluta se refiere al envejecimiento del hombre en una época determinada con factores intrínsecos que corresponden de manera muy particular a la acción del medio al que se está expuesto, y a la organización estructural de la materia misma que se ajustan a las leyes naturales.

"El envejecimiento total del sistema orgánico es el resultado de los envejecimientos parciales de sus células y más aún de sus moléculas" (Boumpadre, A. 1978).

En éste sentido, Weisman, L. (1885) describió la perfecta continuidad del plasma germinativo: los elementos sexuales generados transmiten directamente sus propiedades al organismo engendrado (en Fuentes, A. 1978).

Por su parte Carrel, A. (1912), colocó células de embrión de pollo en cultivos con condiciones de temperatura y nutrición constante y logró mantenerlos vivos durante 34 años sin signos aparentes de vejez, por lo que volvió a tomar fuerza la hipótesis de que los seres

vivo: envejecen por las lesiones que acumulan en su organismo debido, entre otras cosas, a las radiaciones, los cambios externos de temperatura, los traumas mecánicos y químicos, los cambios de presión, los agentes biológicos (parásitos, microbios y virus), los sistemas de vida y las presiones sociales, la calidad de los alimentos y toda la compleja serie de factores que influyen sobre la vida.

Fuentes, A. (1978), concuerda con la idea propuesta en el párrafo previo y sugiere que el envejecimiento Biológico empieza hacia la mitad de la fase de estructuración, mientras que en la fase de decadencia, es decir, en la ancianidad se producen continuamente nuevas formaciones de sustancias corporales y regeneraciones, como sucede en las lesiones de tipo físico. Cada tipo de organismo vivo tiene su propia modalidad de crecimiento y envejecimiento genéticamente programada.

No obstante el ambiente en que se vive influye, por lo menos sobre el ritmo de avance de éste desarrollo programado.

Fisiológicamente, el envejecimiento se realiza en un sistema continuo entre construcción y destrucción, crecimiento y desorganización, daños y compensación, a éste sistema se le denomina como Ciclo Vital, pasando los 40 años de edad se divide en tres etapas: a) *madurez avanzada* (40 a 60 años), b) *senectud* (61 a 75 años) y c) *senilidad* (más allá de los 76 años). Estas etapas nos indican que las funciones que se basan en capacidades física o fisiológicas son las que empiezan a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica.

Los principales cambios fisiológicos que se registran en la vejez son:

- 1.- Resecación gradual de los tejidos.

- 2.- Retardo gradual de la división celular y de la capacidad para crecer y para cicatrización de los tejidos.
  - 3.- Disminución de la capacidad para producir anticuerpos inmunizantes en los casos de infección.
  - 4.- Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
  - 5.- Atrofia celular y aumento de oxigenación de los tejidos.
  - 6.- Gradual disminución de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.
  - 7.- Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.
  - 8.- Degeneración progresiva y atrofia del Sistema Nervioso.
  - 9.- Disminución de la capacidad visual, auditiva, de la atención y memoria.
- Otra serie de características son: el pelo blanca y ralea por despigmentación del bulbo capilar.
- Dehidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dermico subyacente, la piel se arruga.
- La piel de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz se alarga verticalmente a causa de la atrofia de los tejidos elásticos acercándose al mentón. La proliferación senil de la piel produce un espeziamiento de los párpados superiores mientras que se forman bolsas debajo de los ojos.
- El labio superior se afina, el lóbulo de la oreja crece.
- El esqueleto también se modifica, así los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan. La anchura de los hombros se reducen, el



de la pelvis aumenta; el tórax tiende a adquirir una forma sagital sobre todo en la mujer. La atrofia muscular y la esclerosis de las articulaciones acarrear trastornos de la locomoción.

- El esqueleto sufre de osteoporosis, la substancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil, por eso la fractura del fémur que soporta el peso del cuerpo, es un accidente frecuente.

- El corazón no cambia mucho pero su funcionamiento se altera, pierde progresivamente sus facultades de adaptación, por lo que el sujeto debe reducir sus actividades a fin de no abusar de él.

- El sistema circulatorio sufre de arteroesclerosis, lo cual es la causa de la vejez, pero es la característica más constante.

- Las venas pierden su elasticidad, el rendimiento cardíaco disminuye, la velocidad de circulación aminora y la tensión aumenta.

- El consumo de oxígeno por el cerebro se reduce, la caja torácica se vuelve más rígida y la capacidad respiratoria que es de 5 litros a los 25 años, baja a 3 litros a los 85 años.

- La fuerza muscular disminuye, los nervios motores transmiten con menos velocidad, las excitaciones y las reacciones son menos rápidas.

- Hay involucreción de los riñones, de las glándulas digestivas, del hígado.

- Los órganos de los sentidos son afectados, la presbicia es un fenómeno casi universal en los viejos, la vista disminuye y su capacidad de discriminación declina.

- La capacidad auditiva también disminuye, a menudo llega hasta la sordera.

- El tacto, el gusto, el olfato tienen menos agudeza que antes.

- Resiste mejor que los jóvenes del organismo empobrecido, se defiende de las agresiones del mundo exterior, la involución de los órganos reduce el margen de seguridad que permite soportarlas. Las personas de edad son afectadas generalmente por una polipatología crónica; las principales enfermedades seniles son: Las enfermedades del corazón, la artritis, el reumatismo, nefritis, hipertensión y arteroesclerosis. (Fuentes, A. 1978; Fustioni, P. 1979).

Existen varias aproximaciones teóricas que dan cuenta del fenómeno del envejecimiento biológico, dentro de las más destacadas se encuentran:

- Teoría Radical Libre.- Se menciona que: se recurre a los antioxidantes como; la vitamina E y C, esperando con ésto prolongar la juventud y la vida.

- Teoría de Ligamentos cruzados.- Estos ligamentos disminuyen la flexibilidad de los órganos especialmente de los vasos sanguíneos.

- Teoría de dieta pobre en Proteína animal.- Donde la dieta es rica en productos vegetales y pobre en proteínas animales, reportando poblaciones con un gran número de individuos longevos.

- Teoría de la autoinmunidad.- Protegidos de las reacciones inmunológicas dañinas contra sí mismos.

- Teoría de la diferenciación.- Cada célula posee una longevidad intrínseca programada.

- Teoría Metabólica.- En la juventud la producción de enzimas en las células específicas de determinado órgano es regida por la presencia de actividad simultánea de

células vecinas. La excreción de líquidos en los ancianos es baja y muchas veces ocurren retenciones en los tejidos por variaciones en el balance de sodio.

- Factor de rigidez.- en el cual se observa que hay tejido en el que aumenta la rigidez y en otro en que se disminuye.

- Factor ambiental.- Los factores ambientales son los componentes físicos y químicos de la naturaleza o artificiales, como: el clima, la composición del suelo y el agua, la altitud, contaminantes, radiaciones ionizantes y los bióticos, que se refieren al parasitismo. Los factores socioeconómicos: higiene de la vivienda, el trabajo abrumador, etc. (Gamietea, C. 1985).

- Alteraciones funcionales.- La pérdida de la capacidad de división, produce en los animales manifestaciones de envejecimiento, mucho antes de que las células hayan alcanzado el límite de su posibilidad para dividirse. Estas alteraciones bioquímicas que anuncian una inminente pérdida de la capacidad de división probablemente juegan en el animal individual el papel muy directo en la expresión de las manifestaciones del envejecimiento.

Básicamente los cambios celulares tienen que reflejar cambios en la organización subcelular. A continuación presentamos la tabla con los porcentajes aproximados de las funciones o tejidos que quedan al hombre promedio de 75 años de edad considerando como 100 % el valor correspondiente al hombre promedio de 30 años.

<b>FUNCION</b>	<b>PORCENTAJE DE RENDIMIENTO</b>
Rendimiento cerebral	98%
Conducción Nerviosa	90%
Peso	88%
Metabolismo Basal	84%
Circulación Cerebral	80%
Agua Corporal	82%
Filtración Glomerular	69%
Trabajo Máximo	70%

Capacidad Vital	56%
Circulación Plasma renal	50%
Actividad máxima de oxígeno	40%

Como se puede apreciar, el Sistema Nervioso Central o Periférico es el que envejece más lentamente que el resto. (Boumpadre, A. 1978).

Conjuntamente con lo anteriormente expuesto, algunos otros teóricos han enfatizado la importancia de los cambios celulares, existen dos hipótesis generales que explican los cambios que se producen en la célula a medida que ésta envejece y por último muere, y cómo se originan tales modificaciones: Una implica la célula misma y, la Otra sugiere que el envejecimiento altera la organización correcta de las células y provoca un trastorno de la comunicación intercelular y su ambiente externo.

En virtud de lo anterior se postuló la teoría que el envejecimiento es la consecuencia de la diferenciación: esto sugiere que todas las células poseen una longevidad intrínseca programada, que varía de acuerdo con la longevidad de la especie, que puede modificarse dentro de límites definidos en virtud de factores extrínsecos.

De tal modo que se agrupan cuatro categorías principales a la mayoría de las células del adulto según su estado de diferenciación:

- 1.- Relativamente indiferenciadas: destinadas a producir una progenie similar, como las células basales de la epidermis, las células primordiales de la sangre y los espermatogonios.
- 2.- Células con una diferenciación funcional: dicha diferenciación es creciente pero sus integrantes son todavía capaces de división celular, hasta que llegan a una etapa terminal de su desarrollo.

- 3.- Células muy diferenciadas: como las del hígado, riñón, tiroides y otros órganos. La mayoría de estas células rara vez se dividen, pero conservan su potencial para multiplicarse.
- 4.- Células post-mitóticas fijas: como las del encéfalo, estas células son las más diferenciadas de todas y parecen no poder dividirse ni multiplicarse, ni reproducirse en circunstancias normales. (Boumpadre, A. 1978).

## 2.2 PERDIDA DE INFORMACION A NIVEL GENETICO

Se establece que el envejecimiento se debe a una pérdida de información que ocurre a nivel celular. La debilidad de la vejez suele definirse sobre todo de los cambios metabólicos.

Durante la vejez la resistencia se disminuye y aumenta la vulnerabilidad a muchas enfermedades, dos ejemplos serían:

- 1.- Los lípidos, que en los ancianos se encuentran alterados en cantidad, calidad y distribución, no se observan como en los tejidos jóvenes que existen como entidades estructurales en todas las membranas de la pared celular en las vainas de las fibras nerviosas y en las células de depósito del hígado, así como otros depósitos adiposos de todo el cuerpo.
- 2.- Las modificaciones bioquímicas en las neuronas que reducen el alto grado de oxígeno que requiere el Sistema Nervioso Central acarreado a largo plazo consecuencias en la actividad mental.

Mientras el "programa de envejecimiento humano" con toda probabilidad es específico para la especie y no puede modificarse sólo con influencias ambientales, la celeridad de su

avance depende en mucho, de factores ecológicos y de la manera en que los individuos se adaptan a ellos.

La dieta en la niñez y en la edad adulta, la educación, la preparación profesional, la vida familiar, la condición de trabajo, las enfermedades intercurrentes y la adicción al tabaco, al alcohol, a los tranquilizantes o a la televisión, ejercen efectos de vastos alcances sobre el ser físico así como sobre la personalidad, el destino en la vejez se decide en ciertos casos durante la niñez.

La condición psicosomática del anciano depende básicamente de los valores genéticos del carácter y temperamento de las enfermedades sufridas, de las experiencias del estado socioeconómico, de sus nexos familiares y afectivos, de su soledad y posibilidad de comunicación.

El jubilado por ejemplo, puede sentir que va envejeciendo físicamente pero conserva la sensación de estar sano mental y socialmente. En otras ocasiones la utilización de determinados roles sociales que permiten lograr o mantener un prestigio ante sí mismo y ante los demás.

El envejecimiento fisiológico es un proceso que afecta a todo el organismo, en cierto modo armónicamente.

Si se considera la sociedad celular en su conjunto, los procesos coinciden porque un órgano depende de la función regulada de todos los demás. Pero en particular existen diferencias considerables en el curso del envejecimiento de los órganos, ya que su constitución y sus funciones no son iguales.

Algunos órganos como las gónadas genitales sólo relativamente tarde empiezan a estar en pleno funcionamiento mismo que vuelve a interrumpirse mucho antes de la muerte fisiológica.

El Sistema Nervioso Central, desempeña un papel de importancia en el envejecimiento del hombre, porque se supone que sus células no se reemplazan en la vida postnatal y también por la índole fundamental de sus funciones coordinadoras.

Sin embargo a veces sucede que en un hombre se acelera de tal modo el envejecimiento general que las manifestaciones de la transformación dispuesta normalmente para un período entre los 70 y 80 años se concentran en un lapso mucho más corto, entonces el envejecimiento es considerado propiamente como una enfermedad.

Si se logra restaurar el quimismo alterado en los cuerpos que envejecen se intensificará en el futuro la probabilidad del hombre de llegar a viejo con menos signos de envejecimiento corporal que ahora. Tampoco se podrá rejuvenecer al organismo pero se le puede dar la posibilidad de mantenerse en buen funcionamiento hasta el límite natural de la duración de la vida.

Para comprender y modificar los procesos de envejecimiento, se establece las premisas siguientes:

- 1.- El envejecimiento representa una pérdida de información.
- 2.- Esta pérdida ocurre a nivel celular. El proceso principal en ambos casos consiste a la acumulación de fluidos en los procesos de homeostasis y copiado, o si se trata de un fenómeno secundario a la diferenciación que depende de la extinción irreversible de las capacidades de síntesis relacionadas con la morfogénesis. (Fuentes, A. 1978).

### **2.3 ENFOQUE CIBERNETICO**

Los estudios más recientes, se concretan básicamente en el enfoque cibernético del envejecimiento, que es el que goza de mayor prestigio en la actualidad. Esta Teoría sostiene que envejecemos porque a nivel molecular, a partir del DNA ligeramente mutado, se fabrican proteínas ligeramente modificadas.

Este desequilibrio metabólico aumenta la incidencia de los cambios sobre la información, y por ésta razón se han descrito tres perturbaciones fisiológicas que, a nivel celular disminuye la pureza de los mensajes:

- 1.- Radiaciones ionizantes (naturales o artificiales).
- 2.- Variaciones de temperatura (desequilibrio de reacciones químicas).
- 3.- Enfermedad general (virus, cáncer).

Por lo tanto la causa fundamental de la vejez estaría localizada en la pérdida progresiva de la información. O sea que podríamos decir que envejecemos como consecuencia de las constantes mutaciones moleculares de nuestro sistema de información celular. (Boumpadre, A. 1978).

### **2.4 ASPECTOS CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS DE LA VEJEZ**

La vida de los ancianos sería diferente, si premisariamente desde una edad temprana, la humanidad fuera preparada para llegar al período de la ancianidad, creando los medios para estimular un ser que en la etapa final de su vida tenga la posibilidad de sentirse útil a la sociedad, productivo su entorno y con medios económicos que le permitan el autosostén.



La situación del anciano, a lo largo de la historia ha sufrido, serios cambios, ha pasado por muchas etapas convirtiéndose de ser el individuo mas estimado y apreciado, al sujeto mas olvidado y en muchas ocasiones despreciado.

Anteriormente el anciano era considerado con gran pleitecia como símbolo del poder, sabiduría, y era el punto de la unión familiar a la cual se le tenía hasta veneración, al grado que después de su muerte, su memoria seguía siendo el prototipo que guiaba el núcleo familiar; ya que era el consejero, y sus resoluciones se seguían sin cuestionarlas.

La estructura social no podía estar estática, el tiempo ha ido transformándose paulatinamente, colocando al anciano en una situación, que en la mayoría de los casos, resulta deplorable, ya que ha dejado de ser el rector social, y el consejero de un conglomerado.

Una nueva corriente, la del conocimiento se impone a la experiencia. La divulgación cultural capacita a individuos para guiar, dirigir a los agrupamientos, sustituyendo así el entendimiento adquirido culturalmente por la experiencia del propio conocimiento.

El progreso cultural, el avance de la civilización, la superación humana, así como la tecnología médica tan avanzada, han sido procesos en los cuales, por diversos motivos, el anciano, no ha tenido cabida, y por ello daría la impresión de que fuesen sus enemigos más poderosos, (Erikson, E. 1974).

La soledad en la que generalmente vive el anciano es un problema más bien de orden psicológico, por otro lado, habría que considerarse el aislamiento, que implica la falta de contacto con otras personas.

Estudios estadísticos han demostrado que después de 65 años de edad, va creciendo el número de personas solas en una proporción que va del 21% al 58%.

Los factores que engendran este aislamiento, son por ejemplo, las muertes que van sucediendo a parientes o amigos en la medida que el anciano va avanzando en su edad así como también las separaciones de su familia, el retiro voluntario o forzado de su trabajo, con lo cual se pierden una gran cantidad de vínculos afectivos; si es un trabajador asalariado, la situación de dependencia hacia sus compañeros de trabajo se quiebra, y si labora de forma autónoma, la pérdida de la relación con sus clientes o sus proveedores desaparece.

Para tratar de entender lo citado previamente, al proceso de envejecimiento puede versele como la historia de los roles cambiantes durante el curso de la vida.

Estos roles en general se agrupan en:

- 1.- Roles de trabajo.
- 2.- Roles familiares.
- 3.- Roles sociales informales.
- 4.- Roles sociales formales (pertenecer a asociaciones, sindicatos, etc.).

Lo más común es perder el rol del trabajo por la jubilación forzada por parte del patrón, lo cual propicia que los roles familiares se alteren debido a que el individuo se reincorpora a la familia por cada vez mas prolongados períodos de tiempo, los cuales terminaba en una permanencia casi total, y en muchos casos, como única opción, ello conlleva, a su vez a otro cúmulo de pérdidas en virtud de que los hijos se casan, o la pareja fallece, etc.

Los roles sociales formales, se desvirtúan en términos de la edad: se deja de pertenecer a una sociedad, a un sindicato o a un club deportivo. De ahí que a la vejez se le defina como "la alteración de los roles comunes de la vida", (Fustioni, P. 1979).

Con el avance de la edad se va modificando lo que se denomina grupo congenial, o sea, el conjunto de amistades o relaciones de un individuo determinado que se establecen por recíproca simpatía.

Como consecuencia del envejecimiento, el estatus socioeconómico se altera, el sujeto ve aminorado su contacto con grupo congenial, sea porque los miembros de mayor edad se enferman o desaparecen, o porque cambian de residencia, y en cuanto a los jóvenes, porque continúan pensando acerca de ellos, de tal modo que el conjunto cotidiano de obligaciones y el tiempo libre lo destinan a algo "más productivo" que cultivar relaciones sociales con aquellos que han dejado la actividad.

Las fricciones generacionales surgen, porque los jóvenes con los adultos comienzan a cuestionar la capacidad del viejo, o este se siente desvalorizado por aquellos que los limita basándose en su experiencia.

A simple vista pareciera ser que las relaciones entre ancianos deberían ser fáciles y cordiales, porque no es difícil pensar que personas que están en la misma fase de existencia, puedan tener intereses comunes, lo cual no ocurre con frecuencia en la realidad, ya que cuando se encuentran, en vez de dialogar, cada uno monologa y el resultado es que recíprocamente se cansen y se alejan uno del otro.

Se ha hecho la observación de la falta de comunicación, entre ancianos que conviven en un mismo establecimiento, hogar, asilo u hospital.

Se ve la facilidad con que el anciano cae en una situación de dependencia, sea en el orden físico o en el psíquico, lo cual acarrea consecuencias sociales muy importantes.

Con la pérdida de la capacidad productiva disminuyen los recursos económicos, lo que se ve más agravado por los montos en general reducidos por la jubilación.

Un hecho muy importante desde el punto de vista sociológico referente a la vejez, es el retiro de la actividad; en todos los países se ha considerado como una conquista social el asegurar el retiro de la actividad en edades relativamente tempranas por medio de la jubilación.

Se ha visto que ésto trae como consecuencia un aumento cada vez mayor de la clase pasiva de la población, es decir, que deja de producir y que debe ser mantenida por la clase activa o productora.

El acordar jubilaciones a edades tempranas significa no considerar para las actividades productivas a un sector importante de la población que todavía las conserva y en lugar de beneficiar a estas personas, hace surgir en ellas toda una serie de inconvenientes que lejos de aportarles satisfacción personal determinan lo contrario.

En éste sentido la frase "incapaz de trabajar" cobra un carácter peyorativo, y la sociedad es responsable por no proporcionarle al anciano un trabajo adecuado o que por imposición de una jubilación le prohíba trabajar, (Fustioni, P. 1979).

Se ha considerado como un aspecto muy importante para el bienestar de las personas de edad avanzada, la necesidad de que tengan una segunda ocupación distinta de la habitual, pero consiste en una actividad de utilidad social la cual encierre un propósito de beneficio a la comunidad.

Es importante destacar la organización de la Universidad de la "tercera edad", ya que tiene realización tangible en Francia, Suiza e Italia, la cual tiene en sus programas de

enseñanza, ocupaciones técnicas que habilitan al anciano para desempeñarse en tareas distintas a las habituales, o cursos humanísticos que abarcan materias de Filosofía, Idiomas, Economía, etc., otorgándose al final el grado de Licenciatura en dichas disciplinas, (Fustioni, P. 1979).

Al igual que otros países, México ha mostrado interés en el tema de la vejez, prueba de ello lo constituye, el primer Congreso Nacional de Geriatría, que se llevo a cabo en Toluca, Estado de México en 1976, dándose por asentado que "en México, la ancianidad esta abandonada y más aún que no disfruta de pensión alguna". Por ello, se le percibe como una población pasiva y sin independencia económica, que tiene que replegarse sobre sí misma en una sociedad cuya actitud hacia ellos, aún cuando disimulada, es con frecuencia, de indiferencia y repulsión. Como ejemplo de esto, se encuentran con mucha frecuencia, este tipo de opiniones en el sector estatal de servicios a la comunidad: "son una carga para el Estado", olvidando, que en su momento realizaron actividades productivas y aportaciones económicas.

Es pues necesario que en las esferas oficiales y en la iniciativa privada se deje de entender al anciano como una "carga", pues salvo en algunos aspectos de la senilidad, el ser humano que ha rebasado los 60 años, puede ser todavía útil para sí mismo y para la sociedad, si se le brindan el afecto, respeto y cuidados pertinentes.

Lo anterior remite de forma inminente a realizar una búsqueda que ofrezca la posibilidad de entender desde un marco histórico la génesis de las actitudes positivas que con respecto al tema de estudio se desarrollaron en algunos pueblos prehispánicos.

La historia de México, refiere que los aztecas de edad avanzada, llamados "huehuetecque", que habían sobrevivido a las guerras y enfermedades, eran objeto de gran aceptación y su presencia era muy importante en toda ceremonia familiar y política.

Durante sus últimos años, éstos ancianos disfrutaban de una vida apacible y llena de honores, los cuales, si habían sido funcionarios de alto rango o soldados, recibían alojamiento y comida en calidad de retirado. Era tal el estatus del anciano que aún siendo solo un "macehualli" (campesino, o cargador), tomaba parte de los consejos del barrio donde habitaba.

Además de ser tomado en cuenta por su pueblo, era tan considerado que podía tomar pulque hasta la embriaguez, con la gente de su generación sin ser molestado.

El anciano Maya tenía gran importancia en las ceremonias y ritos de tipo familiar, político y religioso. Así, por ejemplo, ayudaba al sacerdote encargado de abrir el pecho a las víctimas de sacrificios humanos; los viejos eran escogidos por su respetabilidad y eran diferentes en cada ocasión.

Estos ancianos llamados "chases", ayudaban también a las ceremonias de iniciación de los adolescentes, donde un anciano apadrinaba a un muchacho y una anciana a las muchachas.

Cuando los sacerdotes lo disponían, había una ceremonia que consistía en "hacer dioses" y tenía por objeto manufacturar ídolos de madera. Los "chases" intervenían en grupo de cuatro y éstos, al igual que el escultor, ayunaban mientras se hacía la estructura con fines de propiación.

La ceremonia concluía con regalos para los ancianos, el escultor y el sacerdote.

Todo esto indica la veneración y funcionalidad de la ancianidad en el México antiguo, queda clara la importancia que representaba el anciano para las mencionados grupos étnicos,

dicha importancia podría resumirse en una actividad de respeto y, en algunos casos, hasta veneración, (Boumpadre, A. 1978).

## 2.5 EL ANCIANO Y LA FAMILIA

Otras aproximaciones teóricas tratan de ofrecer distintos niveles de comprensión del fenómeno, tal es el caso de la Antropología, donde se destacan las proposiciones de Mead, M. (1975), quien señala: que las culturas se dividen en pre y postfigurativas.

En las segundas, el cambio es lento e imperceptible, donde los ancianos son capaces de transmitir a sus descendientes una idea de continuidad inmutable: en este tipo de sociedad se valora el núcleo familiar de forma importante, situación que prevalece en algunas regiones de México. Se caracteriza en reunir bajo un mismo techo a por lo menos tres generaciones. Los miembros de éstas culturas llevan una vida cotidiana sin grandes preocupaciones, por lo general se da en ámbitos rurales, llevando una tradición que se caracteriza por una interacción reforzada entre padres e hijos, el contacto se vuelve más estrecho con los hijos en cuanto menor industrialización hay en la comunidad. Demostrando que aquellas personas de más de 65 años, que menos molestias corporales presentan, son las que más satisfechos se encuentran con los contactos afectivos familiares.

La sociedad configurativa, es aquella donde los abuelos, no están presentes, como sucede en las ciudades industrializadas, donde se segrega al anciano a hogares especiales; estando ausentes los ancianos, es más fácil que los jóvenes infravaloren las pautas adultas y adopten actitudes de indiferencia con respecto a ellas, provocando una debilidad social y física a estos por la falta de contacto y presencia de sus familiares.

Acorde con lo anterior, en una investigación realizada en Alemania, se comprobó precisamente aquellos que no han tenido hijos, son los que más se quejan del abandono de ellos, en cambio los ancianos de más de 65 años que habfan procreado hijos, no se expresaban de éste modo.

El examen de las personas de 65 años incluidas en los estudios de Boon, Alemania 1976, acerca del envejecimiento, mostraron que los sujetos que poseían una mejor formación escolar y pertenecían a un estrato social elevado, cultivaban y deseaban menos los contactos familiares, que aquellos que contaban sólo con una instrucción primaria y que provenían de un nivel socioeconómico bajo (Lehr, U. 1977).

Es sin duda, como se observó en los párrafos anteriores no descontextualizar al anciano del núcleo familiar en términos de que se le permita expresar su experiencia y de tal modo enriquecer la propia cultura familiar.

## **2.6 PROTECCION Y FOMENTO DE LA SALUD DEL ANCIANO**

Principalmente, hay tres aspectos a considerar en la prevención de enfermedades en los ancianos:

- **Primero:** tratar de preservar en todo lo posible la salud física del individuo a medida que envejece.
- **Segundo:** mantener la salud mental.
- **Tercero:** conservar su posición y circunstancias sociales.



La prevención primaria, significa impartir enseñanza sanitaria desde la juventud y continuarla durante la edad madura, hasta la preparación jubilatoria en Centros de Salud o asesoramientos directamente en los domicilios de los ancianos.

La prevención secundaria, es la que ofrecen con carácter comunitario en las acciones asistenciales del Estado.

Un aspecto importante en la Medicina Preventiva en los ancianos, es tratar de evitar accidentes y conservar la salud mental.

A los problemas de orden socioeconómicos y psicológicos se agregan enfermedades crónicas invalidantes.

El problema es mayor para la familia cuyos recursos económicos son limitados y donde sus componentes deben de trabajar sin poder dedicar atención al anciano inválido, y los hospitales son incapaces de atender todos los casos que se les presenten.

Esta situación en México es considerable, ya que la protección que se presta al anciano es en la mayoría de los casos muy precaria, lo cual obedece a múltiples razones, pero básicamente a aspectos de tipo económico.

Un factor que muchas veces se pasa por alto es la nutrición, que con la falta de actividad, sentimiento de soledad, y aunado con algunos conflictos psíquicos propios de la senectud, se traducen en pérdida de apetito, con la consecuente desnutrición o por el contrario, en otros individuos tales factores provocan una sobrealimentación como resultado de sus hábitos alimenticios originados por falsas teorías de alargamiento de vida, o la consecuencia de una constante preocupación por las funciones eliminatorias con el uso habitual

de aceites naturales u otro regulador que estropea la absorción de algunos principios nutritivos que trastorna la coordinación fisiológica del aparato digestivo.

Las enfermedades crónicas y la incapacidad física son cinco veces más frecuentes entre personas de 65 años o más que en el resto de la población. Para mantener el estado de salud es necesario establecer programas comunales de profilaxis, diagnóstico y tratamiento temprano, así como la rehabilitación.

El objetivo de la rehabilitación, se debe de promover en términos de:

- 1.- Resocialización: estimulando la verbalización e interacción entre los pacientes, y el personal del hospital, asilo o familia.
- 2.- Facilitar las actividades dentro de la Institución, o sea proveer oportunidades para desarrollarse en actividades que concuerden con los deseos del anciano.
- 3.- Promover un sentido de suficiencia que les permita avanzar hasta cierto grado de acción independiente dentro de su marco de referencia.

Una manera de proteger y fomentar la salud de ésta población es mediante una terapia ocupacional adecuada, lo cual les llevaría a no sentirse como una "carga" social, sino como personas que pueden aportar, lo más valioso que tiene el hombre: su experiencia de vida.

La actitud más peligrosa y antisocial, es la de confinarlos en asilos o Instituciones de segregación donde se les reduce a la inactividad y al aislamiento social, y con ello, negándoles la oportunidad de dedicarse a una tarea constructiva, lo cual equivale a disminuirles las posibilidades de adaptación.

La actividad de un anciano se considera económicamente productiva si garantiza en un tiempo determinado un producto establecido y una calidad exigida.

La senectud es una etapa de la vida con su propio valor, pero que tiene sus características peculiares, sus sistemas de valores y sus posibilidades particulares de afirmación de la personalidad, (Fuentes, A. 1978).

## **2.7 ACTIVIDADES PSICOSOCIALES EN LA VEJEZ**

Un grupo de investigadores del Departamento de Psicología del DIF, en el estado de México realizaron una investigación sobre las actividades psicosociales del anciano, a fin de señalar el índice de su participación social, de su rendimiento intelectual, de sus intereses individuales y sociales.

En la investigación se observó que las actividades del anciano generalmente se encuentran delimitadas por sus intereses y capacidades, que están a su vez muy relacionadas con sus vivencias y experiencias anteriores.

Los ancianos están restringidos en el área de su casa o habitación donde transcurre gran parte de su tiempo.

Las actividades que desarrollan son de tipo doméstico: ya sea arreglando la casa, cocer o tejer en las mujeres, y en el caso de los hombres es más sedentaria como el ver televisión, leer y algunas veces la de cuidar a los nietos.

Algunos jubilados tienen otras actividades como la de oír misa, generalmente a horas muy tempranas, realizar compras de alimentos y por la tarde visiten a familiares o vecinos.

Las salidas como viajes, son muy raras, no sólo por el aspecto económico sino también porque su habitat les proporciona seguridad.

El horario del anciano es muy peculiar se despierta muy temprano, debido a los problemas de insomnio que presentan y duermen el día en forma intermitente.

Las investigaciones encontraron que, con respecto a la jubilación, las mujeres se adaptan más fácilmente al cambio debido a que se dedican a quehaceres domésticos, los cuales muchos resultan de su agrado y las mantiene muchas horas del día ocupadas.

En cambio el hombre interpreta el dejar de trabajar como una pérdida de la libertad personal, pues era una actividad que los mantenía la mayor parte del tiempo fuera de su casa. Esto resulta a veces en un estado depresivo que favorece a la aparición o agravamiento de enfermedades mortales, observándose un alto índice de defunciones durante el primer año de jubilación. No es fácil sobrellevar todas y cada una de las circunstancias que se presentan en ésta etapa de la vida, de alguna manera representa el estar tratando de elaborar todas las pérdidas que se presentan, sin embargo, otro factor que influye de manera decisiva es el aspecto de la jubilación, mismo que se tratará en el siguiente apartado, (Boumpadre, A. 1978).

## **2.8 JUBILACION**

Uno de los ejemplos del cambio de rol que experimentan los individuos, y que al mismo tiempo ilustra el contenido social de la definición de envejecimiento, es el fenómeno de la jubilación.

Uno de los factores que contribuyen a la adopción del concepto de jubilación es la conveniencia administrativa, ya que la sociedad ha de procurar ingresos, a los ancianos, ya que es más fácil, establecer una pensión pagadera, en vez de condicionarla al examen físico.

Otro factor sería la falta de aptitud de la gente educada y capacitada en habilidades con tecnología obsoleta frente a las ocupaciones y habilidades que la tecnología actual exige. Otro factor sería la reticencia de los empresarios a aceptar trabajadores de edad avanzada.

Los cambios tecnológicos reducen cada vez mas las oportunidades de empleo para la gente de mayor edad.

Por otra parte se tiene la idea de que cerca de la edad jubilatoria los trabajadores tienen menos responsabilidades familiares, y en consecuencia son mas prescindibles; quizá se crea que los trabajadores senectos son menos eficientes en algún sentido, sobre todo para adaptarse a las nuevas tecnologías.

La situación de los viejos suele ser mejor en el campo que en la ciudad: en las familias campesinas, en general abundan los niños, los viejos siempre tienen algo que hacer, enseñar a los pequeños, como participar en la recolección o selección de semillas, en la alimentación del ganado, etc.

No es posible suprimir la angustia existencial del jubilado, sin disminuir primero sus preocupaciones económicas. Difícilmente un hombre dejará de trabajar con gusto, si piensa que su ya bajo nivel de vida, bajará mas aún como pago por su trabajo de toda la vida; como sucede con mucha frecuencia en la mayoría de los casos.

La pobreza, en muchos casos, es una de las características más dolorosas de los ancianos; las pensiones de vejez no siguen el curso ascendente del costo de la vida, y el régimen de éstas no se extiende a todas las personas de edad avanzada.

La jubilación se debe tratar como una decisión personal de cada trabajador, basado en factores ajenos del año de nacimiento.

Otra situación sería que pudieran trabajar jornadas menores para darle oportunidad al individuo de irse adaptando paulatinamente a su nuevo papel de jubilado en un lapso mas largo, ya que cuando el trabajo ha sido elegido y constituye una realización de sí mismo, renunciar a él equivale a una especie de muerte, pero cuando ha sido poco gratificante, estar dispensado de él es una liberación.

El paso a la jubilación provoca stress en el individuo cuando percibe que los demás no le consideran útil y capaz, agregándose a esto que le resulta difícil encontrar otras actividades debido a las limitadas oportunidades de ingresar a un centro laboral o educacional, por las exigencias en cuanto a la edad y debido a que se les impondría un horario que difícilmente podrían soportar por su estado psicossomático, mismo que se encuentra generalmente limitado, dándose cuenta, en ese sentido, que no esta en condiciones de realizar el esfuerzo que representa el comienzo de otra actividad bajo el sistema actual.

El jubilado que de pronto ha dejado su trabajo, sus amigos, su actividad, debe comenzar una nueva etapa caracterizada por la acentuación de sus relaciones familiares y por un cambio con su grupo de pertenencia debido a su tendencia al aislamiento y al predominio de una actividad pasiva.

La angustia existencial ante la aceptación de la idea de la muerte próxima, resulta sumamente significativa provocando una notable acentuación de las actividades místicas y religiosas, ya que al parecer, la realización de ciertas actividades le proporciona al anciano tranquilidad y una atenuación de sus sentimientos de soledad y aislamiento.

Gran parte de las actividades en los ancianos, que es factible desarrollar, están relacionadas con la forma en que ellos pueden controlar su angustia. Esta angustia, por sus

sentimientos de vulnerabilidad ante la soledad, resulta de la pérdida de parientes cercanos, de amigos, rechazo de los hijos, y la vivencia del envejecimiento como una alternativa real de la proximidad de su propia muerte.

Existe una estrecha relación entre la salud y la vida activa, las actividades disminuyen o desaparecen sin amistades, compañeros y un propósito en la vida, muchos ancianos no encuentran razón alguna para mantenerse en un buen estado de salud.

Senectud y Jubilación corresponden a dos procesos diferentes que no deben confundirse. Se distinguen en consecuencia dos tendencias a esta problemática:

- a) Las relaciones entre el trabajo y no trabajo.
- b) Las contradicciones existentes entre el sujeto humano, entendido como el rol social y el ser biológico sometido a hechos naturales.

Las características del ser social jubilado van estar definidas por el marco social en que se inscriben. Se puede decir que: anciano jubilado se define por la capacidad de trabajo realizado y que éste corresponde a la parte económica de los recursos destinados al sostenimiento de la capacidad empleada en el trabajo pasado.

El envejecimiento trae consigo una modificación de las capacidades biológicas así como el sistema de situaciones y tareas que ligan al anciano con la sociedad.

La vida del adulto gira principalmente alrededor de dos mundos, el mundo del trabajo y el mundo familiar; una vez que se termina el primero, solo el segundo puede asegurar el equilibrio personal. Se puede diseñar un modelo ideal que no se base en el trabajo sino en el no trabajo, es decir sobre actividades no productivas.

El propósito de la jubilación sería entonces, modificando el sentido de calidad de vida, de satisfacciones y momentos agradables con el solo límite del estado fisiológico del individuo. Es un sistema donde se agregará una nueva forma de actividad; en esta sociedad, trabajo y no trabajo no se separarían sino constituirían en los elementos de un solo proceso, (Fuentes, A. 1978).

La jubilación trae consigo otros tipos de actitudes según la forma de vida que haya llevado el individuo, dependiendo de su estado sociocultural, por ejemplo: la jubilación se puede acompañar de la inactividad, dándose para el anciano el no-trabajo que se traduce para él en una expulsión de la sociedad; su comportamiento ya no es social sino "natural" y tal actitud equivocada, conlleva a menudo a un mero sentido de supervivencia y solo está ligado a sus necesidades naturales, excluyendo toda satisfacción en términos de vínculos sociales, o la producción ampliada de la fuerza de trabajo.

Para muchos, no existe ninguna conducta que exprese alguna inserción social, como ejemplo: la participación en alguna asociación, actividades productivas, etc.

En el caso de jubilación-creatividad, el paso del trabajo al no-trabajo, corresponde al cambio de una actividad productiva a una forma de actividad creadora socialmente reconocida.

En la jubilación-creatividad, se adapta a su nueva situación incluyéndose en la organización social, ejemplo de ella sería la ejecución de algún instrumento musical, o dedicarse alguna técnica artesanal o artística teniendo como característica la estructuración de su nueva actividad, la cual reemplaza la anterior.



Otra opción sería la relación jubilación-familia, la cual trataría de soportar en el sistema de relaciones de parentesco y continuaría apropiándose de valores sociales y culturales así como de bienes materiales. Esta práctica tiene su sentido en función de la organización social, ya que se inserta en las estructuras familiares institucionalizadas, relacionándose el jubilado así con la sociedad, abriéndose lazos de intercambios afectivos.

La práctica de jubilación-tiempo libre, se basa en la sociedad de consumo, donde la situación de los individuos no solo se define en términos de participación en un trabajo colectivo, sino por su integración a esta como posible consumidor.

La jubilación puede darse con la reivindicación apoyando a los ancianos en la toma de conciencia del hecho de que los jubilados deben representar un grupo solidario que tiene intereses propios y manifestar su voluntad de definirse como una comunidad para defender sus derechos propios dentro de la sociedad.

La jubilación-participación pasiva, tiene como característica una adhesión a la sociedad que se manifiesta por una intensa participación, pero ésta no constituye una contribución a la producción colectiva ya que el jubilado ha sido excluido del mundo del trabajo y no puede representar su integración más que por una actitud consumista.

Esta práctica se manifiesta concretamente en su gran atención a los medios masivos de comunicación: radio, televisión, periódicos, y al mismo tiempo por una aceptación táctica del estatus que la sociedad impone a las personas senectas (Fuentes, A. 1978).

## 2.9 EL OCIO EN EL JUBILADO

El anciano que ya no trabaja, debe adaptarse a una nueva situación: la de sus limitaciones económicas y personales, teniendo que crear otro género de vida e irse desprendiendo de relaciones y actividades que sobrepasan sus fuerzas. A ello debe agregarse la angustia ante la desaparición paulatina de sus familiares y amigos, el deterioro de su salud y el anacronismo de su escala de valores. Todo aquello provoca en el anciano angustias y temores que rara vez se expresan a nivel verbal y que deben ser rastreados a través de un estudio de actitudes y costumbres.

Los jubilados de ahora, por ejemplo, pasaron su infancia en los años de la Revolución Mexicana, viviendo alrededor de carencias, muertes de familiares, imposibilidad de instrucción escolar y epidemias, lo cual formó una actitud de bienestar comunal: por ejemplo, los jubilados que han enviudado, que viven con sus hijos o sobrinos, declaran que son tratados en forma adecuada y que se sienten muy agusto en el seno familiar, aunque se advirtió que ellos debían ceder más a las condiciones de la familia que ésta a los procesos de los ancianos.

Dentro de sus actividades diarias, se observó que éstas en los jubilados son muy limitadas, reduciéndose al área de la casa o habitación donde viven, siendo totalmente domésticas, aunque algunos salen a ofr misa o a visitar familiares. En ellos son muy raros los paseos, viajes o vacaciones, prefieren quedarse en casa ya que les representa seguridad. Presentando una acentuada dependencia hacia el núcleo familiar, o hacia un miembro de éste.

En su memoria hay una disminución progresiva del rendimiento intelectual. Es notoria la tendencia a volver al pasado lo que implica para el yo del individuo una menor angustia de sus vivencias actuales.

Su lenguaje se va disminuyendo, por la falta de estimulación, igualmente su pensamiento presenta decremento de la agilidad mental, en especial de la asociación de ideas. Existe inhibición, bloqueo y proligidad en el pensamiento, teniendo ideas obsesivas de autorreferencia y narcisistas, así como hipocondría e incoherencia.

Su percepción en general es buena, siendo lentos para la captación de estímulos y movimientos visuales, así como el conocimiento de ciertos objetos o personas también.

Van perdiendo la proporción de espacios en su ambiente, y lugar geográfico, en lo referente al tiempo,

paulatinamente van disminuyendo la noción de la época y del año.

Su psicomotricidad está marcadamente disminuida o lentificada. Las conductas en las que se necesitan movimientos y esfuerzos motores, están sumamente limitadas por falta de ejercicio y estimulación física. (Boumpadre, A. 1978).

## **2.10 SUGERENCIAS PARA LA PREPARACION DE LA JUBILACION**

El paso de la vida activa cotidiana a otra de inactividad como consecuencia del retiro o la jubilación, ha llevado a la organización de medidas tendientes a que suceda, se prepara a la persona para afrontar la nueva situación, y así contribuir y enfrentarse a sus inconvenientes y peculiaridades. Dichas medidas establecen la creación de cursos cuyo objetivo es que a ellos concurren personas que aún trabajan, o tengan que trabajar de tres a cinco años antes de jubilarse a fin de que se adapten de forma rítmica, y con tiempo suficiente a la nueva vida.

Los cursos se enfocan a diversos temas como: la salud, jubilación, recursos del jubilado, manera de equilibrar sus gastos; demostraciones para fomentar actividades de

entretenimiento, como jardinería, pesca, música, literatura, visitas a museos y teatros. Además se dictan conferencias sobre seguridad doméstica y se ofrecen servicios médicos especializados en Geriátrica y alojamientos de ancianos.

En la medida de lo posible se trata de presentar el futuro al jubilado, con la noción de que va a enfrentarse a una época de su existencia que le puede deparar satisfacciones, si se la enfoca con una actitud mental y afectiva apropiadas.

Un aspecto importante es la atención médica a los ancianos enfermos, para ello se han creado las denominadas visitadoras de salud o damas voluntarias de distintas dependencias, recorriendo los domicilios de los ancianos que viven solos o únicamente con sus cónyuges.

La necesidad de ocupar y aprovechar el tiempo libre del anciano justifica el planeamiento de medidas de recreación tales como participación en contingentes turísticos y en excursiones de fin de semana, sesiones cinematográficas y representaciones teatrales, para facilitar la asistencia de los ancianos, en muchos países, incluyendo México, se otorgan descuentos especiales para jubilados, tanto en áreas de esparcimiento, como en todo tipo de transporte. La seguridad social, en el anciano no debe limitarse, solo a asegurar el retiro o la jubilación mediante el pago de un monto periódico y el acceso de prestaciones médicas, sino además aspectos tales como: educación, vivienda, recreación, turismo, etc., (Fustioni, P. 1979).

## **2.11 ACTIVIDAD LABORAL EN EL ANCIANO**

La definición de trabajo dice: "es el conjunto de esfuerzos que se hacen para lograr el bienestar individual y social". Por lo mismo, el trabajo es la base de la vida, hasta el punto

que según Marx, C. (1867), (citado en Giron, M. 1986), indica que la realización plena de la vitalidad del hombre se centra en él.

Tradicionalmente la cultura Mexicana reconoce: "que mediante el trabajo Dios nos da el pan nuestro de cada día".

Una vez satisfechas las necesidades de subsistencia, por añadidura, obtenemos todos los bienes materiales de la civilización, producto del tiempo, la realización plena de la vitalidad, que se encuentra en el desarrollo de metas espirituales, o sea en la conciencia moral y la inquietud creadora.

Es difícil alcanzar el ideal del trabajo lúdico para la población en cuestión, sin embargo no imposible. Para ilustrar la situación actual de la vejez en relación con el trabajo, a continuación se tratará acerca de éstos problemas y las políticas que se han propuesto para resolverlos.

En el mundo hay quinientos millones de trabajadores que sobrepasan los 45 años, mostrando ésta población laboral una tendencia creciente, lo que va de acuerdo con la explosión demográfica que principia a manifestarse en la vejez.

Tal fenómeno es alarmante en Asia, en donde afecta a más de la mitad de la población senil, o que se aproxima a ella, no es aún serio en Latino América, en donde sólo comprende el 5% de tal sector.

En general la mayor parte de ésta población trabaja en la agricultura, y en consecuencia, es en el campo donde se presentan los problemas relacionados con el desempleo.

En los párrafos siguientes se indicarán los problemas de trabajos de la vejez basados en informes de la oficina Internacional del Trabajo, que se reportaron en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Viena, Austria en 1982 (Giron, M. 1986).

1)- Las mujeres de edad están más afectadas por la escasez de mano de obra, especialmente cuando son madres por abandono, divorcio o viudez.

2)- Para los hombres, la situación parece más conveniente, aunque sus posibilidades van unidas al equilibrio de los precios en la agricultura, en muchos países la población en general, y la de edad avanzada en especial, no tienen servicios públicos de salud y de ingresos, por lo que frente a las contingencias de dichos aspectos, se encuentran en situación crítica. En muchas naciones la cobertura de la Seguridad Social comprende al campesino, pero los alcances del campo de aplicación de sus prestaciones tienen una extensión parcial, en lo que se refiere al seguro de enfermedad para los viejos.

3)- La pérdida del trabajo es muy temida por los viejos en los lugares donde no existe seguro de desempleo, al que se da prioridad en los países industrializados, postergándose, de éste modo, la protección para éste riesgo en los países agrícolas.

4)- Los trabajadores migratorios de edad avanzada resienten las exigencias de movilidad geográfica más que los jóvenes, por lo que a medida que envejece, aunque tengan oportunidades laborales en otras partes, tienden a quedarse sin trabajo por temor al desarraigo.

5)- En los países industrializados se presentan otros problemas que merecen mencionarse:

- a) La revolución industrial ha traído como consecuencia nuevas necesidades de formación profesional, puesto que los cambios de técnicas y métodos exigen trabajadores calificados, escasos entre los viejos.
- b) La educación para el trabajo está fácilmente al alcance de los jóvenes, pero se dificulta a medida que avanza la edad.
- c) La ventaja que confiere en la edad avanzada, la experiencia se pierde cuando se hace necesario cambiar de profesión.

Tal problema dramático lo han sufrido muchos trabajadores exiliados por motivos políticos, aunque son calificados, porque en un país extranjero generalmente requieren licencia para el ejercicio profesional.

- d) El envejecimiento constituye por lo regular una desventaja para la adaptación al cambio profesional en los viejos, aún en su propio país.

6)- La discriminación para conseguir trabajo, consecuencia a la edad avanzada, se manifiesta a medida que se acentúa el envejecimiento, a pesar de que se trate de evitarla con personas que tienen a su cargo labores sencillas.

7)- Los problemas de condiciones de trabajo son tan importantes para la vejez que frecuentemente causan el envejecimiento prematuro, lo que implica la paradoja, de que en el mejor de los casos, desde el punto de vista económico, la conservación del empleo atenta a la salud y por ende, la vida del trabajador.

8)- Problemas ambientales:

- a) Se considera como enfermedades frecuentes en ambientes de trabajo peligroso, las que afectan a los sistemas respiratorios y cardiovasculares. Además también se observan

afecciones óseas, articulares y musculares relacionadas con éste, como factor desencadenante o exacerbador. Todos éstos padecimientos son propios de la edad y desplazan al trabajador de sus ocupaciones.

- b) El ruido, por su parte, la iluminación intensa o escasa y la temperatura son circunstancias que pueden determinar el cambio forzoso de trabajo o la desocupación.
- c) En lo que concierne a los accidentes en obras de construcción, los grupos de edad mas afectados son los de menos de 21 años y los de más de 60 años. Los primeros por imprudencia, o descuido y los segundos por disminución del control de sus movimientos.
- d) En general las enfermedades profesionales son mas graves a medida que aumenta la edad.

9)- Dificultad de mejorar los problemas de ubicación en ambientes de trabajo que exigen labores difíciles para los jóvenes:

- a) Frente a las posibilidades debilitantes de la edad, se presentan el problema de ubicación en el mismo trabajo o de transferencia a otro no siempre disponible, aunque se tenga el deseo de ayudar al trabajador.
- b) Respecto al horario, ocho horas pueden llegar a ser excesivas, especialmente en ambientes inadecuados.

10)- Remuneración: en países como Alemania, mejora continuamente hasta los 60 años. Este como problema relacionado con la edad puede ser serio en los trabajadores a destajo puesto que exige esfuerzos, que ya no pueden por envejecimiento, (Giron, M. 1986).

Existe una situación automática natural entre la edad y el cese de actividad, porque los deseos y las capacidades de cada persona son distintos. Cuando esto no interviene, se comprueba que una buena proporción de personas de edad continua siendo activas.



Desocupación e insuficientes ingresos, son los dos principales motivos que rechazan los retirados, puede añadirse al primer criterio un argumento de orden cualitativo; en ocasiones es lamentable que una capacidad no sea ya ejercida por la única razón de que su poseedor haya alcanzado cierta edad.

El conjunto de la colectividad sufre con ello una pérdida de riqueza; hay que evitar, en cambio, que el trabajo de estas personas obstaculice la promoción de los jóvenes. La aceleración del progreso técnico, reduce además con frecuencia, la complejidad de las aptitudes e impone esfuerzos de adaptación que resultan más difíciles a partir de cierta edad.

La política del empleo no debería limitarse a procurar trabajo a uno y mano de obra a otros, tendría que proyectarse hacia la protección del trabajador contra su prematuro desgaste, mejorar las condiciones de trabajo y especialmente, proporcionar la posibilidad de formación profesional y, llegado el caso, la promoción colectiva o individual.

Cuanto más se acerca a la edad de retiro, más aumenta el porcentaje de los inquietos: después del cese de actividad, los interesados pasan por un período de reposo hasta que, como tantos otros, sienten la ociosidad y la modestia de los recursos con que cuentan, son numerosos quienes poseen un nivel de vida escaso, pero carecen, en cambio, de salud o energía suficiente para trabajar.

A modo de lo que se hace con los inválidos y los mutilados de guerra, se ha propuesto reservar empleos a los trabajadores de edad avanzada. La idea es simple, pero no tanto su aplicación.

Para reservar un empleo, hay que asegurarse antes si conviene hacerlo y efectuar un inventario de los "puestos agradables para los ancianos".

Si no se requiere imponer una sobrecarga salarial a la empresa obligada a pagar con la misma tasa a un trabajador que produce menos y si no se pretende tampoco hacer que sean los contribuyentes quienes soporten el peso de un sistema de prorrateo de dicha situación, deberá probablemente modificarse la estructura de la remuneración dando menos importancia al rendimiento y previniendo mínimos de salarios por categoría. Las ventajas especiales ocuparían de ese modo, menos lugar y serían más fácilmente soportadas por un fondo, ya sea alimentado por las cajas de desocupación o por una cotización patronal, (Paillat, P. 1971).

Examinando el caso de 15,000 obreros de edad avanzada, se estableció que durante la última guerra, el 59% de ellos había prolongado sus actividades anteriores y trabajaban también como antes de los 65 años. Según la misma encuesta, los obreros de esta edad se encuentran con pocas posibilidades de desarrollar su labor, cuando ésta los obliga a cambiar continuamente de movimiento, les exige fuerza física o el tiempo esta rígidamente medido, como ocurre en el trabajo en cadena, sin embargo en aquellas actividades que exigen cuidado, permiten cierta latitud temporal y que además ofrecen conocimiento, ha quedado demostrado que las desarrollan más apropiadamente y con mayor conciencia profesional.

Se estima que con la edad aumentan con respecto al trabajo el gusto, la regularidad del ritmo, el método, la puntualidad, la atención concentrada y vigilante, buena voluntad, disciplina, prudencia, paciencia y trabajo bien terminado, en cambio disminuyen: la vista, el oído, la fuerza y precisión manual, robustez y flexibilidad, la rapidez del ritmo, la memoria, imaginación, creatividad, adaptación, atención repartida, diligencia, energía, iniciativa, dinamismo y sociabilidad.

El exceso de tiempo libre, es más peligroso para las personas mayores, que para los jóvenes; cuanto más tiempo libre tienen, menos capaces son de ocuparlo. Por eso es muy importante que la persona de edad conserve algún tipo de actividad para evitar que los que se encuentran inactivos mantengan sentimientos de soledad y aburrimiento.

Cabría preguntarse aquí, hasta cuando un ser humano, sea cual fuere su edad, esta en condiciones de seguir trabajando, si aún posee facultades manuales, motrices, intelectuales y psicológicas adecuadas que le permitan determinar y planear una acción, fijar lo que pretende lograr, desarrollar el proceso de una actividad y alcanzar eficazmente los resultados, si tiene conciencia de sí mismo y de realidad, es decir si conoce lo que se espera de él y lo que es capaz de hacer con sus limitaciones, si tiene conciencia del medio en que se desenvuelve familiar, laboralmente, si posee metas y aspiraciones personales y extrapersonales y si cuenta con disposición y decisión para prepararse y realizarlas, si es capaz de cumplir con éste cúmulo de condiciones, sin importar la edad, esta en condiciones de ser útil a sí mismo y a su sociedad.

En éste sentido hay una marcada diferencia entre el anciano urbano y el rural, pues éste último con frecuencia sigue ayudando en las labores del campo, y no es raro que sea útil hasta la muerte. Pero el anciano urbano enfrenta el rechazo social externo y no con escasa frecuencia, también el familiar.

El futuro anciano debe aprender el punto de vista económico y afectivo, al grado de no ser atendido por sus hijos, sino que su meta sea mantenerse productivo y amoroso hasta tanto le sea posible, (Boumpadre, A. 1978).

## 2.12 AMBIENTE FAMILIAR

Se sugiere con frecuencia que el papel del anciano dentro de la estructura familiar esta en crisis. El análisis de la estructura social demuestra que no existe tal crisis, simplemente no hay un papel social claro.

Aunque no puede olvidarse la ayuda que los abuelos prestan con frecuencia a sus hijos criando a sus nietos, ésta función no es la de reproducir y enseñar a los pequeños a integrarse a ella sin crear demasiados problemas y así poder entrar a formar parte del hogar según sea el sexo de la persona.

No parece que estas circunstancias vayan a cambiar a corto plazo y, por lo tanto, los ancianos no van a tener un papel claro en esa estructura, por lo menos formalmente. Se ha demostrado que las nuevas generaciones tienden a conservar la población anciana en su domicilio el más largo tiempo posible.

La socialización primaria del niño y la estabilización emocional del adulto son dos funciones básicas para conseguir que la sociedad funcione correctamente. Los niños deben ser integrados al sistema y los adultos deben ayudarse a través de la interacción matrimonial. La única función que se le atribuye al anciano en éste esquema, es pasiva: la de ser atendido.

Con ello el esquema de familia propuesto no abandona a los ancianos pero tampoco les asigna función concreta. La familia tradicional, tenía como función importante la transmisión del patrimonio, ésta 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.

El anciano que tiene resuelta su economía no es objeto de preocupación, excepto por los problemas que afectan a su salud. En los grupos sociales pobres, la necesidad de sobrevivir alejaba a los hijos de hogar paterno, lo cual propiciaba un tiempo menor de vida, lo anterior refuta la hipótesis popular que los ancianos tengan que vivir para ver a los nietos.

Actualmente cabe pensar más en una familia extensa emocional en la que cada núcleo vive independientemente, pero existe una relación afectiva, las funciones básicas que cumple la familia desde un análisis de sociedad de clases es doble: contribuye a reproducir la estructura de dominación de unas clases por otras de una generación a la siguiente, y forma parte de los mecanismos de inculcación de la ideología dominante (Casals, I. 1982; Lehr, U. 1977).

### **2.13 PROCESO CAMPO-CIUDAD Y ENVEJECIMIENTO**

Los problemas del envejecimiento relacionados con la familia tienen una de sus causas iniciales en hechos ajenos a la propia familia, como son el cambio del sistema productivo.

El primer paso en este proceso es la emigración del campo a la ciudad. La industria crea puestos de trabajo en la ciudad, al mismo tiempo que crea maquinaria para el campo, liberando así, la fuerza del trabajo; esta normalmente joven, se traslada a las ciudades, dejando el campo a las generaciones mayores. Si la emigración de los jóvenes se acompaña también de la de los mayores, se presentan con frecuencia, graves problemas de integración, pérdida de objetos vitales y desorientación.

Cuando el anciano se queda en el campo, con alguno de sus hijos, el problema vital y familiar no es tan 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, pero sin perder la seguridad que le ofrece su medio ambiente donde el ha crecido y desarrollado.

Cuando el envejecimiento se produce en una ciudad y mas aún en una gran ciudad, el propio entorno urbano se convierte en un obstáculo en sí mismo, para que el anciano pueda desarrollarse con una vida normal.

Si es un recién llegado a la ciudad el choque puede tener incluso graves consecuencias en la integridad física y psíquica del mismo. El problema afecta, por supuesto a todos los ciudadanos, al anciano y al niño en mayor medida, puesto que la utilización de su tiempo está en función, en buena medida, de las actividades que pueda realizar fuera de su casa. La falta de espacios verdes, donde ir a pasear o tomar el aire, la dificultad de utilizar transporte colectivo de acceso difícil, incómodo y hasta cierto punto peligroso, la agresividad de la circulación, la propaganda de una sociedad orientada al consumo en el que el anciano apenas puede participar, la dificultad que todo ello representa de cara a los contactos familiares, son ejemplo que no muestra como el entorno urbano es decididamente inadecuado para ellos.

El anciano soluciona estos problemas centrando su vida en barrios, que por lo general, son los más antiguos y deteriorados de la ciudad, ya que ahí nacieron, se desarrollaron y vivieron.

La vivienda del anciano carece normalmente de algunos servicios básicos para que coadyuven a algunas de sus limitaciones físicas, como sería la calefacción, el ascensor y por lo tanto entrar en contacto con el mundo exterior, (Casals, I. 1982).

## 2.14 LOS CAMBIOS FAMILIARES

La mayoría de investigaciones de campo publicadas, destacan la importancia de la familia como el mejor habitat para el anciano. Dentro de ella se conserva longevo, sano y satisfecho, aunque la mayor permanencia en ella y la disminución económica le crea nuevos problemas, como el sentirse inferior a su mujer, la gobernante habitual del hogar y su insustituible centro, razón por la cual, la mujer de edad se halla en otra condición, porque sigue realizando sus tareas habituales.

Cuál es la familia mas apropiada para el viejo. Indudablemente que la suya, con sus parientes consanguíneos o políticos, sus afinidades y vinculaciones. Pero en esa edad, la familia en el sentido total y genérico, debido al ciclo vital, ha crecido y se ha dispersado. Esta formada por varios hogares, cada uno con sus intereses propios, los cambios familiares pueden ser traumatizantes para ellos, sino cuentan con la preparación psíquica adecuada, el amor filtrado en esa síntesis de todos los afectos que es la familia, cobra especial significado.

Un hijo representa para el hombre un significado especial, que establece una relación indestructible a lo largo de la vida.

Por proceso natural del desarrollo, los hijos crecen y se tienen que enfrentar con diversas circunstancias personales: identidad, interés por el mundo, empleo del tiempo, círculos afectivos y peculiares formas de realización individual, lo cual lleva a tener la sensación de que lo encontrado en la familia nuclear les pertenece, pero desde ellos, la posición es distinta en el sentido de que pareciera que, lo logrado no es posible compartirlo con ésta.

Esta multiplicidad de cambios y nuevas situaciones será aún más considerable si se es viudo, separado o divorciado, si se quiere de nuevo casar o enamorarse, o vivir con alguien.

Los hijos le aplicarán a el viejo la misma represión sexual de la fueron objeto en la niñez y adolescencia. Los hijos son un efecto de matrimonio por ello es importante no invadir su privacidad. Unos padres maduros erigirán un sistema de relaciones humanas basadas en el respeto y aceptación a la identidad de sus descendientes.

Ser abuelo no significa ser padre o madre de los nietos, salvo emergencias especiales: la paternidad les pertenece ahora a los hijos, que son padres ya, (Canal, R. 1981).

## **2.15 AMBIENTE INSTITUCIONAL**

Algo que la sociedad no ha tenido en cuenta, es el por qué los ancianos reclaman dinero en lugar de servicios. Ello se debe en gran parte a que las actividades relacionadas con la ayuda a los ancianos revisten el carácter de beneficencia, y por tal motivo se les ve como necesarias. En segundo término y por razones de índole psicológica, social y económica es más adecuado que éstos no sean separados de su entorno vital, y procurar la institucionalización solamente en circunstancias especiales.

Algunas soluciones que se proponen a los problemas de hospitalización son las siguientes:

= Cualquier hospital general, cuenta con una especialidad en Geriátría, pues son los ancianos quienes enferman con mayor facilidad. Con frecuencia ocurre en el anciano que una enfermedad aguda de la cual el adulto se recupera en un tiempo de diez a doce días, en el primero deja de serlo y se cronifica. No es posible enviar al anciano a su casa, pues no está



del todo sano, sin embargo, tampoco requiere de los complicados y costosos aparatos de diagnóstico y de terapia de los que dispone el hospital, ni a su vez, del grupo médico, que en muchas ocasiones ya nada nuevo puede hacer por él.

A partir de ésta situación se configuran los hospitales o albergues de enfermos crónicos o terminales. Estos centros son, con frecuencia, clínicas privadas con edificios antiguos, o viejos hospitales locales, donde dichos pacientes son atendidos a base de un bajo presupuesto del organismo público y donde el entorno físico es poco acogedor.

Ello ocurre porque sólo se ha tenido en cuenta la economía de recursos y porque estos centros no se han construido para éste fin.

En éstos hospitales es preciso también romper con los prototipos tradicionales de un hospital convencional y darle una mejor ambientación.

El anciano una vez que regresa por dos o tres meses a éstos lugares, sabe de entrada que requerirá pasar ese lapso de tiempo sin salir de una habitación de hospital y solo podrá hacerlo hacia un pasillo inhóspito y frío.

Normalmente se recupera más lentamente que una persona joven o adulta, por lo mismo, se le da de alta prematuramente, o se alarga el internamiento hospitalario, representándole un alto costo económico y personal.

Existen tres soluciones posibles a éste problema, aplicándose en función de las necesidades de cada caso.

1.- Una institución o centro de recuperación, donde el anciano esté un período corto de tiempo hasta tanto adquiere las condiciones físicas y psicológicas necesarias para volver a su casa.

2.- El hospital de día: en el que el anciano que ya está en su casa y puede acudir diaria o periódicamente a rehabilitación. El componente básico de éste centro, sería la terapia integral y no la custodia del anciano.

3.- Otra solución sería la enfermería a domicilio, aplicable tanto a enfermos crónicos y terminales como a enfermos recuperables. El enfermo está en casa al cuidado de algún familiar y recibe cada día, o cuando sea necesario, la visita de los profesionales que requiere ya sean fisioterapeutas, médicos o enfermeras capacitadas en Geriatría; así se evita el internamiento y por lo tanto, el trauma de la institucionalización, pero requiere de un familiar, que pueda cuidar de él y una vivienda mínimamente acondicionada; con frecuencia éstas no reúnen las condiciones necesarias, ni existe el familiar que pueda cuidar del enfermo, así se produce una clara diferencia de posibilidades entre las personas. Por ello se tiende a juzgar muy duramente a los familiares por querer desprenderse del anciano enfermo, sin tener en cuenta estas variables de tipo social.

= El problema de la vivienda del anciano.- Lo más económico, sencillo y agradable de montar para el anciano, es adecuar su vivienda antigua a fin de que pueda tener en ella las comodidades necesarias. Es preciso llegar a comprender con claridad que en éste campo de la tercera edad, no es necesario pensar en grandes soluciones espectaculares, sino que cuanto más simples y más próximas a la vida diaria del anciano, más conseguirán el objetivo, es decir, que el anciano no debe separarse de su entorno habitual.

En algunos países se crean nuevas viviendas, apartamentos acogedores, diseñados especialmente para personas ancianas, los cuales son de dimensiones pequeñas, escasas o ninguna escalera, en los cuales se requiere de mínimo trabajo doméstico.

La vivienda del anciano no debe de ser tan pequeña que no se permita que un familiar se quede a dormir con él, ya que puede ser probable que algún día lo requiera. El cambio de vivienda se puede dar a una edad en que la persona no sea tan anciana, y éstas estén a la vez incorporadas a viviendas de gente adulta y jóvenes y que por supuesto, estén dentro de las posibilidades económicas de los ancianos.

Los edificios en los que sólo viven ancianos, con servicios comunes, o las llamadas ciudades de ancianos, que existen sobre todo en Europa, por más que estén colocadas en la verde campiña, acaban siendo siempre lugares inadecuados para el mejor desenvolvimiento de sus vidas.

= Factores posibles que inciden para que no se institucionalice al anciano.- en la actualidad se tiende a concebir los servicios a domicilio como la gran alternativa, para no asilar a un anciano, se creía que resultaban más económicos que las residencias, pero ello se está empezando a cuestionar. En algunos países se han realizado estudios en éste sentido, arrojando datos del gran costo que representaría y el equipo que se tendría que movilizar para llevar a cabo éste proyecto, a menos que fuera en función de voluntarios. El beneficio sería el no desarraigar al anciano de su medio habitual.

Puede ser un error, por ejemplo, el reparto masivo de comidas preparadas, que eliminaría la actividad de ir de compras y la preparación de los alimentos, ya que en éste proceso el anciano se relaciona con otras personas y se mantiene activo y útil manteniendo así su sentido de autovaloración.

Aparte de éstos servicios, existen otras posibilidades para impedir o retrasar el internamiento en residencias; podrían ser centros con servicios en el día y en la noche, que

tendrían como objetivo mantener cuidadas y atendidas a personas que no pueden permanecer solas en su domicilio, sin causar problemas o preocupaciones a sus familiares. Por ejemplo un demente senil que no pueda permanecer solo en casa, o una persona que se caiga con mucha facilidad, puede beneficiarse en éste tipo de centros, éstos no tendrían finalidades terapéuticas, al anciano se le proporcionaría alimento y entretenimiento, sus familiares lo llevarían por la mañana y lo recogerían por la tarde, o podría haber servicio de transporte desde su propia casa. Las ventajas de éste programa serían: evitar el desarraigo del anciano, aliviar la carga de atención que representa para la familia. Esta asistencia resulta más económica porque, prestarían servicios un solo turno de cuidadores.

Existe un elevado número de personas ancianas que tienen miedo de estar solas por la noche, o bien, que no es conveniente que lo estén, pero que durante el día buscan la manera de realizar actividades cotidianas, para éstos casos pueden existir el llamado centro de noche; que se trata solamente de un "centro-hoteler" que también podría ser aplicable a los individuos que prefieren vivir su vida libre y no al estricto horario que imponen en las instituciones.

- Centros de Institucionalización.- la cantidad de asilos de ancianos es bastante imprecisa, esto se debe a la poca intervención del Estado en este campo, recayendo todo sobre la iniciativa privada, básicamente de órdenes religiosas y en parte a la difícil distinción, en muchos casos, entre hospital y residencias de descanso.

El Asilo tradicional, recoge a los ancianos, pobres, enfermos, que se salían de la normalidad social vigente y que incontrolados podían crear problemas al cuerpo social, una

"personas molestas", al mismo tiempo que permitía practicar las "virtudes cristianas" y ayudar a las personas de ésta edad a bien morir.

Hay que hacer énfasis que el anciano sufre un ataque a su integridad psicológica, cuando se ve en la situación de internarse en una residencia. En la actualidad gran parte de los centros nuevos, se han concebido para ancianos como válidos. Pero al cabo de unos pocos años se va deteriorando y precisa cuidados. A veces ocurre que el Centro o Institución se altera porque considera que éstos no deben permanecer en él, y que hay que trasladarlos. Para compensar éste gravamen, se exige un nivel de salud muy alto para los que desean ingresar. Los que más necesitan, son entonces, los que no pueden acceder a estas residencias.

El tamaño adecuado de una residencia, tanto desde el punto de vista asistencial y vivencial, con trato personalizado, clima familiar y económico, con una buena unidad organizativa, para dar un aprovechamiento máximo a los servicios, se situaría al rededor de 50 plazas. (Casals, I. 1982).

## **2.16 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ**

Como se ha venido insistiendo en el transcurso de éste trabajo, son numerosas las variables que inciden en el entendimiento del problema en cuestión. Igualmente ocurre en el campo psicológico. En el siguiente apartado se abordarán de manera general algunas de las vicisitudes por las que atraviesa el anciano, que comprenden desde psicopatología, alteraciones en la memoria y atención, terminando con el proceso de desarrollo que concluye en la senectud.

## **- PSICOPATOLOGIA DE LA VEJEZ.-**

Una de las características del anciano, es el descenso paulatino de energías, el empobrecimiento en la iniciativa y creatividad. En cuanto el ser humano avanza en el ciclo de la ancianidad, son más notables sus limitaciones físicas y mentales.

La pérdida de amigos, parientes y el alejamiento de los jóvenes, le crean un campo de soledad que le produce angustia, la que, a su vez, estimula la producción de mecanismos protectores. Hay falta de capacidad para aceptar el presente, por lo que sobreviene una desadaptación por los cambios sociales actuales: existe una escala gradual que puede llegar al empobrecimiento extremo de los recursos mentales que caracteriza a la demencia o psicosis senil.

Generalmente se distinguen dos tipos de reacciones psicóticas: las Psicosis Funcionales y Orgánicas.

- En las Psicosis orgánicas existe cierto grado de lesiones cerebrales orgánicas que explican la reacción psicótica.

Dos de las psicosis orgánicas más comunes son:

- La enfermedad cerebral senil.

- La arteroesclerosis cerebral.

En el tipo de las Psicosis funcionales no se encuentran lesiones cerebrales demostrables; existen cuatro tipos:

- Trastornos esquizofrénicos.

- Trastornos afectivos.

- Trastornos paranoídes.

**- Reacciones Psicóticas involutivas.**

Estos dos tipos de Psicosis son los más comunes en el anciano.

La causa directa de estos trastornos radica en las alteraciones fisiológicas que tiene su sitio en el cerebro, pero es importante señalar que no siempre hay correlación entre el grado de los cambios histológicos y el grado de alteración intelectual. La demencia senil, no tiene fecha fija de aparición, aún cuando sobreviene casi siempre en sujetos que han llegado ya al séptimo decenio de su vida, se manifiesta con los síntomas siguientes:

- Pérdida de memoria inmediata.- la memoria de fijación se altera y esto impide nuevas adquisiciones, por lo que el individuo vive de sus conocimientos anteriores. Se presentan cambios en el carácter, surgiendo el desinterés ideológico de la época, por lo que se suscita la estrechez de su campo laboral en las nuevas adaptaciones, así como alteraciones del ánimo.

- Hay una mayor agudeza en la percepción de detalles de las situaciones y falta de percepción del conjunto producido.

- Se producen conductas obsesivas, disminuyendo la capacidad de concentración y por lo tanto alteraciones en la atención.

Los individuos de carácter alegre, que han logrado mantener su relación con el mundo exterior, han sabido adaptarse al presente medio y han creado recursos emocionales e intelectuales, se hayan en condiciones de escapar o retardar éste padecimiento.

Los síntomas de la arteroesclerosis cerebral son muy semejantes a los de la Psicosis senil, la diferencia entre los dos trastornos radica en el hecho de que en la primera existe

endurecimiento de las arterias del cerebro y gradualmente la circulación cerebral se hace lenta o desaparece por completo. (Hecuba, B. 1970).

## **2.17 RASGOS PSIQUICOS EN EL ENVEJECIMIENTO.-**

Los rasgos psíquicos más sobresalientes en el envejecimiento son:

- La sobrestimación del pasado, falta de esperanza, egofsmo, tacañería o avaricia, misionismo, lentitud para aprender y deterioro de la memoria.

- Las emociones en las personas ancianas son de menor intensidad, trayendo con ello menos repercusión en el juicio y en la conducta que en la juventud.

- Profundizan acerca de temas espirituales, pudiendo fácilmente convertirlos en pasiones.

- Otra emoción que sufre el geronte es: la amorosa, surgiendo una necesidad de afecto.

Entre las formas de miedo que afectan principalmente la edad son:

- - El temor a la invalidez.

- - El relacionado con la religión y la vida eterna, que explica el por qué de muchas conversiones de exagerada devoción, cuando pisan los umbrales de la senectud.

- - El de la pobreza o la insuficiencia económica, que angustia al anciano, ahorrando hasta el último centavo, sometiéndose a privaciones, cuando podría llevar una existencia más holgada, o puede darse lo contrario, que pensando en lo poco que les resta de vida derrochan sus recursos.

- - El miedo se exterioriza con una constante lamentación verbal, buscando apoyo y consuelo.



Como se indicó antes entre las particularidades psíquicas del envejecimiento se ha señalado: la avaricia; exteriorizándose en la limitación de sus gastos y es, precisamente la pérdida de su capacidad productiva, por lo que ve con pesimismo su porvenir.

- Otros rasgos son: el misionismo, o sea el rechazo a lo nuevo, la lentitud para aprender. Pero si analizamos las obras maestras de hombres geniales, hallamos que muchas de ellas han sido creadas cuando sus autores habían alcanzado una edad proveya, significa que, ni la imaginación, la abstracción, y el poder de raciocinio, tanto inductivo como deductivo, se deterioran con la vejez, siempre que se mantenga el sistema nervioso sano.

Un aspecto muy importante desde el punto de vista psicológico es el que plantea la vivencia del envejecimiento, es decir; ¿qué pasa en el estado de ánimo de la persona cuando llega cronológicamente a la época senil, cuando percibe que está envejeciendo?: Generalmente aparece la Depresión, en la que se experimenta penosamente la disminución de facultades y la consiguiente merma de actividad puede estar agravada por sentimientos de culpa ante errores pasados, que se exacerban ante la imposibilidad de repararlos, por su incertidumbre económica y la posibilidad de ingresar a un asilo.

Por otro lado, el repliegue sobre sí mismo, donde el anciano se encierra en un aislamiento a veces hosco, y amargo, rechazando la ayuda ofrecida.

El rechazo al envejecimiento.- en el que el anciano no acepta las nuevas condiciones en que debe mover su existencia, debido al envejecimiento de sus capacidades: físicas, intelectuales y sexuales.

La rebelión.- en la que el anciano se siente celoso de los que son más jóvenes, mostrando permanentemente una actitud agresiva o despectiva frente a la juventud actual.

En conclusión, es posible advertir, que en el proceso de envejecimiento se presenta la siguiente sintomatología:

Personalidad; desconfiada, angustiada, hipocondríaca con tendencia a controlar su medio a través de mecanismos obsesivos-compulsivos, en la que se advierte un deterioro y una regresión a conductas anteriores en pensamiento y actos, ésta conduce, en algunos casos, a comportamientos infantiles donde de manera inconsciente existieron gratificaciones más satisfactorias. La necesidad de la comunicación con el medio ambiente y con las demás personas se hace evidente en algunos ancianos a través de su ansiedad por ser escuchados, por su lenguaje maniaco, y a veces, confuso y por las dificultades en las relaciones interpersonales. Los trastornos en la esfera afectiva, su soledad y aislamiento, se proyectan en sus tendencias hacia una relación masoquista, siendo, en ocasiones, muy agresivo en el plano verbal. Así mismo, la angustia hacia la muerte se observa en todas sus conductas que van desde el temor a quedarse solo, hasta el insomnio y la vuelta al pasado. (Boumpadre, A. 1978; Lehr, U. 1977; Erikson, E. 1986; Hecuba, B. 1970 y Fustioni, P. 1979).

## **2.18 EL ANCIANO Y SU ANGUSTIA EXISTENCIAL**

Entre los múltiples factores que pueden influir en la aparición de los trastornos psicológicos del anciano figuran:

- El aislamiento.- la soledad notoria, cuando los hijos se casan o fallece el cónyuge.
- La jubilación que trae aparejada la añoranza por su trabajo y la sensación de ser inútil.
- La pérdida del rango familiar, pues los hijos van suplantando los derechos del anciano para tomar cualquier decisión, incluso las que le atañen exclusivamente a él.

- La pobreza.
- El internamiento en un asilo.
- La decadencia física, como deficiencia metabólica y endócrina, las complicaciones de enfermedades anteriores, los accidentes, y en general todos los cambios anatómicos y fisiológicos propios de esa edad.

Hay necesidad de un estudio profundo que busque conocer cómo es vivenciada, en que medida y debido a qué causas de orden inconsciente, y ver la importancia del hombre ante la muerte.

Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que necesariamente no permita sustitución alguna.

Pues se sabe que una vida individual es la coincidencia accidental de solo un ciclo de vida con un fragmento de la historia, desarrollándose dentro de una cultura o civilización que se convierte en el patrimonio de su alma, en el sello de su paternidad moral de sí mismo, perdiendo así la muerte un carácter atormentador. (Erikson, E. 1974; Boumpadre, A. 1978).

## **2.19 LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE EN LA EDAD ADULTA**

La capacidad de aprender y razonar, dos instrumentos valiosos durante la juventud, se vuelven notoriamente ineficaces a medida que pasa el tiempo. El deterioro es más notable cuando la persona de edad trata de aprender nuevos hábitos, los cuales requieren olvidarse de los ya conocidos, modificarlos e integrarlos con los nuevos. En la edad proveya, los déficits propios de los órganos de los sentidos contribuyen a crear una incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales que se reciben; se ha demostrado que el factor principal de

dicho deterioro consiste en defectos de organización dentro del sistema nervioso central, precisamente a nivel de las estructuras encargadas en la percepción.

Se ha intentado explicar que las modificaciones del rendimiento y disminución de la capacidad de aprendizaje ocurren través de un deterioro de las células cerebrales.

En el hombre los trastornos cognoscitivos aparecen apesar de un incremento del flujo sanguíneo en la corteza frontal.

Estos datos muestran una nueva organización en el cerebro en proceso de envejecimiento, la cual sólo aparece durante el estímulo cerebral.

Las fallas en el proceso de aprendizaje de los sujetos de edad avanzada afectan:

- Percepción o apercepción de las situaciones.
- La retentiva próxima.
- La formación de una huella persistente.
- La conservación de dicha huella.
- El reconocimiento de una nueva situación que exija la evaluación del material captado.
- La actualización del material de la memoria.
- Al desencadenamiento de la reacción.

(Perlmutter, M. 1989; Lehr, U. 1977; Le Poncin, L. 1986).

## **2.20 ENVEJECIMIENTO Y MEMORIA**

La memoria, comprende la capacidad de retener información del pasado. Mantiene el recuerdo de sucesos ocurridos en épocas diferentes y lugares distantes, permitiendo así que

la experiencia vivida trascienda los límites del tiempo y espacio. Además los seres humanos utilizan la memoria para llevar a cabo planes y proyectos, ayudando de esta forma a que el resultado sea mejor, los recuerdos colectivos, que son la substancia de las relaciones y de la comunicación, constituyen los sistemas sociales que regulan la vida cotidiana del hombre. En un sentido muy amplio, entonces, la memoria resulta crucial tanto para los individuos como para la sociedad.

Se distinguen tres clases de contenidos de memoria:

- 1.- La memoria autobiográfica, que se refiere a la información específica basada en el tiempo referente a sucesos que la persona haya experimentado personalmente, es decir, el registro de las experiencias personales.
- 2.- La memoria conceptual, que se refiere a información general del mundo y de uno mismo, la cual no se obtiene por experiencias específicas, sino de múltiples experiencias y enseñanzas, por ejemplo: las que proporciona otra persona, un libro u otra fuente externa de información.
- 3.- La memoria metacognoscitiva, que se refiere al sistema cognoscitivo, por ejemplo: la forma en que trabaja la memoria o el esfuerzo requerido para resolver algún problema.

La imagen que se tiene del anciano es la de un inválido poco estable y que siempre está divagando, mientras que es raro que se le conciba como creativo, inteligente y vital. En últimas fechas se ha tratado de rechazar los estereotipos negativos con los nuevos descubrimientos, y al parecer, existe un cambio de actitud al punto que los adultos jóvenes les ven más favorablemente. Sin embargo, en la población estándar probablemente existen todavía muchas actitudes negativas acerca del envejecimiento.

Cuando se habla de la relación entre el funcionamiento de la memoria, las expectativas y la autoeficacia, los estereotipos negativos de la ancianidad, pueden ser no solamente inadecuados, sino perjudiciales, ya que es posible que traigan como consecuencia condiciones sociales y actitudes personales que limitan el funcionamiento. Cuando la persona pierde lucidez se vuelve improductiva, puede darse por vencida y caer en situaciones rutinarias y desestimulantes que promueven la atrofia de la capacidad física y mental.

Estudios estadísticos sugieren que los aspectos de la memoria en los que se nota un menor funcionamiento tienen generalmente características bastante particulares. Por ejemplo, se piensa que la capacidad de la memoria normalmente disminuye más que las estrategias de ésta, especialmente en los últimos años de la vida, también los adultos de edad avanzada, por lo general, reportan problemas para recordar personas y conversaciones, aunque perciben que su habilidad en esta función de conservar recados y lugares específicos se mantiene relativamente estable.

Podría ser útil, primero hacer una distinción entre tres series de factores que contribuyen al daño de la memoria.

Aunque estos factores pueden afectar el funcionamiento de la memoria a cualquier edad, tienden a depender de la misma, y por lo tanto tienen mayor importancia en los últimos años de la etapa adulta.

El primer grupo se relaciona con el estado psicológico. La mala adaptación al proceso de envejecimiento puede acarrear como consecuencia un estado psicológico que daña el funcionamiento de la memoria.

El segundo grupo refleja los estados físicos transitorios. Los efectos de este tipo de influencias en el funcionamiento de la memoria son también susceptibles de curación cuando son diagnosticados correctamente.

El tercer grupo refleja estados físicos crónicos por consecuencias de daños fisiológicos que hasta el momento no se ha encontrado que sean reversibles. Pueden variar en severidad; desde daño sensorial o perceptivo relativamente menor, hasta la pérdida total del oído o de la vista, la pérdida del movimiento o de algún tipo de daño cerebral degenerativo.

Dentro del factor psicológico, los desórdenes de éstos pueden predisponer al individuo, distorcionando el proceso del pensamiento, trayendo como consecuencia el funcionamiento cognocitivo subóptimo. Dos de los tipos más comunes de esta clase de desórdenes son: la Depresión y la Ansiedad.

Se cree que el efecto negativo de estos desórdenes en el funcionamiento de la memoria es una serie de déficits observados en los adultos. Esto es, los problemas de la memoria en adultos de edad avanzada pueden deberse, en parte, al cambio producido por la edad en los estados de ánimo afectivos más que al envejecimiento en sí.

Estudios recientes sobre la ansiedad y el funcionamiento cognocitivo lo interpretan como problema de atención, esto es, la ansiedad inhibe el funcionamiento a través de autoinspección y preocupación excesiva.

Una buena evaluación del funcionamiento de la memoria en adultos de edad debe incluir mediciones del estado de ánimo así como el registro de su salud mental. Se debe hacer una exploración de patología del funcionamiento de la memoria, más que desecharlos simplemente como circunstancias normales del envejecimiento, con el objeto de determinar

con exactitud problemas más serios de la memoria, como los que se presentan en las primeras etapas de la demencia de Alzheimer, (Perlmutter , M. 1989).

## **2.21 SEXUALIDAD DEL HOMBRE ANCIANO**

Psicológicamente, el deseo de satisfacción del impulso sexual en el anciano, puede experimentarse como urgente, por una especie de necesidad de aprovechar una ocasión que no podría volverse a repetir.

Fisiológicamente en el hombre, la erección se produce más lentamente, la eyaculación es más reducida o nula y el orgasmo más corto. En la mujer la lubricación de las zonas genitales es mas escasa , por lo que puede producir sensaciones desagradables durante el coito.

El número de relaciones sexuales varía de una vez cada dos meses, hasta una vez por semana. Después de los 75 años, la cifra disminuye notablemente.

Haciendo clasificaciones de raza y sexo y estatus social, los negros son más activos sexualmente que los blancos, los hombres más que las mujeres, las gentes de un nivel social de vida medio o inferior más que los de clase acomodada.

En aquellos cuya vida sexual había sido muy rica, se prolongaba su actividad sexual; en cuanto a los sujetos viudos, o solteros tienen una vida sexual carente.

La vida sexual del hombre, se prolonga largo tiempo cuando ha sido rica; pero sucede también que en el correr de los años, el hombre ve disminuir su potencial sexual, observando creciente dificultad en la erección.



La intensidad en la respuesta sexual disminuye con la edad; sin embargo, la mujer sigue siendo capaz de llegar al orgasmo sobre todo si es objeto de un estímulo sexual eficaz y regular.

En los asilos se observa, el erotismo femenino, aumentado con la edad, no es raro encontrar casos de masturbación en público, la mímica del coito, las palabras obscenas y el exhibicionismo formando parte del cuadro. (Masters, W. y Johnson, W. 1967).

Diversos autores han abordado el estudio teórico de las etapas o ciclos de desarrollo psicológico que tiene lugar en la vida del hombre, en la mayor parte de la literatura técnica se hace énfasis primordialmente en la infancia como base generadora del devenir del ser humano en su historia personal, otro grupo de estudiosos reconocen la importancia de las fases adolescente y adulta, sin embargo, muy contados investigadores dan a la vejez el estatus que representa, por estas razones se ha decidido incluir a Erikson, E. (1974), quien de forma mas o menos completa describe las etapas del ciclo vital humano, aportando con ello una visión mas profunda de los factores psicosociales que inciden en la presencia de cada estadio. Dicha teoría la denominó ciclo epigenético, de ella se hablará en las páginas siguientes.

## **2.22 CICLO EPIGENETICO DE ERIKSON**

### **CONFIANZA BASICA Vs DESCONFIANZA BASICA**

La primera demostración social en el niño pequeño es la facilidad de su alimentación, la profundidad de su sueño y la relación de sus intestinos. El primer logro social es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o

rabia porque aquella se ha convertido en una certeza interior así como en algo exterior previsible. Se puede decir que un niño tiene confianza sin afirmar que experimenta seguridad, además el estado general de confianza implica no solo que una ha aprendido a confiar en la mismidad y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias, y que uno es capaz de considerarse digno de confianza para que los proveedores no necesiten estar en guardia.

En psicopatología, la mejor manera de estudiar la ausencia de confianza básica consiste en observarla en la esquizofrenia infantil, el psicoanálisis supone que el temprano proceso de diferenciación entre adentro y fuera, es el origen de la proyección y de la introyección que permanecen como dos de nuestros mas profundos y peligrosos mecanismos de defensa. En la introyección sentimos y actuamos como si una bondad exterior se hubiera convertido en una certeza interior. En la proyección experimentamos un daño interno como externo; atribuimos a personas significativas el mal que en realidad existe en nosotros. Se supone, entonces que éstos dos mecanismos: la proyección y la introyección, están modelados según lo que tiene lugar en los niños cuando éstos quieren externalizar el dolor e internalizar el placer, intento que en última instancia debe ceder ante el testimonio de los sentidos en maduración y en última instancia de la razón.

El conflicto nuclear de la confianza básica versus la desconfianza básica en la mera existencia, constituye la primera tarea del yo, y por ende en primer lugar una tarea para el cuidado materno.

Las madres crean en sus hijos un sentimiento de confianza mediante este tipo de manejo en su cualidad combina con el cuidado sensible de las necesidades individuales del niño, la base para un sentimiento de ser "aceptable" de ser uno mismo y de convertirse en lo que la otra gente confía en que uno llegará a ser.

En última instancia los niños no se vuelven neuróticos a causa de frustraciones sino de la falta o pérdida de significado social en esas frustraciones. La confianza nacida del cuidado es, de hecho la piedra de toque de la realidad de una religión dada (Erikson, E. 1974).

### INICIATIVA Vs CULPA

La etapa ambulatoria y la de la genitalidad infantil suman al inventario de modalidades sociales básicas las de "conquistar", primero en el sentido de "buscar el propio beneficio" no hay para expresarlo ninguna palabra más simple y más intensa, sugiere placer en el ataque y conquista. En el varón, el acento permanece puesto en los modos fálico-intrusivos, en la niña se vuelca modos de atrapar con una actitud mas agresiva de arrebatar o en la forma mas sutil de hacerse atractiva y despertar afecto. El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados en el propio placer exuberante ante el nuevo poder locomotor y mental. El niño tiene fantasías de ser un gigante y un tigre, pero en sus sueños huye atemorizado en defensa de su vida, ésta es entonces la etapa del complejo de castración, el temor intensificado de comprobar que los genitales, ahora enérgicamente erotizados han sufrido un daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación.

La sexualidad infantil y el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyo se unen aquí para provocar esa crisis específicamente humana durante la cual el niño debe dejar atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor y en un portador de tradición.

### **INDUSTRIA Vs INFERIORIDAD**

Antes de que el niño que ya es psicológicamente progenitor rudimentario, pueda convertirse en un progenitor biológico, debe comenzar por ser un trabajador y un proveedor potencial.

Desarrolla un sentido de la industria, esto es, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas.

Puede convertirse en una unidad ansiosa y absorba en una situación productiva. El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desespera de sus herramientas y habilidades o de su estatus entre sus compañeros puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas; el hecho de perder toda esperanza de tal asociación industrial puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar más aislada, menos centrada en las herramientas de la época edípica.

El período en que se desarrolla un sentido de la industria, se refiere a obstáculos interno y externos en el uso de nuevas capacidades, pero no a las complicaciones que implican nuevos impulsos humanos, ni a la rabia sumergida que resulta de su frustración. Esta etapa difiere de las anteriores en tanto no se trata de una oscilación desde un cataclismo interior hacia un nuevo dominio. Freud la denomina la etapa de latencia porque los impulsos violentos

están normalmente inactivos, pero se trata tan solo de un momento de calma antes de la tormenta de la pubertad.

En esta época se desarrolla un sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial, esto es, del etnos tecnológico de una cultura. El peligro de esta etapa es la limitación de sus horizontes a fin de que incluyan solo su trabajo, si acepta el trabajo como el único criterio de su valor, puede convertirse en el conformista y el esclavo irreflexivo de su tecnología de quienes se encuentran en situación de explotarla. (Erikson, E. 1974).

### **IDENTIDAD Vs CONFUSION DE ROL**

Es cuando la juventud comienza, en su búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad, los adolescentes deben volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores, aún cuando para hacerlo deban elegir artificialmente a personas bien intencionadas para que desempeñen los roles de adversarios y están siempre dispuestos a establecer ídolos e ideales perdurables como guardianes de una identidad final.

La integración que ahora tiene lugar bajo la forma de identidad yoica dando un sentimiento de confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentren su equivalente en la mismidad y continuidad del significado que uno tiene para los demás tal como se evidencia en la promesa tangible de una carrera.

El peligro de ésta etapa es la confusión de rol, cuando ésta se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad sexual, los episodios delinquentes y abiertamente psicóticos no son raros. Lo que perturba a la gente joven es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional.

Para evitar la confusión se reidentifica temporalmente hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad con los héroes de las camarillas y las multitudes.

Esto inicia la etapa de enamoramiento que no es en modo alguno total o siquiera primariamente sexual salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando la propia imagen yoica difusa en otra persona y logrando así que se refleje y se aclare gradualmente.

A ello se debe que una parte tan considerable del amor juvenil consista en conversación. La mente adolescente, es una mente ideológica y de hecho es la visión ideológica de la sociedad la que habla más claramente al adolescente ansioso por verse afirmado por sus iguales y listo para verse confirmado a través de rituales, credos y programas que al mismo tiempo definen el mal, lo incomprensible y lo hostil. (Erikson, E. 1974).

### **INTIMIDAD Vs AISLAMIENTO**

Esta etapa surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, esta ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros, esta preparado para la intimidad, esto es la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos.

El temor de la pérdida yoica en situaciones que exigen autoabandono, en la solidaridad de las afiliaciones estrechas, en los orgasmos y las uniones sexuales, en la amistad íntima, la intuición de tales experiencias debido a un temor a la pérdida del yo puede llevar a un profundo sentido de aislamiento y a una consiguiente autoabsorción.

La contraparte de la intimidad es el distanciamiento; la disposición a aislar y de ser ello necesario a destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia y cuyo territorio parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas. En esta etapa es cuando se desarrolla la genitalidad, consistiendo en la capacidad plena para desarrollar una potencia orgástica tan libre de interferencias pregenitales que la libido genital se exprese en la mutuality heterosexual con plena sensibilidad tanto del pene como de la vagina y con una descarga de tipo convulsiva de la tensión de todo el cuerpo.

Así las relaciones sexuales satisfactorias hacen el sexo menos obsesivo, la sobrecompensación menos necesaria y los controles sádicos superfluos.

A fin de encerrar una significación social perdurable, la utopía de la genitalidad debería incluir:

- 1.- Mutualidad del orgasmo.
- 2.- Con un compañero amado.
- 3.- Del otro sexo.
- 4.- Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua.
- 5.- Y con el que uno puede y quiere regular los ciclos del trabajo:
  - a) la procreación.
  - b) el trabajo.
  - c) la recreación.
- 6.- A fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

El peligro de ésta etapa es el aislamiento, esto es, la evitación de contactos que llaman a la intimidad.

En psicopatología ese trastorno puede llevar a serios problemas de carácter. Por otro lado, hay vínculos que equivalen a un aislamiento que protegen a sus integrantes de la necesidad de enfrentar el nuevo desarrollo crítico, el de la generatividad. (Erikson, E. 1974).

### **CREATIVIDAD Vs ESTANCAMIENTO**

El hombre maduro necesita sentirse necesitado y la madurez necesita la guía y el aliento de aquello que ha producido y que debe cuidar. La generatividad es, la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, aunque hay individuos que por alguna desgracia o debido a dotes especiales y genuinos en otros sentidos no aplican éste impulso a su propia descendencia.

El concepto de generatividad incluye sinónimos más populares tales como productividad y creatividad que sin embargo no pueden reemplazarlo. El mero hecho de tener o incluso de desear tener hijos sin embargo no basta para alcanzar la generatividad de la demora con que aparece la capacidad para desarrollar esta etapa. (Erikson, E. 1974).

### **INTEGRIDAD DEL YO Vs DESESPERACION**

Integridad de yo, es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y el significado. Es un amor postnarcisista del yo humano no el sí mismo. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debfa ser y que, necesariamente no permita sustitución alguna. Aunque percibe la relatividad de los diversos estilos de vida que han otorgado significado al esfuerzo humano, el poseedor de integridad está siempre listo



para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. Pues sabe que una vida individual es la coincidencia accidental de sólo un ciclo de vida con un sólo fragmento de la historia y que para él toda integridad de que él participa. El estilo de integridad desarrollado por su cultura o su civilización se convierte así en patrimonio de su alma, el sello de su paternidad moral de sí mismo.

En esa consolidación final, la muerte pierde carácter atormentador. La falta o pérdida de ésta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte: no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial de la vida. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad.

Y es posible frasear aún más la relación entre la integridad y la confianza infantil diciendo que los niños sanos no temerán a la vida, si sus mayores tienen la integridad necesaria como para no temer a la muerte. (Erikson, E. 1974).

## **2.23 DEPRESION**

### **- DESCRIPCION DEL SINDROME DEPRESIVO.**

La depresión es un padecimiento que no respeta sexo ni edades, por lo que se considera que las depresiones tardías no constituyen una entidad nosológica particular, y cursan de acuerdo con los mismos principios de las que aparecen en otras épocas de la vida.

Se define a la depresión como un trastorno primario de la afectividad, presentando el individuo características tales como: disminución y baja afectiva con disforia, diversos grados

de ansiedad, hipoactividad, cansancio y preocupación, inhibición general con retraimiento, actitud y conducta vertida hacia el interior, disminución global de intereses, bradipsiquia y lentificación psicomotriz, insomnio, impotencia, trastornos digestivos, cefalea, irritabilidad, miedo, sensopercepción disminuida, ideas de culpa o fracaso, impulsos: suicidas y a la ingestión de alcohol y otras drogas (Ayuso, J.L. 1981; Bleichmar, H. 1978; Calderon, G. 1989; Hofling, Ch. 1974; Kernberg, O. 1987; Patiño, J.L. 1980; Vallejo, J. 1979).

El concepto de "síndrome" describe el conjunto de síntomas individuales en relación a un complejo sintomático típico (Benkert, O. 1981).

Con el concepto de "síndrome depresivo" se define un complejo sintomático que presenta preponderantemente un trastorno del estado de ánimo, manifestado por tristeza acompañada de temor, de inhibición de los pensamientos, o agitación psicomotora, así como de trastornos somáticos.

#### **- CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION**

Los signos y síntomas de la depresión (De La Fuente, R. 1984) pueden presentarse en forma aguda, lo más común es que se manifiesten episódica y recurrentemente; abarcan las esferas psíquicas, somática y de la conducta, se trata de un desorden global.

En la esfera afectiva: el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En la esfera cognitiva están presentes: la fijación de la atención en la vivencia dolorosa, la transformación negativa de la imagen de sí mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autoevaluación.

En la esfera somática, es muy frecuente: la pérdida o aumento del apetito, de peso, y la perturbación del sueño, así como diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas.

El curso de la vida de algunas personas deprimidas se ve alterado profundamente en las esferas: familiar, ocupacional y social, ésto como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismos y del mundo o de un intento de superar su aflicción y dar sentido a su experiencia.

El comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental, por ejemplo: la muerte de algún ser querido, una quiebra en los negocios, la ruptura de un noviazgo, etc. A este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. En ocasiones, cuando el comienzo del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique, se le llama depresión endógena.

En algunos casos, el inicio del cuadro depresivo, no puede precisarse, ya que el enfermo no fija la atención en su estado emocional, sino en sus molestias físicas, que con frecuencia le han venido originando problemas por años.

En relación con el curso del padecimiento depresivo, algunos casos pueden evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejoría, pero los más tienden a la cronicidad si no se efectúa un tratamiento adecuado; la magnitud de las molestias varían, pueden ser ligeras o perturbar seriamente al paciente.

## 2.24 SINTOMAS DEPRESIVOS.

La depresión (De La Fuente, R. 1984), es el desorden psiquiátrico más común en la consulta externa, y la privada. El 48% de más de 1000 estudiantes (Depto. de Psiquiatría, UNAM) vistos en consulta dentro del programa de Salud Mental sufrieron depresión en grados diversos.

Lehmanns, V. (1971), después de una amplia investigación sobre los casos depresivos concluye que: tres a cuatro por ciento de la población mundial, es decir, una de cada 10 personas sufren depresión, solamente una de cinco recibe tratamiento médico o psicológico y una de cada 50 es hospitalizada, uno de cada 100 sujetos deprimidos se suicida y el 50% de todos los suicidas sufrían depresión (citado en Benkert, O. 1981).

La influencia de la cultura en la depresión se expresa también en el hecho de que personas con pensamiento simplista, al deprimirse expresan su sentimiento en términos de síntomas físicos, esto por que tienen dificultad para describir sus estados subjetivos. Por otra parte, algunas personas "sofisticadas" manifiestan su depresión en términos de enfermedad física para lograr una mayor aceptación social. (Bernkert, O. 1981).

Los síntomas que presenta un sujeto deprimido son:

- Estado de ánimo triste.- éste estado es con mucha frecuencia el síntoma dominante que presenta el sujeto depresivo, ya que la esfera afectiva es la que se ve seriamente perturbada; se siente desesperanzado y sin alegría, no tiene interés en progresar en el futuro, el presente les parece infinito, el ambiente se le torna gris y descolorido incluso en la percepción directa de las cosas las ve de manera pesimista, demuestra: indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad y pesimismo.

- Angustia e irritabilidad.- junto con el estado de ánimo de tristeza el sujeto exterioriza frecuentemente angustia. La mayoría de las veces se trata de una angustia o temor indeterminado, éste estado se denomina en psicoanálisis como "angustia flotante, angustia general" es decir, el sujeto no puede explicar ante qué se encuentra atemorizado, teniendo una expresión de temor y de sufrimiento. Esta "angustia" puede percibirse también desde el punto de vista somático. En algunos sujetos no se encuentra en primer plano el trastorno depresivo acompañado de tristeza y/o angustia, sino más bien un trastorno disfórico básico: de ánimo e irritabilidad que se manifiesta por una conducta agresiva dando origen a problemas familiares y laborales.

- Trastornos vitales.- En muchos sujetos aparece un trastorno de los sentimientos vitales: sensaciones somáticas: la angustia y la tristeza son percibidas corporalmente; sensación de opresión o de dolor a nivel de la región gástrica o cardíaca; cansancio constante, falta de fuerza y de energía. Junto con éstos trastornos somáticos existen otros síntomas orgánicos, en especial los vegetativos diversos como: trastornos en el apetito: anorexia que puede originar pérdida importante de peso y en ocasiones hambre compulsiva, así como variaciones diurnas del estado de ánimo.

- Síntomas vegetativos.- éstos pueden aparecer como equivalentes. Muchas veces no es posible la delimitación de los trastornos vitales, como por ejemplo las molestias gastrointestinales, la sensación de pesadez en la cabeza o de la plenitud abdominal.

Por lo general, los síntomas vegetativos que presentan los sujetos deprimidos son: sequedad de boca, bradicardia o taquicardia, trastornos anginosos, hipotermia, sudoración o escalofríos, disminución del lagrimeo, de la secreción y del sudor, sensación de mareo, cefaleas, dolores

gástricos, estreñimiento, meteorismo, pérdida o aumento del apetito, de peso, disminución de las funciones sexuales, desaparición de la menstruación, dolor de espalda y dolores neuralgiformes.

- Trastornos del sueño.- el inicio de un padecimiento depresivo corre frecuentemente paralelo con trastornos para conciliar el sueño, cuando se ve interferido, los sujetos se encuentran cansados por la mañana y se sienten agotados, teniendo la sensación de no haber dormido durante toda la noche, en algunos casos hay hipersomnía.

- Variaciones del estado de ánimo en el curso del día.- durante la mañana y al medio día los síntomas depresivos son muy marcados, a esto se le denomina "intensificación matutina", por las tardes no es tan marcada. Cuando la sintomatología es muy intensa, éstas variaciones anímicas durante el día apenas se observan, y el comienzo de la mejoría se percibe nuevamente en forma más marcada.

- Inhibición psicomotora.- sólo muestran escasos movimientos espontáneos, y exteriormente pueden estar percibiendo inquietud martirizante en su vida interna. El grado más severo de inhibición psicomotora es el estupor: casi no presentan movimientos, no hablan y no reaccionan ante ningún acto del profesionista de salud mental dirigido hacia ellos, se muestran decaídos, desinteresados, indiferentes, les falta el gusto por las cosas y no tienen energías.

- Agitación psicomotora.- los pacientes con agitación psicomotora se muestran: inquietos y estimulados, no pueden sentarse sin estar moviéndose sin objetivo definido, se presentan impulsos ocupacionales sin ninguna finalidad. Este estado de agitación se acompaña frecuentemente de quejas sobre el estado de salud y ánimo básicamente temeroso.

- **Inhibición del pensamiento.**- el pensamiento es uniforme e improductivo y gira generalmente alrededor de la enfermedad, la intensidad y concentración se encuentran marcadamente disminuidas, en la mayoría de los casos se observa inhibición de ésta y de los impulsos.

- **Ideas delirantes.**- existen imaginativamente creencias patológicas típicas, poco claras en dependencia directa con el bienestar somático y el ánimo del paciente: el delirio hipocondríaco, de pobreza, de culpa. Por ejemplo: los sujetos creen que son enfermos orgánicos incurables; el miedo a la pobreza puede convertirse también en delirio, éste pensamiento se da preferentemente en pacientes mayores de edad que ya no pueden imaginar asegurado su puesto de trabajo o sus ingresos. La aparición de temores en relación al bienestar psíquico y somático se convierte frecuentemente en pensamientos delirantes.

- **Obsesiones compulsivas.**- las tendencias compulsivas no son muy frecuentes, sin embargo, las recriminaciones pueden adquirir la forma compulsiva. Se llegan a desarrollar temores compulsivos, por ejemplo el miedo de hacer algo malo a alguna otra persona.

- **Pensamientos suicidas.**- se encuentran frecuentemente en éste tipo de pacientes. Feuerlein, W. (1971) (en Benkert, O. 1981), enmarca las tendencias del comportamiento suicida de la siguiente manera:

**Autoagresión.**- si en primer plano se observan tendencias autodestructivas casi siempre se trata de un intento de suicidio serio, un tanto disfrazado (suicidio frustrado o no logrado).

**Demandas.**- con mucha frecuencia el comportamiento suicida se encuentra matizado de un carácter de demanda de: ayuda y contacto exteriorizadas, generalmente se puede advertir una actitud suicida demostrativa.

**Pausa.** - se observa la necesidad y el deseo de una interrupción de la situación de vida actual cuando menos de naturaleza pasajera o bien se palpa una especial situación crítica, el paciente busca el sueño más profundo y prolongado, no la muerte (pausa parasuicida). Menciona este autor que: la tendencia a buscar pausas contra la depresión representan más bien actitudes parasuicidas que intentos de suicidio propiamente.

## **2.25 ASPECTOS BIOQUIMICOS DE LA DEPRESIÓN**

Aunque dentro de la Psicología, el psicoterapeuta no maneje directamente medicamentos con sus pacientes, es de gran importancia que éste conozca el campo de la psicofarmacología: cuáles son y cómo funcionan en las patologías que se vean, y determinar si es necesaria su administración, por tal motivo deberá apoyarse o referir al paciente con el profesional en el área.

En 1942, Cameron, E. (en Calderon, G. 1989), realizó una revisión de los hallazgos bioquímicos encontrados en la manía y depresión, estableció las siguientes consideraciones:

a) no existe una correlación entre el metabolismo basal y el estado de ánimo, aún cuando sí hay pruebas de que puede modificarse en relación con el grado de actividad general, angustia y miedo, pero sin que la manía o la depresión den determinaciones en las terminales opuestas de la escala.

b) la tensión arterial no tiene relación alguna con el estado de ánimo.

c) la reacción de la tensión arterial a la adrenalina muestra diferencias entre el estupor y la excitación, pero no entre la elación y la depresión.



d) la determinación de glucosa sanguínea después de la administración de efedrina no reporta cambios significativos.

e) la prueba de la tolerancia de la glucosa no tiene relación con la dirección del trastorno del humor.

f) la secreción salival de la glándula parótida es normal en los enfermos maníacos y está disminuida en los deprimidos.

g) la acidez gástrica aumenta en los estados maníacos y en las depresiones ansiosas, y disminuye en las depresiones con retardo.

Concluye que dentro de los aspectos bioquímicos de la depresión comparados con los de la manía el contraste más frecuente encontrado parece no asociado con las variaciones del estado de ánimo, sino con el tipo y grado de acción correlacionada. Personas tensas y agitadas pueden tener más en común en sus funciones biológicas con personas en estado de elación o excitación, que con enfermos con síndromes depresivos.

En 1959, Everett, G. y Toman, J. (en Calderon, G. 1989), postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina, desempeñaban un papel importante en relación con la depresión. Esta hipótesis se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de dos medicamentos:

1.- La reserpina; ampliamente usada en el tratamiento de la hipertensión, originaba depresión en algunos pacientes, reportándose en estudios neurofarmacológicos que éste medicamento originaba depleción de la norepinefrina, la serotonina y la dopamina cerebrales en animales de laboratorio.

2.- Los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuando eran empleados en el tratamiento de la tuberculosis, producían un efecto euforizante y una importante acción antidepresiva. Estos medicamentos aumentaban la concentración de aminas biogéneas (dopamina, norepinefrina y serotonina) en el cerebro de animales de experimentación.

Se concluyó que: los medicamentos con efecto antidepresivo pueden ejercer su acción clínica aumentando una u otra de estas aminas en receptores cerebrales de localización muy precisa, en tanto que los medicamentos que producen depresión clínica o que son efectivos en estados maníacos posiblemente causen éste efecto disminuyendo la concentración de las aminas biogéneas en ciertos receptores cerebrales.

Benkert, O. (1981), observó que los agentes antidepresivos no pueden controlar todas y cada una de las numerosas causas de la depresión, sino que desarrollan una acción terapéutica sobre la sintomatología depresiva.

Los Síndromes depresivos con: inhibición, trastorno vital y agitación-ansiedad pueden influenciarse favorablemente desde el punto de vista terapéutico con antidepresivos.

La base para una farmacoterapia de éstos síndromes, con antidepresivos está constituida por la elaboración de un diagnóstico lo más seguro posible. Los factores etiológicos deben ser detectados en lo posible antes del inicio de la farmacoterapia.

Los pacientes con síndrome depresivo con inhibición deben ser tratados con antidepresivos que posean además de su acción estimulante del estado de ánimo, una acción estimulante de los impulsos. En la práctica el tratamiento de un paciente con ese tipo de depresión puede representar problemas, porque los antidepresivos estimulantes de los impulsos pueden influir de distinta forma sobre el estado de ánimo y los impulsos. Con mucha

frecuencia tales antidepresivos estimulan inicialmente sólo los impulsos sin mejorar simultáneamente el estado anímico. Esta "disociación" entre impulso y humor o talante puede representar un riesgo de suicidio para el paciente.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (Calderon, G. 1989), ejercen la actividad estimulante de los impulsos, por ejemplo: la trancilpromina. Debido a que con éstas sustancias pueden originarse crisis de tensión arterial y a la necesidad de guardar dietas alimenticias estrictas deben prescribirse con mucho cuidado en la práctica.

La mayoría de los antidepresivos poseen un efecto preponderante sobre el estado de ánimo y están indicados principalmente en pacientes con síndrome depresivo y trastornos vitales.

Los pacientes con síndrome depresivo con agitación y ansiedad deben ser sedados como primer paso del tratamiento. Los antidepresivos sedantes se requieren en gran medida en pacientes con tendencia al suicidio. Si existe peligro de suicidio de importancia grande o un síndrome depresivo con agitación-ansiedad muy severo, se recomienda enviar al paciente al especialista o a una clínica.

Existen varios medicamentos antidepresivos (Calderon, G. 1989), los más conocidos son los tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), los tetracíclicos y el litio.

- Los tricíclicos.- son de gran poder terapéutico y con pocos riesgos. por ej.: la imipramina, la desmetilimipramina, la clorimipramina, el doxepin y la amitriptilina. Esta última, para los problemas de insomnio, se recomiendan dosis de 75 mg. en una sola toma durante la noche y en el caso de la depresión ansiosa se sugiere tres dosis de 25 mg. repartidas en el día. Cuando existen elementos obsesivos, la trimipramina se aplica de 70 a 200 mg. al día.

Horden, A. (1965), demostró que la amitriptilina fue más efectiva que la imipramina en depresión senil, sólo que sus efectos colaterales, particularmente los anticolinérgicos fueron de importancia (trastornos en el EEG, hipotensión arterial, etc.), por tal motivo debe estar muy alerta el clínico que los administre.

Pitts, N. (1969); Fann W. (1971), (en Uribe, V. 1989), demostraron que el doxemin tiene un efecto antidepressivo adecuado y no suele provocar efectos colaterales anticolinérgicos importantes, por lo que se considera un medicamento muy útil en la tercera edad. Comprobaron que en la senectud existe una disminución en la acetilcolina cerebral y que posiblemente se expresa en trastornos de la memoria y en la capacidad cognitiva.

Los efectos secundarios de los tricíclicos son: constipación e hipotensión ortostática, la cual origina caídas en el anciano, a veces peligrosas, se contraindica en los casos en los que se padezca de glaucoma y problemas prostáticos.

- Los tetracíclicos. - sus efectos secundarios son reducidos. Se utilizan en los ancianos que no toleran los tricíclicos. Los más conocidos son la maprotilina, el nomifésin y la manserina.

- El carbonato de litio. - útil en algunas depresiones severas que no reaccionan con otros medicamentos, es de uso delicado. No se recomienda para el uso del médico, general sino para el especialista en psiquiatría.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), se consideran de gran utilidad en algunos trastornos depresivos de la senectud, tales como depresión involutiva y otras depresiones en demencias preseniles; ya que se ha demostrado que parte importante del componente depresivo en la tercera edad puede deberse a una hiperfunción de la monoaminoxidasa (MAO), (Nies, A. 1976), la cual posiblemente sea provocada por la baja de hormonas

sexuales, principalmente en la mujer, y que actúan disminuyendo la actividad de MAO (Kleiber, E. y Broverman, D.1979), además del abatimiento de las catecolaminas como parte del proceso senil en el cerebro (Finich, C. 1977), (en Uribe, V. 1989).

## **2.26 TEORIAS PSICOLOGICAS AFECTIVAS**

### **- TEORIAS PSICOANALITICAS:**

Abraham, K. (1911), (en Mendels, J. 1982), llevó a cabo el primer intento sistemático de explorar la enfermedad maniacodepresiva según las exigencias de la teoría psicoanalítica, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. Afirmaba que la diferencia crucial entre pesadumbre y depresión estriba en que la persona que lleva duelo está conscientemente preocupada por la pérdida de alguien, mientras que el deprimido se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestimación, es decir, percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en que la confunde inconscientemente con experiencias previas y sensibilizadoras.

Freud, S. (1917), amplió las ideas de Abraham para dar una base teórica al concepto de depresión en términos de teoría psicoanalítica. Según Freud, la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestimación, en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

Señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse con éstos sentimientos.

Señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse con éstos sentimientos. Un paciente depresivo padece también una pérdida, aunque ésta pudiera ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba el autorreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión como dirigidas hacia la persona introyectada y perdida. Esto es, cuando un paciente depresivo insiste en su "mala conducta", en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho, expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona perdida, asume los atributos que percibía de aquella persona, y como resultado de esto, exagera sus propias insuficiencias, aún cuando no tengan relación alguna con la realidad, esto representa sus ideas y sus sentimientos no manifestados sobre el objeto. Por estas conductas de depresión se transforma en un proceso narcisista dirigido hacia el interior, en vez de estarlo hacia lo exterior.

Un rasgo típico de la sintomatología de un paciente depresivo consiste en su carácter sadomasoquista. Proviene éste de la ambivalencia hacia el objeto perdido e incorporado y es causa de que el paciente manifieste ideas de desprecio de sí mismo, de autodenigración y deriva, con frecuencia, hacia una conducta autodestructiva. Freud puso también de relieve la característica de dependencia oral de los depresivos, (manifestada en una necesidad exagerada de ayuda emocional continuada).

Abraham, K. (1911), (en Mendels, J. 1982), desarrolló ulteriormente los postulados teóricos de Freud y afirmó que existen diversas dificultades en el proceso evolutivo infantil que proporcionan la base para una aparición de la enfermedad depresiva en época posterior de la vida. Incluyen aquéllas la incidencia de dificultades emocionales significativas durante

la fase oral de desarrollo infantil (antes de la resolución del complejo de Edipo). El origen de estas dificultades es, por lo general, la pérdida de amor en el niño, éste hecho ocasiona una fijación del desarrollo afectivo en el estadio oral, con una consiguiente exageración del erotismo oral, que implica no sólo una dependencia característica con relación a las fuentes de satisfacción oral directa sino también una dependencia general respecto de las persona y de los acontecimientos para proveerse de gratificaciones afectivas. Según ésta teoría, se da una recapitulación (simbólica) de la pérdida primaria de la infancia en épocas más tardías de la vida, la cual conduce a una reacción depresiva.

Klein, M. (1948), (en Mendels, J. 1982), propuso una postura psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión, indica que la base de la depresión se forma en el primer año de vida.

Denomina fase de actitud depresiva al estadio evolutivo que se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. El niño se siente frustrado por la carencia de amor, se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo respecto de ella, llega a temer que estas fantasías destruirán realmente a su madre y despliega entonces sentimientos de ansiedad y de culpa.

Debido a que el niño es incapaz de distinguir el mundo externo (su madre) del interno (él mismo y sus imágenes internas de la madre), y el temor de llegar a destruir a su madre se transforma, en parte, en temor de destruirse a sí mismo. Por lo general, comprueba que la madre a la cual odia (el objeto malo) y la madre a la que ama (el objeto bueno) son de hecho la misma (un objeto total). Esto conduce a una solución satisfactoria de la actitud depresiva. Sin embargo, si no se produce esta reunión de los dos sujetos en uno solo (es decir

un fallo en la institución del objeto bueno interno) porque los sentimientos de agresión y de odio resultan más fuertes que los de amor, se ha colocado ya la base patológica para el desarrollo de las depresiones en la vida adulta.

Bibring, E. (1953), (en Mendels, J. 1982), destacó la pérdida de la autoestimación como el elemento clave de la depresión, puso mayor énfasis en la psicología del yo, sostuvo que la depresión clínica se desarrollaba como una consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes. Afirmaba que: "la expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la ruptura de los mecanismos que establecen la autoestimación, constituye la esencia de esta situación.

Beck, A. (1967), (citado en: Arieti, S. y Bemporad, J. 1990), considera que las distorsiones cognitivas, tales como: un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad, son la causa primaria del desorden depresivo y no elaboraciones secundarias. Para él, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia) presentan algún grado de desorden del pensamiento, en donde se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad. Afirma que, la depresión presenta sus propias formas de distorsión, las que denomina como "triada cognitiva": 1) expectativas negativas respecto del ambiente; 2) autoapreciación negativa; 3) expectativas negativas respecto del futuro, éstos componentes esenciales le fue posible detectarlos en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos.

Posteriormente (1976), vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas, en donde las experiencias que el paciente



tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran al rededor de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión, fluyen a partir de éstas autoevaluaciones negativas. La tristeza del sujeto es una consecuencia inevitable de la sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Después de experimentar una pérdida, ya sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas, el sujeto deprimido comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa.

La teoría de Beck sobre la depresión, sugiere solo una "desviación del pensamiento", sin tomar en cuenta la complejidad de la mente humana. Enfocó sobre todo mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto. El describe los resultados de la depresión, pero no sus causas (Gallagher, D. 1986).

## **2.27 CLASIFICACION DE LA DEPRESION**

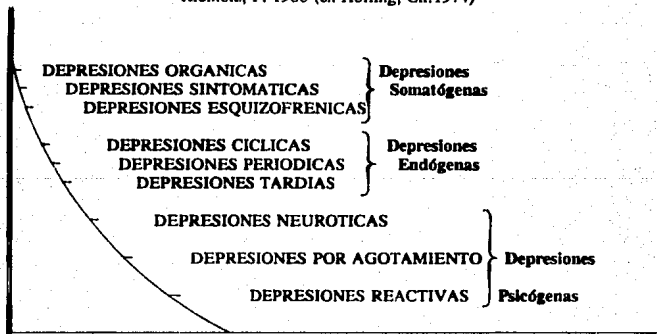
### **- Depresión Primaria y Secundaria o**

#### **Trastornos afectivos primarios y secundarios.-**

Robins, M. (1972) (en Ayuso, J.L. 1981), de la Universidad de Washington de Saint Lois (U.S.A.), propuso la separación entre trastornos afectivos primarios y secundarios, basándose en un doble criterio, la cronología y presencia o ausencia de enfermedades asociadas.

Como Trastorno Afectivo Secundario, en el que distinguen dos grupos: 1.- síndromes depresivos precedidos por otro trastorno psiquiátrico, con independencia de que se encuentre presente o ausente durante la eclosión del cuadro depresivo (esquizofrenia, neurosis de: ansiedad, fóbica, obsesiva, histeria, alcoholismo, drogadicción, personalidad antisocial, homosexualidad, deficiencia intelectual y síndrome psicoorgánico). 2.- síndromes depresivos precedidos por enfermedades somáticas amenazantes para la vida o de carácter incapacitante.

**CLASIFICACION NOSOLOGICA  
DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS**  
Kielholz, P. 1966 (en Hofling, Ch.1974)



- Depresión Endógena- enfermedad mental, muy frecuente, cuyos síntomas no son de trastorno del pensamiento, sino de los sentimientos, en torno a una gran tristeza inmotivada, descenso de vitalidad, malestar general, disminución de la actividad tanto mental, de los impulsos así como de la actividad física.

- Depresión Endógena.- enfermedad mental, muy frecuente, cuyos síntomas no son de trastorno del pensamiento, sino de los sentimientos, en torno a una gran tristeza inmotivada, descenso de vitalidad, malestar general, disminución de la actividad tanto mental, de los impulsos así como de la actividad física.

Los síntomas más frecuentes de la depresión son: sentimientos de desesperanza, de inferioridad, preocupaciones hipocondríacas, ideas de autoacusación, autodesprecio, atonegación, tendencia al suicidio. La mortalidad por ésta causa es seis veces superior a la de otra etiología de mortalidad por enfermedad psíquica; alucinaciones e ideas delirantes, ansiedad y un grupo de síntomas somáticos concomitantes, éstos tienen una acentuación matutina y mejoría vespertina.

Langle, E. (1926) (en Ayuso, J.L. 1981) caracteriza al sujeto endógeno por la ausencia de circunstancias precipitantes, por la historia familiar positiva de trastornos afectivos y porque los síntomas no están influidos por el ambiente. Entre los síntomas expresivos de la depresión endógena señala: la inhibición psicomotora, el sentimiento de indignidad, la pérdida de peso, la sequedad de boca y el estreñimiento. Por otro lado, lo que distingue a las depresiones endógenas de la exógenas es: la reactividad de los síntomas, la tendencia a acusar al ambiente como culpable de la situación personal y la historia familiar de esquizofrenia, epilepsia o psicopatía constitucional.

- Depresiones Involutivas.- se presentan en los sujetos de edad avanzada sin ningún antecedente depresivo previo, aparece el primer episodio de melancolía, los rasgos característicos son: ausencia de la personalidad prepsicótica, ciclotrémica o cicloide; presencia de fuerte ansiedad añadida a la tristeza, simultáneamente la inhibición psicomotriz es menor,

se es más activo, aunque los movimientos van dirigidos a expresar: angustia, temores e ideas delirantes depresivas.

El período en el que se presenta la depresión involutiva es mayor que la de las depresiones endógenas de edades juveniles.

El concepto tradicional de depresión (Ayuso, J. 1981), involutiva corresponde a un cuadro depresivo presente por primera vez a partir de los cuarenta y cinco años en la mujer y de los cincuenta años en el hombre, con ausencia de síntomas condicionados por un proceso de arteriosclerosis cerebral y con negatividad entre los antecedentes de trastornos psíquicos manifiestos. En la descripción clínica se destaca la importancia de la ansiedad, la ausencia total o relativa de enlentecimiento psicomotor y la frecuencia de ideas delirantes. El aislamiento de la melancolía involutiva se basa en el supuesto de que el proceso biológico de la involución ocupa un papel decisivo en la génesis del trastorno afectivo, condicionando las peculiaridades clínicas y evolutivas. Lo cierto es que bien los procesos de biomorfosis de la senilidad a partir de los sesenta y cinco años han sido estudiados, aún no se conoce con precisión los de la época involutiva.

Petrilowitsch, N. (1964), (en Ayuso, J.L. 1981), señala como síntomas típicos de la depresión involutiva la prevalencia de agitación ansiosa, la abundancia de elementos paranoides, de temores hipocondríacos y de ideas de ruina, siendo en cambio más raras la inhibición psicomotora y las ideas de culpa.

No existe ningún argumento sólido que justifique la separación nosológica de las llamadas depresiones involutivas frente a los cuadros depresivos de comienzo más precoz.

- Depresiones Climatéricas.- están caracterizadas por: quejas, autoacusaciones, alucinaciones masivas pantofóbicas, logorrea, se conserva la lucidez sensorial, ideas hipocondríacas, existe cierta inquietud psicomotriz derivada de una fuerte angustia.

- Depresión enmascarada.- es un cuadro patológico en el cual los síntomas depresivos psíquicos se encuentran encubiertos por síntomas somáticos. Matizan el cuadro patológico los trastornos somáticos acompañados de trastornos vitales y síntomas vegetativos. Los somáticos pueden aparecer en forma aislada o generalizada. No existe ningún órgano que no pueda encontrarse involucrado, así como tampoco ninguna enfermedad con la cual no pueda ser fingido éste cuadro, (en especial se presentan las enfermedades que el sujeto ha tenido con anterioridad).

Los trastornos somáticos muestran con frecuencia una variabilidad característica en relación al momento del día, observándose mayor intensidad por la mañana y mejoría vespertina.

Los estados psiquiátricos que se consideran psicosis funcionales mayores son entre otros las reacciones afectivas como: depresivas o maníacas, las reacciones esquizofrénicas y las reacciones paranoídes.

- Depresiones psicóticas.- (Hofling, Ch. 1974) las reacciones afectivas depresivas desde el punto de vista clínico, abarcan desde los "ataques de melancolía" pasando por las reacciones de duelo y las depresiones neuróticas, para llegar a las reacciones psicóticas depresivas, inclusive las de naturaleza recurrente o cíclica.

En la depresión psicótica: el estado de ánimo es de profunda melancolía y postración, la ansiedad casi siempre se encuentra presente, puede ser muy grande y manifestarse de

palabra, de obra y por medio de cierta agitación y aunque tiende a enmascararse éste estado por la tristeza que lo invade todo, generalmente pueden encontrarse rasgos de hostilidad hacia todo lo que le rodea. El paciente tiende a descuidar su aspecto personal, su expresión facial puede ser relativamente inmóvil a pesar de que puede revelar también una penosa animación. Sus rasgos faciales se acentúan, como son: profundas arrugas en la frente, acentuación de los pliegues nasolabiales y las comisuras de la boca, su mirada esta la mayor parte del tiempo hacia abajo, los músculos posturales relajados, todo lo que hace el sujeto lo hace pesado y lentamente, el habla se retarda y disminuye notablemente, el contenido del pensamiento es monótono y adecuado al estado de ánimo, tiende a los autoreproches en ocasiones de actos que no se han cometido, las alucinaciones son raras en las depresiones psicóticas, sin embargo ocasionalmente se presentan algunas ilusiones.

Algunos datos que se han encontrado en pacientes psicóticamente deprimidos bajo el nombre de "signos vegetativos de depresión" son: anorexia, pérdida de peso, constipación, insomnio, amenorrea (en las mujeres), "variación de la mañana y la tarde", éstos se refieren al cambio que existe en la intensidad de los síntomas durante el curso del día.

Es típico de la depresión psicótica que el estado de ánimo, así como cualquier otro síntoma, se muestren con más intensidad durante la mañana y que mejoren un poco por la tarde o al comienzo de la noche. Estos rasgos pueden diferenciar la depresión psicótica de la neurótica, ya que en ésta última si hay variaciones diurnas, generalmente son de un estado de mejoría a un estado de empeoramiento.

Un aspecto importante en el paciente psicóticamente deprimido es la potencialidad del suicidio, la autocondenación en estos sujetos no se limita a pensamientos y palabras, sino que

encuentra expresión en actos deliberados de naturaleza autodestructiva. El riesgo al suicidio es grande, la Autoestima del sujeto se ve destruida. Tiene tres fuentes: un sentido de pérdida, la grave desaprobación de su conciencia, y el volver hacia su propio interior los impulsos hostiles que originalmente se habían desarrollado hacia el objeto perdido.

- Reacciones maníacas.- el cuadro de síntomas correspondiente a la manía, es en muchos aspectos directo de las depresiones psicóticas. El estado de ánimo del paciente es de marcada alegría: su plática resulta contagiosa. La expresión facial, la mayor parte del tiempo es jocosa, el tono muscular es elevado: los movimientos son veloces (algunas veces verdaderamente notables por su vivacidad); su paso es elástico y su apariencia es más juvenil de lo que corresponde a su edad cronológica, existe una gran relajación de las inhibiciones ordinarias, y falta de consideración para los convencionalismos sociales. Toda la actividad motriz tiende a aumentar. En las etapas iniciales y las formas benignas de ésta hipomanía, el apetito y la libido se ven aumentados, el sujeto puede comer y entrar en actividad sexual con tal avidez que indudablemente no corresponde a sus normas usuales. Al aumentar la tensión, la ejecución real del sujeto en estos aspectos disminuye. La excitación parece ser tan grande que no permite atención sostenida para las actividades ordinarias que producen mayor satisfacción.

En las historias clínicas de sujetos con episodios maníacos, se revelan con frecuencia que el mismo individuo en un período de la enfermedad experimenta una reacción depresiva y en otros una reacción maníaca.

Kraepelin, E. (1911) (en Wolf, W. 1976), menciona que mientras en la fase maníaca, las aspiraciones autoafirmativas y la propia estimación aumentan en tales proporciones que se pierde la relación adecuada con el ambiente, en la fase depresiva: la autoestimación y el nivel

de las aspiraciones caen tan bajo que el ambiente pierde también todo significado. Las personas se quejan de que no tienen deseos de hacer nada, de que nada merece la pena y que tienen paralizado todo impulso a la acción. La sensación de padecer una enfermedad incurable los puede llevar al suicidio.

- **Episodio depresivo mayor.**- (DSM-III, 1988), consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparece durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, entre otros.

En los ancianos, pueden presentarse síntomas depresivos que sugieren una demencia, así como desorientación, pérdida de memoria y distractibilidad. La pérdida de interés o la satisfacción en las actividades habituales del sujeto se presentan en forma de apatía y pueden haber dificultades de concentración que aparecen como distracciones. Estos síntomas hacen especialmente difícil el diagnóstico diferencial entre "seudodemencia" (debida a la depresión) y la verdadera demencia (un trastorno mental orgánico).

## **2.28 FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESION**

Al considerar al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión debemos tomar en cuenta también una serie de factores que pueden determinarla,



como son: Factores de tipo: genéticos, psicológico, ecológicos y sociales, división que Calderon, G. (1989) hace con fines didácticos, ya que no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro que presente el sujeto.

- Factores Genéticos.- como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, algunos autores presentan pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maníaco-depresiva, como es Kallmann, F, 1950, (en Calderón, G. 1989) en sus estudios en los que proporciona datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante, esto lo hizo utilizando parejas de gemelos.

Slater, E. (1953), (citado en Calderon, G. 1989), realizó también estudios en gemelos idénticos con trastornos afectivos, encontró que, de las ocho parejas que seleccionó, solo cuatro presentaron estados psicopatológicos concordantes; de los cuatro restantes, en tres el cogemelo era normal y en la octava pareja era neurótico. Comparando éstos dos estudios, se observa que son discrepantes, ya que el de Slater reporta un 50% de concordancia, notoriamente menor que el 100% que reportó Kallmann, F. (1950) (en Calderon, G. 1989).

Contrariamente a los dos estudios anteriores, en 1963, Tienari, P. efectuó un estudio de los gemelos que nacieron vivos en Finlandia de 1920 a 1929, en el cual no encontró un solo caso de psicosis maníaco-depresiva, pero sí reportó 16 de esquizofrenia, cuyas parejas de gemelos en ningún caso presentaron el mismo padecimiento (citado en Calderon, G. 1989).

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia, sin embargo no se podría hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. (Calderon, G. 1989).

- **Factores Psicológicos.**- las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos autores se refieren a ellos como rasgos constitucionales, sin embargo, estos rasgos no son heredados, sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. Dentro de los factores Psicológicos podemos mencionar: las causas determinantes y las desencadenantes.

-- Causas determinantes: se considera que en muchas ocasiones casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez y de que, para entender la neurosis de un sujeto, se deben relacionar los síntomas con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y

onico-fagia, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflicto específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos.

Se puede concluir que las causas determinantes son: la mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

-- Causas desencadenantes: entre las causas inmediatas de las neurosis, se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del sujeto, produciéndole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Dicha angustia, engendrada por un super ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituye los síntomas neuróticos.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, debido a que en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida. La vida psicosexual, no constituye el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede originar síntomas neuróticos, provocando tensión, angustia y depresión.

Es posible considerar dentro de los Factores Psicológicos los trastornos somáticos, (Hofling, K. 1974) que sustituyen a la expresión del pensar profundo o intratable y que son llamados "equivalentes depresivos" especialmente si se inhibe la expresión de tristeza. Las reacciones depresivas son análogas a las de pesar desde el punto de vista sintomático; pero

hacia los sujetos frustrados, o a personas que forman parte de su propio mundo. En algunos casos, el paciente deprimido ha perdido también un objeto del amor real o simbólico, pero éste no es tan fácilmente evidente como en el caso de las reacciones de pesar, por que el objeto perdido puede ser algún hábito, alguna orientación de valores o algún otro aspecto del yo al que él ha renunciado.

Por lo tanto, los factores psicológicos de la depresión son diversos, y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida.

-- Factores Ecológicos: se considera un factor que desencadena un cuadro depresivo, debido a diferentes problemas ecológicos como son: la contaminación atmosférica, problemas de tránsito, que traen como consecuencia mayor número de accidentes, pérdida económica y disminución de las horas de descanso. El ruido excesivo es otra variable que causa: insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sordera, todo esto causando angustia, desesperación y depresión.

-- Factores Sociales: los estudios etiológicos, demuestran que; los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia desarrollo de la especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos se han heredado de los antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto interesante de estos sistemas, es que permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

Cabe mencionar que las causas sociales de la depresión son: Desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos y migración, entre otras, (Calderon, G. 1989)

#### -- Factores Psicosociales. -

#### - Factores desencadenantes de la depresión en la Tercera Edad.-

En un estudio realizado por Ayuso, J.L. (1979), (en Calderon, G. 1989), sobre los factores etiopatogénicos de las depresiones en la Tercera Edad: se valoraron dichos factores a través de la información proporcionada en la historia clínica por; el propio enfermo, por sus familiares o por psiquiatras y trabajadores sociales que los atendían, se encontró que: los factores con mayor posibilidad de desencadenar un cuadro depresivo son:

- a) factores situacionales (psíquicos: fallecimiento de familiares de primer grado, o cónyuge, cambio de residencia, o de la estructura familiar, conflictos económicos y laborales, entre otros.
- b) factores somáticos: enfermedades físicas, traumatismo, intervenciones quirúrgicas, depresión farmacógena, modificaciones hormonales, tumores cerebrales.

En los resultados obtenidos en dicho estudio sobre los factores desencadenantes y de la edad de aparición de la fase depresiva, se vio la intervención de factores ambientales tanto psicorreactivos, como somáticos en el desarrollo de la depresión en la edad propecta.

## 2.29 DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

En el anciano, con el paso de los años, el organismo se va deteriorando, existe un declive en los órganos sensoriales, provocando ésto un aislamiento del medio circundante, apareciendo primeramente frustraciones que en muchos casos termina en soledad y depresión (Gamietea, C. 1985).

Una de las características mas comunes de la senectud es, el aumento de la dependencia y por tal motivo muchos ancianos temerosos del aislamiento y de la soledad, pueden aferrarse a otra "persona protectora" ya sea el cónyuge, otro pariente o una amistad y están constantemente asegurándose de no ser abandonados por ésta.

Se puede citar a la depresión (Goldman, H. 1987), como un ejemplo primario de las dificultades que se afrontan cuando se quiere aclarar en el anciano una enfermedad que tiene etiología compleja y que abarca factores orgánicos, interpersonales y sociales interrelacionados.

La depresión se ha considerado prácticamente como una característica de la senectud, a pesar de que muchos ancianos se muestran afectuosos, sabios y felices. Sin embargo, en los consultorios de medicina general, pasan inadvertidas con facilidad las enfermedades depresivas de éstos. Los síntomas depresivos pueden considerarse expresión normal del proceso de envejecimiento o confundirse con síntomas de diversas enfermedades orgánicas.

Las relaciones entre los ancianos y sus médicos son diferentes que las que existen entre éstos y las personas más jóvenes. Para muchos, una visita a su médico constituye mucho mas que una búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Suele presentar una interacción social importante, quizá una de las cada vez más escasas relaciones de éste tipo para ellos.

En los ancianos no es raro observar falta de expresión de los sentimientos de melancolía, remordimiento, autodesprecio u otros signos de depresión que son observados a menudo en pacientes más jóvenes, y como consecuencia podría ser que no se les diagnostique correctamente.

La depresión suele ser reversible en los ancianos y si se vuelve mas grave, sobrevendrán: hidratación pobre y estado nutricional insuficiente, lo mismo que empeoramiento de cualquier alteración orgánica preexistente, incluso al grado de lesión irreversible en una persona mayor cuyo equilibrio fisiológico es menos estable.

Ayuso, J.L. (1979) (en Calderon, G. 1984), presento un trabajo acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad. Este estudio se efectuó con dos muestras de cien pacientes, una de más de 65 años con una edad promedio de 68.2, y otra de menos de 65 con una edad promedio de 43.3; todos eran pacientes internados en un hospital Clínico. Se reportó que en el grupo mayor de 65 años solamente 3% de los casos presentó depresiones bipolares, es decir una proporción de 3 a 1 de las formas unipolares, éste dato tiene gran importancia si se considera que los cuadros bipolares (psicosis maniaco-depresivas) corresponderían a depresiones psicóticas y el de unipolares, salvo en casos de inicio a edad muy anterior, a los grupos que podrían considerarse como depresiones neuróticas o simples. Por otra parte, si se tiene en cuenta que en este grupo el 57% de las depresiones se iniciaron después de los 66 años, por lo menos en este grupo mayoritario, quedaría prácticamente excluida la posibilidad de que se tratara de una depresión neurótica que hubiera dado con mucha anterioridad manifestaciones clínicas de elementos depresivos resultantes de una integración defectuosa de su personalidad.

El resultado de éste estudio incluye en el grupo de las depresiones simples a un gran número de cuadros que se presentan en la edad senil, lo que representa una mejor posibilidad de tratamiento de acuerdo con los patrones del que se realiza en cualquier tipo de depresión y, por otra parte, una mejor posibilidad de respuesta terapéutica y un cambio total en el pronóstico de la enfermedad. Los aspectos desencadenantes que se tomaron en cuenta cubren un amplio espectro de posibilidades:

1.- Situacionales y 2.- Somáticos. Estos sucesos se situaron cronológicamente en el período de seis meses anteriores al inicio de la fase depresiva, salvo los desencadenantes somáticos para los que se exigió ausencia de solución de continuidad con la aparición del trastorno afectivo.

Otros estudios realizados por Blazer, D. y Williams, C. (1980), (en Ayuso, J.L. y Sainz, J. 1981) en una comunidad de ancianos, concluyeron que 14% padecen de sintomatología depresiva sustancial, pero sólo 3.7% tenían sintomatología depresiva mayor, y a pesar de padecer esta alteración los pacientes no asistían a consulta psiquiátrica.

Para el diagnóstico de depresión en el anciano, es importante tener en cuenta que cuando padecen una enfermedad física, puede pensarse erróneamente en una depresión y viceversa, si el paciente somatiza, puede pensarse en una enfermedad física. No hay que olvidar tampoco que la depresión en ésta edad, puede expresarse como un déficit en la capacidad cognoscitiva y en la memoria y cuando este cuadro clínico se presenta se le ha denominado seudodemencia, que es una constelación de signos y síntomas que suele acompañar a un proceso orgánico, por ejemplo: mala memoria, disminución de la capacidad



de raciocinio, confusión, entre otras, éstos síntomas ocurren también en los trastornos depresivos importantes.

#### **- CUADRO CLINICO.-**

Los tratados de psiquiatría suelen diseñar un cuadro clínico de la depresión en la edad senil como son: frecuencia de la agitación, de las somatizaciones y de los elementos paranoides y delirantes de ruina, así como por la rareza de la inhibición psicomotora. Este patrón clínico específico no se ha confirmado en ciertos estudios. Sarteschi, P. (1973), (en Calderon, G. 1989) al comparar la sintomatología afectiva de los pacientes en edad senil respecto de un grupo de edad inferior, con la escala psiquiátrica multidimensional, y con la escala de Hamilton, encuentran que el único hallazgo relevante en relación con la edad fue la mayor gravedad de la sintomatología en los pacientes de más de 60 años. Kendell, R. y Post, F. (1973), (en Calderon, G. 1989), demuestran que el análisis de los patrones sintomáticos de las depresiones en la edad tardía ofrecen resultados similares a los correspondientes a grupos más jóvenes.

Calderon, G. (1989), señala que en un gran número de casos en que la persona de edad avanzada presenta un cuadro de depresión simple, el cuadro clínico difiere en forma sustancial del que se presenta en otras edades del adulto.

Algunos ancianos deprimidos suelen quejarse de mala memoria atribuible a una atención deficiente, por su inhibición, que restringe la fijación y limita la evocación. Pero si al mismo tiempo presenta amnesia anterógrada provocada por un síndrome orgánico

cerebral incipiente, el grado y tipo de olvido atribuible a uno u otro proceso suele ser casi imposible de discriminar. Para ello es preciso esperar a que termine el proceso depresivo.

En términos generales, (Calderon, G. 1989) en relación con las depresiones de la edad avanzada o senil, se puede decir que existen los siguientes consensos:

1.- No existe razón valedera para mantener la entidad nosológica "melancolía involutiva". Nada la separa de los frecuentes síndromes depresivos que se presentan en la gente joven.

2.- Debe tomarse en cuenta que el estado de salud física tiene relación estadística con el comienzo de cuadros depresivos en los ancianos, ya que con frecuencia dos o tres meses después de una enfermedad importante o de una intervención quirúrgica suele aparecer el síndrome depresivo.

3.- No existe una relación causal entre arteroesclerosis cerebral y la depresión de la vejez, aunque entre los arteroescleróticos ésta se ve con relativa frecuencia. Es probable que exista un aumento de la monoaminoxidasa, pero ni la depresión es el prolegómeno de un síndrome orgánico cerebral, ni éste parece ser condición suficiente para la aparición de la depresión.

4.- Algunas depresiones son la primera manifestación de un síndrome parkinsoniano, al que se unirán posteriormente el temblor y/o la rigidez; también en estos casos las depresiones se superponen. Esta sintomatología está vinculada, en parte, a las alteraciones bioquímicas de la dopamina y en parte a la percepción del paciente de sus limitaciones físicas.

5.- En una gran cantidad de cuadros patológicos orgánicos que suelen presentarse durante la edad propecta, puede injertarse un cuadro depresivo. Esto lo deben tener muy presente los médicos generales y los especialistas no psiquiatras, ya que si bien el tratamiento médico o quirúrgico del padecimiento básico no es posible, o bien es de resultados muy limitados, la

posibilidad de lograr la recuperación de un enfermo con un buen tratamiento antidepresivo, en un lapso de uno o dos meses, es una buena alternativa, que va mejorar al paciente no sólo en relación con su estado emocional, sino que también le permitirá utilizar todos los recursos biológicos que aún conserva para lograr una mejor adaptación a su medio familiar, laboral y social.

6.- El médico debe tener siempre en cuenta la frase tantas veces pronunciada de que "no se encuentra lo que no se busca", y recordar que esta situación es especialmente frecuente en la clínica geriátrica.

7.- Siempre se deben tomar en cuenta, en la consulta con el enfermo de edad avanzada, las siguientes consideraciones:

7.1.- La persona de edad exige mucho más tiempo para hacer su estudio. Es preciso tener en cuenta su lentitud, su fatigabilidad, la posible existencia de trastornos sensoriales eventuales que requieren de un esfuerzo especial por parte del médico, etc.

7.2.- La visita domiciliaria, cada día más difícil en las grandes ciudades, permite valorar de una manera casi experimental la importancia que el medio ambiente está desempeñando en la vida diaria del enfermo de edad avanzada (soledad, abandono, dificultad para tomar sus medicamentos, para hacer ejercicio, etc.). De ser posible el trabajador social debe rendir esta información cuando el médico no pueda recabarla.

7.3.- La persona de edad avanzada merece siempre el privilegio de ser respetada como un adulto responsable, por lo que debe evitarse la tendencia familiar a infantilizarlo.

7.4.- En todos los casos es muy importante una buena anamnesis y un buen estudio biográfico del anciano, que le permitan ligar el pasado con el presente y al mismo tiempo le

brinden el placer de hablar de un pasado que, a menudo, valoriza retrospectivamente su persona. Los datos cronológicos y sus interferencias permiten comprobar la memoria de evocación y la calidad de la orientación tiempo-espacio.

7.5.- En general resulta muy útil lograr que el enfermo describa un día de su vida actual, desde la mañana hasta la noche (actividades familiares, sociales, recreativas, deportivas, laborales, etc.). De esta forma el médico puede darse cuenta de lo que el enfermo hace y de cómo lo hace; con enojo o tristeza, con placer, con destreza o resignación, etc.

7.6.- Debe tenerse en cuenta que las modificaciones de la estética en la mujer, así como los signos de virilidad en el hombre son particularmente importantes para el paciente, pudiendo desencadenar una reacción emocional al ser abordados en su estudio.

## **- TRATAMIENTO**

Tomando en cuenta que el ser humano tiene una trayectoria existencial única (biológica, psicológica y social), es difícil poder establecer la diferencia entre los aspectos somáticos y psicológicos del envejecimiento, lo que justifica la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario, en cualquier programa relacionado con la edad propecta, ya que el envejecimiento psicológico no puede ser aislado de sus raíces biológicas, ni de su marco socio-cultural.

La terapia de los cuadros depresivos de la edad senil implica el tratamiento farmacológico, el psicológico, el electroconvulsivo y el social (Calderon, G. 1989).

- - **Farmacoterapia:**

En el tratamiento farmacológico de los ancianos, los tricíclicos son la primera alternativa por su gran poder terapéutico y pocos riesgos. La imipramina, la desmetilimipramina, la clorimipramina y el doxepin pueden producir efectos terapéuticos satisfactorios en tres o cuatro semanas con dosis de 75 mg. al día.

Los efectos secundarios de los tricíclicos son: constipación e hipotensión ortostática, que puede originar caídas peligrosas del anciano y su contraindicación en los casos de glaucoma y problemas prostáticos, hacen que en un buen número de enfermos sea necesario aplicar otro tipo de psicofármaco para el tratamiento de la depresión. En éstos casos pueden utilizarse los IMAO, aunque se sabe que en algunos pacientes la ingestión concomitante de alimentos que contengan tiramina, como el queso añejo, vísceras, etc., o de medicamentos simpaticomiméticos (vasoconstrictores locales) podrían ocasionalmente desencadenar crisis hipertensivas peligrosas para personas cuya red vascular cerebral esté en precarias condiciones.

Toca al clínico valorar en qué casos puede utilizar este tipo de medicamentos cuando, por las razones antes enunciadas, los tricíclicos no puedan administrarse a un paciente, y con todas las precauciones que se ameriten.

En México la amitriptilina produce un efecto relajante que la hace útil cuando existe problema de insomnio o en casos de depresión ansiosa.

Los tetracíclicos.- sus efectos secundarios son reducidos. Su utilidad terapéutica es ideal para el anciano que no tolera los tricíclicos y al que tampoco se le quiere someter al uso riesgoso de los IMAO.

El carbonato de litio.- muy útil en algunas depresiones severas que no reaccionan con otros medicamentos, es un fármaco de uso delicado que amerita dosificaciones periódicas en sus niveles sanguíneos, y que por lo tanto no se recomienda para el uso del médico general, sino para el especialista en psiquiatría, (Uribe, V. 1989).

- - Psicoterapia. -

Las aportaciones de algunos psicoanalistas de The Boston Society for Gerontologic Psychiatry (1980), tienen gran valor para generalizar los estudios psicodinámicos acerca del envejecimiento normal y del patológico. La aplicación clínica de una orientación psicodinámica ha hecho emerger en la práctica médica, y aun en la práctica psiquiátrica tradicional, una relación más humanizada médico-paciente, que enriquece y completa el simple acto de prescribir fármacos, dar consejos y, en última instancia, de utilizar el electrochoque.

Las psicoterapias de la depresión deben ajustarse en sus técnicas, plazos y objetivos a la modalidad de cada tipo de depresión y a cada paciente. En la mayoría de los casos conviene incluir al grupo familiar, ya que las respuestas inadecuadas y a veces agresivas ante las quejas del paciente deprimido, empeoran su depresión haciéndole sentir que es una carga y que a su edad, ese estado se transformará en locura.

- - Terapias electroconvulsivas. -

Es el método terapéutico cuya aplicación compete sólo al médico psiquiatra con experiencia en clínica; además debe usarse en los casos adecuados y en el lugar y con las precauciones correspondientes. Puede ser muy útil en el tratamiento de las depresiones severas, refractarias al tratamiento farmacológico, y en los casos con marcadas tendencias suicidas, (Calderon, G. 1989).

## **2.30 ASPECTOS SOCIALES DE LA DEPRESION**

Una de las principales funciones del aparato mental es la de unir el mundo interior con el exterior, asegurando un equilibrio homeostático entre las necesidades psíquicas individuales y la exigencia del ambiente, dando así la adaptación al medio circundante.

La vejez representa una etapa de la vida en la que se necesita un gran esfuerzo de adaptación frente a los múltiples cambios a los que tiene que enfrentarse.

Es lamentable que en la mayoría de los países no haya una respuesta comunitaria para el gran número de ancianos deprimidos que sin la atención adecuada su estado se vuelve crónico. Este grupo de enfermos que no pueden ser manejados por su familia durante meses o años, deambula generalmente de médico en médico.

Las instituciones psiquiátricas actuales para pacientes agudos o crónicos no están dotadas de infraestructura arquitectónica ni de técnica humana, requisitos indispensables para proporcionar condiciones de mínima calidad de vida a estos pacientes. Ya que éstos enfermos no deben convivir con jóvenes esquizofrénicos, alcohólicos o drogadictos, quienes son un peligro para ellos, ni con los ancianos demenciados que llenan algunos asilos. Por lo tanto es preciso diseñar para ellos programas asistenciales específicos que les brinden una atención ambulatoria o intramural, pero en condiciones especiales. Hospitales diurnos en algunos países, y clubes de enfermos seniles, en otros, han resuelto con éxito este problema, (Ayuso, J.L. 1981; Calderon, G. 1989, Mendels, J. 1982).

## **- PREVENCIÓN**

Al hablar de prevención, no se trata de impedir el envejecimiento en sí, sino de quitarle su carácter precoz o patológico y de aligerar por lo mismo las dificultades inherentes al último período de la vida.

Esta prevención debe ser: primaria, secundaria y terciaria.

- **Prevención primaria.**- se propone eliminar las causas de la enfermedad; los estudios que pueden ayudar en éste punto son los dedicados a la senectud, como: la biología molecular, endocrinología, procesos enzimáticos y enfermedades autoinmunes.

- **Prevención secundaria.**- implica la detección temprana de las enfermedades y su tratamiento oportuno.

- **Prevención terciaria.**- tiene por objeto el evitar recaídas de enfermedades y el mantener en óptimas condiciones la salud de aquellos que han estado previamente enfermos. Aquí intervienen los aspectos sociales del tratamiento de la depresión en los ancianos, (Ayuso, J.L. 1981; Calderon, G. 1989; Mendels, J. 1982).

## **2.31 AUTOESTIMA**

Tomando en cuenta que el concepto que se tiene de sí mismo, interviene directamente en la formación de la Autoestima, por lo que debe hablar de las instancias de la personalidad y la formación del sí mismo.

### **- INSTANCIAS DE LA PERSONALIDAD.-**

A partir de la investigación sobre los rasgos de la personalidad, se puede apreciar que su estructura está definida por un conjunto de propiedades, variables o dimensiones



descriptivas o de factores determinantes. Estos factores tienen una función causal y no son sólo condiciones de algunos aspectos de la conducta.

De acuerdo con la Teoría de Kelly, G. (1955), (en Fraisse, P. 1973), la conducta está determinada por la forma en que una persona anticipa los acontecimientos sirviéndose de conceptos basados en las experiencias anteriores.

En esta teoría se considera un nuevo aspecto de las estructuras de la personalidad. No se caracteriza ya a una persona por el lugar que ocupa en un sistema dimensional sino por la estructura de la organización psíquica. Estos conceptos que, sin duda, interactúan entre sí, son en cierta manera núcleos de acciones o de conocimientos. Esta concepción nos pone en contacto con los problemas motivacionales y afectivos.

Son aún escasas y poco precisas las investigaciones experimentales tendientes a definir la estructura de la organización psíquica. Consideramos útil partir de nociones más generales de los conceptos del "Yo", "Ello" y "Superyo", las instancias fundamentales de la psique. El término instancia parece adecuado ya que indica que no se trata de un rasgo o de una dimensión y no está asociado a una teoría específica.

#### **- EL ELLO Y EL SUBCONSCIENTE.-**

Freud, S. (1915, 1923), reemplazó las nociones de consciente y subconsciente por la de "Yo" y "Ello". Propuso que para distinguir estas dos estructuras deben tomarse en consideración sus leyes de funcionamiento.

Las manifestaciones del sistema correspondiente al consciente estarían guiadas por el principio de realidad, las del "Ello" por el del placer. Las primeras se adecúan a la realidad,

obedecen a las leyes físicas, a las convenciones sociales y a la lógica; las segundas, por su parte, están dominadas por las necesidades subjetivas de orden biológico o afectivo.

Al comienzo de su evolución, el niño conoce sólo ésta segunda forma de adaptación, sólo progresivamente adquiere una manera más objetiva de percibir al medio y en consecuencia, de adaptar su conducta a él.

Freud, señaló que no son los impulsos biológicos, los que forman parte del sistema psíquico, sino sólo sus representaciones, es decir, los contenidos psicológicos y las experiencias vividas en las que intervienen estos impulsos.

Este subsistema depende muy directa e intensamente de los impulsos biológicos, pero no por ello es menos accesible a la conciencia. Se puede clarificar algo de su naturaleza si se estudia otra importante subestructura: el "Yo"

#### **- DIFERENTES ASPECTOS DEL YO.**

El concepto del "Yo", en el sentido de una instancia de la personalidad, ha sido aceptado gracias al psicoanálisis. La elección de este nombre para designar una subestructura opuesta al "Ello", indica que los fenómenos que determina son, principalmente, aquellos con los que el sujeto se identifica conscientemente. La experiencia vivida es sin duda el aspecto primario que se debe tomar en cuenta si nos proponemos definir una estructura del "Yo". (Fraisce, P. 1973).

James, W. (1890), (en Fraisse, P. 1973), introdujo una distinción muy importante entre el "Yo" y lo "Propio". Por "Yo" entendía el sentimiento del Yo en el sentido más limitado y estricto. La palabra "Yo" expresa el hecho de que la persona se siente sujeto de

sus acciones, de sus percepciones, de sus emociones y que vive su continuidad y su identidad con la que ha sido el día anterior.

Observa que los casos patológicos, principalmente muestran que este sentimiento de "Yo" puede ser más o menos neto, agudo y difuso, y también en los que se designa como pérdida del "Yo".

Esta expresión en la que el "Yo" niega al "si mismo", ilustra bien la complejidad de esos fenómenos en los que los hábitos del lenguaje no son exactamente equivalentes a la experiencia vivida.

A partir de los relatos introspectivos, todo lo que se puede formular es el hecho de que pueden existir todos los grados de sentimientos del "Yo", lo que es compatible con la hipótesis de que este sentimiento depende del grado de concentración del sistema subjetivo, que en los casos patológicos puede estar muy debilitado e incluso desaparecer, (Fraisse, P. 1973).

#### - LO PROPIO.

La noción de "lo propio" presenta mucho más interés para la Psicología de la personalidad, ya que se relaciona con un contenido individual. Designa uno de los aspectos más importantes del "Yo". También sabemos que en el niño pequeño, las diferentes partes del cuerpo se integran progresivamente dentro de la imagen total del cuerpo.

Los límites de "lo propio" sin embargo no se detienen en la superficie del cuerpo, también pueden formar parte de "lo propio" algunos objetos, algunas personas queridas, recuerdos, ideas, etc. La pertenencia de un objeto a "lo propio" se pone de manifiesto más claramente por el hecho de que nos sentimos "disminuidos" con su pérdida.

La intervención de otra persona puede provocar, en ciertos casos, un estrechamiento de lo propio, paralelo a menudo, a una disminución del campo de acción, lo que puede producir un sentimiento de empobrecimiento o empequeñecimiento, (Fraisse, P. 1973).

En una serie de investigaciones sistemáticas, Fisher, S. (1964), (en Fraisse, P. 1973) sugirió dos interpretaciones teóricas:

1.- La activación de las diferentes regiones corporales varía según el predominio de los límites.

2.- Los sujetos aprenden que los límites de su "sí mismo" tienen importancia en su forma de actuar.

#### - EL YO EN LA CONCEPCION PSICOANALITICA.-

Según Freud, S. (1922), el "Yo" es el centro regulador de la adaptación consciente del que forman parte la percepción, la inteligencia y la motricidad. Este Yo, incluye la totalidad de la personalidad, con excepción de los impulsos biológicos.

#### - EL SI MISMO.-

Cabe reconocer el riesgo que existe en emplear la noción del "Yo" y sobre todo en estimar que hay un contenido específico, particular bien delimitado o un núcleo de la personalidad.

Allport, G. (1958), (en Fraisse, P. 1973) propone que no se utilice el término "Yo", sino que se especifique, si de lo que se trata es de la conciencia de sí mismo, de la imagen de sí mismo, de la valorización o de la expansión del "Yo". La Psicología experimental ha abandonado prácticamente el término y lo ha reemplazado por "sí mismo".

El sí mismo es la manera en la que una persona percibe la forma en la que se estima, se evalúa, el concepto que tiene de sí misma. En consecuencia el sí mismo, según el autor no es una instancia de la estructura de la personalidad.

El sí mismo se ve involucrado física, mental y socialmente en proporción directa con la autoestima, ya que estos aspectos se incluyen en la persona para determinarla.

El aceptarse tal y como se es, con cualidades positivas y negativas, es un concepto que puede ser cambiado si no se está realmente convencido de ello, ya que la opinión ajena puede hacer cambiar nuestra forma de pensar hacia nosotros mismos, para aumentar o disminuir la autoestima. Así pues, la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo, (Fraisie, P. 1973).

#### - AUTOESTIMA, SU DESARROLLO Y SU FUNCION.-

Para que sea útil una definición de la autoestima, debe reflejar una actitud duradera ante uno mismo, no el desaliento momentáneo de una persona generalmente segura de sí misma, ni el regocijo inesperado de un hombre casi siempre inseguro. (Lecky, P. 1945; Coppersmith, S. 1967).

Subraya Mussen, P. (1967), la madurez psíquica se consigue sólo mediante reducción de la dependencia, en otras palabras, hay que estar "socializado para alcanzar una independencia mayor" (citado en Kaufman, H. 1977).

La autoestima no esta estrechamente ligada al éxito logrado por la persona ni los méritos que le reconozca su sociedad. Estar satisfecha con uno mismo depende de las metas que uno se haya fijado, no se excluye el aprecio social como una de las fuentes de autoestima,

pero atribuye gran importancia a la obtención de las propias expectativas o las propias pretensiones, (en Kaufmann, H. 1977).

Es así como se constituye una autoestima alta y una baja: la primera se puede formar si se tiene una retroalimentación social positiva; un concepto de sí mismo y se goza de buena salud, entonces nuestra apariencia va a demostrar autoestima alta. Por el contrario, cuando se reciben del medio ambiente, opiniones y actitudes negativas, y si aunamos a éstos que la opinión que tenemos de nosotros mismos esta devaluada, entonces nuestro aspecto físico va empeorando y así se habrá formado una autoestima baja.

Existe por lo menos tres factores importantes que determinan la autoestima:

- En primer lugar, esta el factor psicológico que es la comprensión por parte del individuo de sus propias capacidades y limitaciones.
- En segundo lugar, tenemos el factor social, que es el estatus de un individuo dentro de su grupo.
- En tercer lugar, esta el factor conductual, que es la propia historia del individuo en cuestión de éxito y fracasos, (Kaufmann, H. 1977).

## **2.32 FACTOR PSICOLOGICO DE LA AUTOESTIMA**

La idea de la imagen que una persona tiene de sí misma y la imagen de lo que querría ser crea dificultades interiores, se encuentra en la base de muchas investigaciones.

La discordancia entre la imagen del sí y la ideal no es, sin duda, la única fuente de desequilibrio de una personalidad. Como los conflictos actuales entre necesidades divergentes producen tensiones emocionales, es de suponer que la existencia en un individuo, de dos o

más tendencias bastantes fuertes, incompatibles en mayor o menor grado, pueda también romper el equilibrio necesario para una adaptación normal.

La noción de fuerza del yo es empleada con bastante frecuencia en relación con estas mediciones del equilibrio o de la cohesión interior. Al ser el "Yo" de acuerdo con las concepciones psicoanalíticas, la instancia que garantiza la adaptación a la realidad, su "fuerza" o su "debilidad", son responsables de la mejor o peor adaptación y se considera a menudo que la tarea del terapeuta es la de fortificar al "Yo" en relación con los impulsos o con el "Superyo". Barron, F. (1953), propuso una escala de la fuerza del Yo que incluye preguntas sobre la ausencia de preocupaciones, sobre la confianza en sí mismo y sobre la tolerancia hacia las otras personas; el factor de fuerza del yo de Cattell, R. (1957), se define por la ausencia de infantilismo, de preocupaciones, de ansiedad, de pensamientos irreales y de distorsiones perceptuales. (en Fraisse, P. 1973).

#### **- IMAGEN IDEAL Y SUPERYO.-**

De acuerdo con las concepciones psicoanalíticas, el "superyo" es una instancia cuya acción inconsciente incita al "Yo" a defenderse contra los impulsos instintivos provenientes del "Ello" para evitar la culpabilidad.

Su lugar ha sido ocupado en cierta manera por la imagen ideal, aparentemente más fácil de aprehender, y que podía representar, al igual que el "superyo", una instancia que ejerce una acción reguladora y selectiva sobre las conductas.

Esta imagen ideal más o menos real, que a cada uno de nosotros preocuparía, es muy diferente del tirano que el "Superyo" suele representar. El "Superyo" es represivo y en el se

originan los sentimientos de culpabilidad, mientras que la imagen ideal valoriza algunos actos de mayor grado que otros (Fraisie, P. 1973).

Se han utilizado a menudo cuestionarios o escalas de evaluación, con el objeto de determinar la imagen que una persona tiene de sí misma. El sujeto debe indicar las características o las conductas y actitudes que se atribuye o indicar el punto de la escala en el que considera que está ubicado. El sujeto no sólo debe decir como se ve (imagen subjetiva), sino que también debe indicar cuáles son las características que desearía poseer (lo que constituye la imagen ideal). Se puede tratar de apreciar objetivamente las calidades evaluadas por el sujeto y comparar esta imagen objetiva con la imagen subjetiva y la imagen ideal. Estas mediciones son muy complejas y sin duda algunas no son independientes entre sí. (Fraisie, P. 1973).

#### **- LA GENESIS DE LA IMAGEN DE SI MISMO.-**

Se impone desde un primer momento la hipótesis de que la imagen de sí mismo y la autoestima están determinados en gran medida por el grado de éxito personal. Por las actitudes de los padres y por otras experiencias infantiles.

Jourard, S. y Remy, R. (1955), midieron el grado de satisfacción experimentado por sujetos con respecto a su aspecto físico y más especialmente de su propia imagen subjetiva. Los resultados indican aparentemente que los sujetos modelan la imagen de sí mismos de acuerdo con lo que consideran que sus padres piensan de ellos. Sin embargo, también se puede suponer que los niños tienden a verse de la misma manera como los ven sus padres, para evitar divergencias que pueden llegar a ser penosas.



Los éxitos y los fracasos experimentados son de acuerdo con algunas concepciones teóricas, muy importantes en relación con la génesis de la imagen de sí mismo. Sin embargo no se ha podido demostrar con claridad su influencia. (en Fraisse, P. 1973).

Podemos observar en consecuencia, que el éxito o el fracaso no repercuten necesariamente sobre la autoestima, y que existen casos en los que se produce una subestimación, pese a las experiencias positivas y sin que esta subestimación sea percibida. El éxito y el fracaso al parecer, tienen un efecto diferente de acuerdo con los sujetos y se ha llegado a formular la hipótesis que sus influencias respectivas varían de acuerdo con la autoestima. (Fraisse, P. 1973).

Podemos ver de una manera más clara, la forma en que las características específicas de la autoestima de un individuo reflejan los deseos y los objetivos que él elabora.

En primer lugar, existen objetivos y necesidades importantes que tienen que relacionarse directamente con el rendimiento vital y con el mantenimiento de ideas de autoestimación.

En segundo lugar, se da una selección en lo que concierne a ciertas necesidades objetivas en función de su importancia para determinar autoimagen.

Por lo tanto, la autoestima del individuo ayuda a hacer dominantes ciertos objetivos y necesidades específicas, es decir aquellas que se relacionan con la autoestima (Krech, D. 1965).

La mayoría de las personas concede que otra torturada por un sentimiento de inferioridad, puede sentirse impulsada a realizar una variedad de actividades, algunas de las cuales suelen constituir síntomas neuróticos. Un hombre que se desprecia a sí mismo, actuará

de manera distinta a la de quien se siente orgulloso. El autodesprecio y el orgullo son sentimientos que una persona puede desarrollar hacia sí misma. Así como los hombres elaboran personificaciones y estimaciones de otros, construyen concepciones y evaluaciones de sí mismos que McDougall, W. (1933), denominó "sentimientos autodirigidos". (en Shibutani, T. 1971).

La tendencia afiliativa esta positivamente relacionada con los estados, de ansiedad y hambre, y es altamente direccional.

Los sujetos ansiosos sólo quieren estar juntos con otros que se hallan en una situación semejante.

Bajo condiciones de ansiedad, la elección de "estar en compañía" es estimulada por necesidades de reducción de la ansiedad o pro-necesidades de autoevaluación, o por ambas cosas a la vez. Si los principales determinantes de la relación entre ansiedad y afiliación, son las necesidades evaluativas, deberíamos anticipar que el encontrarse junto a otras personas, llevará a homogeneizar la intensidad emocional entre los miembros de grupo y producirá una estabilidad relativa de la emoción.

Si operan a la vez las necesidades de autoevaluación y de reducción de la ansiedad, se deberá anticipar que bajo condiciones que generan ansiedad, el hallarse junto a otras personas, conducirá a una reducción de la ansiedad y a la vez una relativa homogeneidad en la intensidad de la ansiedad. (Schachter, S. 1967).

La inmensa mayoría de las personas desean conseguir un "Yo" real que se parezca lo más posible al "Yo" ideal. En el grado en que el foso entre el yo real y el yo ideal es pequeño, el sujeto experimenta un sentimiento de autoestima alta, pero en la extensión en que

el presente y la meta difieren fuera de ciertos márgenes, la autoestima baja a un nivel inferior. Gran parte de las acciones y de los pensamientos de los individuos dirigen a reforzar la autoestima. (Krech, D. 1965).

### **2.33 FACTOR SOCIAL DE LA AUTOESTIMA**

#### **DESARROLLO DE CONTROLES INTERNOS.**

##### **- VERGÜENZA Y CULPA COMO FUERZAS SOCIALIZADORAS.**

Es sabido que "vergüenza y culpa" regulan la conducta social. En el desarrollo del sentimiento de culpa todas las civilizaciones parecen tener algo en común, pues:

a - Las condiciones básicas de la relación entre padres e hijos existen en todas ellas.

b - Cabe suponer que los individuos poseen un mínimo de necesidades culturales de socialización.

c - La especie humana comparte tendencias generales en su evolución social e intelectual.

Es de esperar que hay diferencias interculturales muy marcadas en lo que en los pueblos consideran "malo".

Whiting, J. (1959) menciona que, para sobrevivir, toda sociedad necesita que sus miembros se impongan restricciones y que se nieguen aquellos placeres que causarían la ruina de la comunidad, ¿Como lograrlo?, una manera es controlar no las acciones sino las intenciones. Esa especie de monitor tiene que ser asimilado por los individuos y lo conocemos con el nombre de conciencia (en Kaufmann, H. 1977).

Para Freud, S. (1930), la conciencia es la representación interior de cuanto los padres consideran malo y sucio. El mecanismo de valores buenos y morales internados es la otra cara del superego; el ego ideal, que significa para el niño lo que sus padres quieren que llegue a ser.

Goffman, E. (1967), escribe sobre el encuentro social:

Se establece una situación en la cual todos aceptan temporalmente las afirmaciones de los otros. Este tipo de aceptación recíproca parece constituir la característica estructural básica de la interacción social, especialmente del intercambio social, efectuado cara a cara. La conversación representa una admisión "funcional" típica, no una "verdadera", ya que no se funda en acuerdo sincero de opiniones expresadas con candidez y con pasión, sino en el deseo de otorgar crédito cortés a juicios en los que realmente las participantes no creen.

Las estrategias de representación de sí mismo adoptadas por un individuo cambian no solo en función de las circunstancias actuales en que se encuentra y de la persona con quien se enfrenta, sino también en función de impresiones que creen haber causado en ocasiones anteriores.

Habiendo experimentado un fracaso, el hombre siente necesidad de confianza y de elogios con el único fin de restaurar su imagen, y quizás opte por la estrategia de presentarse ante los demás bajo una luz favorable para ganarse simpatía y admiración que le hagan olvidar el menoscabo anterior se su autoestima, (citado en Kaufmann, H. 1977).

Los hombres se reúnen, son gregarios; tienen "instinto de manada" como se ha dicho recientemente. Pero ¿Cuál es el motivo de todo esto?. ¿Se trata de una necesidad irracional y omnipresente?, probablemente no. La mayoría de los hombres busca compañía de sus

semejantes en algunos momentos, pero a veces también busca la soledad. ¿Hay ocasiones en que es particularmente reconfortante la presencia de otros?. Notamos que al presentarse crisis de todo tipo, la gente se reúne en grupos. Hay muchas pruebas suficientes de que el aislamiento prolongado resulta con el tiempo insoportable para cualquiera, menos para el ermitaño. (Kaufmann, H. 1977).

Las investigaciones sobre la autoestima, de las que hemos dado algunos ejemplos, implican la idea de que toda persona posee, por lo menos virtualmente, una imagen de sí y una imagen ideal, y que la menor o mayor armonía entre ellas constituye una característica muy importante de la personalidad.

Sin embargo, algunos autores critican esta concepción, Scott, T. (1963), consideran que un rasgo o una conducta no es socialmente deseable en sí, pero que se convierte en tal como consecuencia del hecho de que una persona se lo atribuye.

Es probable que, de acuerdo con el individuo y la situación, predomine una u otra de las tendencias ya que los resultados de las numerosas investigaciones realizadas en este campo son contradictorias y cualquiera que sea la interpretación que se escoja, es indudable que la divergencia entre la apreciación de sí mismo y lo que se considera deseable puede variar, (en Fraisse, P. 1973).

Pero volvamos una vez más a la divergencia entre imagen real e imagen ideal, para examinar una experiencia que sugiere una nueva interpretación que puede referirse también a la conformidad con las normas sociales.

Al intentar comprender los procesos de autoevaluación, tenemos que enfrentarnos con tres problemas relacionados entre sí:

- a - ¿Qué es lo que determina los valores que el individuo aspira realizar?
- b - ¿Qué define para él un grado satisfactorio de realización?
- c - ¿Qué datos de tipo social le sirven para valorar la consecución de sus objetivos?

La autoestima de la mayor parte de las personas se basa en la consecución de objetivos que reflejan valores de grupo y de estos objetivos los más importantes son aquellos que representan los valores dominantes de su grupo, pero los valores de una sociedad cambian, debido a las acciones de los individuos. Los hombres no son simples copias de sus grupos, debido a sus experiencias concretas, un sujeto puede adquirir nuevos valores y objetivos que dominan su vida, la satisfacción de estos objetivos pueden producir un cambio social más importantes; se ha establecido una serie de valores de características socialmente valiosas (Krech, D. 1965).

Lo que se acaba de decir, debe contribuir a eliminar toda idea que afirme la existencia de una imagen de sí global, e indica que ella depende de las diversas situaciones en las que se produce y de los métodos por medio de los cuales se la estudia, (Fraisse, P. 1973).

El problema de la imagen de sí mismo fue planteada por Gottschaldt, W. (1954), (en Fraisse, P. 1973) de manera muy concreta: ¿Cómo se ve una persona en el espejo?, el sujeto ve la imagen de su rostro de un espejo colocado delante de sí y a su lado, la proyección de su fotografía cuyo tamaño puede modificar por medio de un botón, hasta hacerlo igual al del que aparece en el espejo. A pesar de las grandes variaciones,, se puede apreciar con claridad que las divergencias entre la imagen verdadera y la imagen percibida aumentan con la edad. Si se toman en consideración las experiencias de Bruner, J. y Postman, L. (1948), las que muestran las deformaciones perceptuales correspondientes a las necesidades íntimas de los

sujetos, o a los mecanismos de proyección, pueden atribuirse las modificaciones de la percepción de la imagen propia a la acción de una imagen interior ideal, y al deseo de parecerse a ella. Una transformación de la imagen percibida indica un deseo de ser diferentes y una insatisfacción en relación con lo que se es. Ahora bien, el grado de satisfacción de sí, o de autoestima parece tener una gran influencia sobre la conducta, y también sobre el dinamismo interior de la persona, (citados en Fraisse, P. 1973).

Un gran número de actitudes de cada persona están relacionadas o ancladas en uno y más grupos sociales a los que pertenece (sus grupos de referencia). La teoría de los grupos de referencia, determina las actitudes de los individuos. Se ha utilizado el concepto de =grupos de referencia= para definir dos clases de relaciones entre una persona y un grupo. La primera designa un grupo en el que el individuo se siente impulsado a conseguir o conservar una aceptación que ajuste sus actitudes a lo que él percibe como consejo unánime de los miembros del grupo de referencia, observan a la persona y la valoran. El segundo modo de utilizar el =grupo de referencia=, consiste en designar con éste nombre a un grupo que la persona utiliza como punto de referencia al valorarse a sí mismo o a los demás.

Un grupo actúa como grupo de referencia normativo para una persona determinada en la medida en la que sus valoraciones de la misma, se basen en el grado de su acatamiento de determinadas normas de comportamiento o actitud y de tal forma que el comportamiento o actitud se vinculen con la concesión de recompensas o castigos.

Otra función consiste en servir como un punto de comparación con el cual una persona puede confrontarse a sí misma y a los demás; un grupo funciona como grupo de comparación para un individuo determinado en la medida en la que el comportamiento, las actitudes, las

circunstancias y demás características de sus miembros, representan normas y puntos de comparación que él utiliza al hacer sus juicios y valoraciones.

Los factores no sociales en la motivación y los procesos de automotivación a través de los cuales las influencias sociales se interiorizan y operan por medio del autocastigo y autorrecompensa, (Proshanski, H. 1973).

La autoestima de cada individuo se halla determinada por la forma en que otras personas le juzgan. En su concepto del "yo" como espejo, dice Cooley, Ch. (1902): "Todos tenemos como una especie de espejo en el que se reflejan las personas que pasan pero en términos de clase social (en Krech, D. 1965).

El espejo es la autoimagen que se ha formado sobre la base de percibir como las demás personas reaccionan hacia nosotros. Las personas de un elevado estatus tienden a conseguir huellas de otros que aumenten su estatus elevado; las personas de un bajo estatus tienden a alcanzar otras que rebajan su estatus inferior, o sea que vemos en el proceso de la autoestima, la importancia de una percepción y de una interpretación exacta de las reacciones de otras personas. La autoestima depende principalmente, de la ejecución de objetivos que reflejan valores de grupo. Los niveles de ejecución en que se basan se hallan determinados en parte por el estatus relativo del individuo, (Krech, D. 1965).

Las necesidades de una persona no existen aisladamente las unas de las otras. Al surgir una necesidad puede producir consecuencias para la aparición de otras, como puso de manifiesto el estudio de Schachter, S. (1967) en el que una fuerte ansiedad provocaba en una persona el deseo de unirse a otros individuos que estaban en las mismas condiciones. Las necesidades significativas para la persona y modo de estar relacionadas las unas con las otras,



que dependieran del modo que tenga esa persona de concebirse a sí misma como ser social (en Proshanski, H. 1977).

### **2.34 FACTOR CONDUCTUAL DE LA AUTOESTIMA**

El valor total que atribuimos a nuestro "yo", constituye nuestra autoestima. La conducta del individuo suele reflejar la autoestima, y esto a su vez, tiene un efecto tranquilizante en los demás, de este modo se establece una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que los demás le manifiestan. Los individuos se dejan influir más por lo que suponen que los otros piensan acerca de ellos, que por lo que realmente piensan. La poca autoestima lleva al individuo a comportarse de forma autoderogativa, (Lindgren, H. 1978).

Cuando los individuos se desarrollan en un medio que les enseña actitudes negativas hacia sí mismos, adoptan la tendencia a mantener este concepto aún cuando lo contrario sea evidente, es probable que existan factores singulares en la experiencia de cada individuo que lo llevan a una percepción equivocada de sí mismo y ésta percepción permanece impermeable a cualquier prueba en contrario.

Hay dos aspectos de ésta situación: el primero es que hemos aprendido ciertas actitudes sobre nosotros mismos, y que después los demás procuran que las desaprendamos; el segundo es que los demás al censurarnos o alabarnos, intentan influirnos indicándonos que estamos equivocados en nuestra propia apreciación. Esta actitud que indica que ellos saben más que nosotros, suele dar lugar a cierta actitud defensiva por nuestra parte, puesto que amenaza el

sentimiento de seguridad y hace vacilar la creencia de que somos dueños de nosotros mismos y sabemos cabalmente lo que somos y lo que no somos, (Lindgren, H. 1978).

**- NIVELES DE ASPIRACION Y ESPECTATIVA.-**

Es probable que la imagen de sí y la ideal se pongan de manifiesto en la conducta, en relación con las exigencias que el sujeto se plantea a sí mismo. Se introdujo un nuevo concepto el de nivel de aspiración, que da cuenta de una realidad relacionada con los otros aspectos del yo.

A partir de estas experiencias se formuló una distinción entre nivel de expectativa y el nivel de aspiración. El primero esta definido por el objetivo que el sujeto estima que podrá alcanzar: este nivel es el que se mide mediante las experiencias en las que el sujeto debe indicar el grado de éxito que espera. El nivel de expectativa depende de la confianza que el sujeto tiene en relación con sus capacidades en general. En consecuencia esta relacionado también con las mediciones de autoestima.

El nivel de aspiración se relaciona con los objetos que forman parte de la categoría de lo propio. En una perspectiva diferente, parecería también que el nivel de aspiración se refiere al ideal del "yo", ya que se relaciona con los objetivos que el sujeto se propone obtener para lograr una autoestimación.

Los datos que se mencionaba en relación con la situación familiar, vinculados con los niveles de expectativas y de aspiración, pueden aclarar en algo la génesis de la autoestima. (Freisse, P. 1973).

Así pues, lo que esta en peligro no es una creencia aislada, sino parte de un sistema cuya fuerza y resistencia derivan del hecho de que todos los elementos están relacionados entre sí e integrados, (Lindgren, H. 1973).

Vemos que la autoestima de un individuo esta formada por varios estímulos exteriores que afectan directamente su propio concepto, ya sea de una manera positiva o negativa y que como consecuencia afectan su personalidad y comportamiento.

Según Coopersmith, S. (1967), cualquiera o todos los factores antes citados producen autoestima elevada o baja. El elemento queda determinado en parte por las experiencias individuales y en parte por la sociedad en que se vive. La autoestima es un conjunto de evaluaciones de cualidades y defectos.

Estos conceptos han dado paso a investigaciones con gran diversidad de factores como la que elaboraron:

Lee, G.; Shehan, C. en 1989, en donde se examinaron los efectos de los factores sociales en Autoestima en 1395 hombres y 1609 mujeres mayores de 55 años. Su hipótesis consiste en que la interacción de amistad fue positivamente relacionada con autoestima y la interacción del parentesco. La satisfacción marital afecta positivamente a la autoestima; entre hombres este efecto fue más fuerte para retirados, que para sujetos empleados. Mujeres solteras y nunca empleadas, tuvieron menos autoestima que otras mujeres. Las consecuencias se presentan respecto al papel de autoestima en teorías de bienestar psicológico en ancianos.

Una investigación importante de mencionar es la realizada por Nelson, P. en 1989, en donde se estudiaron las relaciones entre depresión, apoyo social, autoestima y variables demográficas, seleccionando 26 ancianos institucionalizados entre 61 y 95 años; les

administraron el cuestionario de Apoyo social de Norbeck; una escala de Depresión Geriátrica de T. Brink y una escala de Autoestima. La aplicación de éstos instrumentos para estudios de ancianos está en discusión. Los hallazgos indican que las características demográficas de los sujetos no tuvieron efectos significativos en su autoestima o depresión, sin embargo el apoyo social está significativamente correlacionado con el de depresión y hubo alguna indicación que el tipo de marco institucional y la frecuencia de participación religiosa también interactuó con el nivel de depresión.

Otra investigación realizada por Nelson, P. en 1990, con una comunidad de 68 personas mayores de 55 años administrándoles el Inventario de Orientación Religiosa, medidas de Depresión, Autoestima y Selección Demográfica. Teniendo como resultado que: el 72% fue más intrínseco que extrínseco en orientación religiosa intrínseca y depresión; el 69% fueron altos en Autoestima. Los sujetos con alta autoestima tuvieron más orientación religiosa intrínseca y estuvieron menos deprimidos. Los resultados sugieren que la religión sea un recurso de apoyo a personas mayores.

Una investigación más que maneja el Apoyo Social con la Autoestima y Depresión es la realizada por Krause, N. (1987), los hallazgos de este estudio indican que el apoyo social ayuda a reducir los efectos nocivos de tensión en desorden emocional primario, apoyando la autoestima de ancianos y afecta el bienestar psicológico solo indirectamente a través de autoestima.

Por otro lado, el efecto del medio ambiente en la Autoestima de ancianos, es estudiada por Doughrty, D. en 1985, investigando las diferencias en la autoestima de dos muestras de personas mayores de 65 años que viven en diferentes medios ambientes. El grupo "A" con

18 sujetos y representan a una población que viven en casas privadas y que reciben cuidados de una casa especializada; el grupo "B" con 30 sujetos y representa una población que viven en una zona residencial y que reciben cuidados de una enfermera profesional. Una escala de autoestima fue administrada a los 48 sujetos y se obtuvo una calificación promedio, dos pruebas T independientes mostraron diferencias significativas de los 2 grupos. El análisis posterior de artículos individuales en la escala significativa entre los dos grupos para dos artículos que requieren de sujetos a comparar con ellos mismos con otras con su medio ambiente.

Los Efectos de Terapia de Grupo en Autoestima, su Interacción Social y Depresión, es otra investigación que se ha hecho en esta área, en donde los efectos de un programa de terapia grupal en autoestima, interacción social y depresión en mujeres residentes en una casa de ancianos fue investigada. A 26 mujeres entre 71 y 88 años se les administró la escala de autoconcepto de Tennessee, el inventario de Comportamiento de palabra y el Inventario de Depresión de Beck, tanto el tratamiento previo como el tratamiento posterior a trazar efectos enfocados a un grupo de terapia y no enfocados a un grupo de terapia relativa a un grupo de control sin tratamiento. Ninguna diferencia significativa entre los tres grupos en cualquier medida fue encontrada. (Elder-Jucker, P. 1979).

La autoestima materna (Fraisie, P. 1973), influye directamente en la del hijo, la falta de ansiedad o la estabilidad general de la madre están positivamente relacionadas con la autoestima del hijo.

Así pues, la situación familiar de niños con gran amor propio parece más estricta y menos tolerante. Se hace hincapiés en el trabajo más que en el placer; se castigan las faltas con extrema atención y en forma coherente.

El nexo existente entre desarrollo físico queda perfectamente ilustrado al descubrirse que los niños con poca autoestimación comenzaron a caminar mucho después que los niños con autoestima regular o alta, y que su psique estaba casi siempre menos formada y coordinada.

No guarda relación con la autoestima infantil, las variables como clase social, empleo de la madre (que determina el tiempo dedicado al hijo), dieta alimenticia, traumas infantiles; puesto que se supo que la clase social no influyó en el aprecio de sí mismo, no nos causa sorpresa que el nivel de las opciones profesionales presente la misma falta de relaciones.

Las conclusiones sobre la estructura de dinámica de la personalidad nos permitirán examinar el conjunto de los datos expuestos. La estructura dinámica representa en efecto y de alguna manera la síntesis de todos los factores que determinan la personalidad.

Por atractiva que resulte la simplicidad de conceptos como los del "yo", del "ello" y del "superyo", que constituyen los principales pilares de una estructura de la personalidad, las conclusiones más generales que resultan de la confrontación de los diferentes resultados es la de que se debe considerar a la estructura de la personalidad como una construcción, una organización que surge de la interacción entre las disposiciones innatas y las condiciones exteriores. Los impulsos orgánicos deben ser considerados entre las disposiciones básicas, es decir, entre los factores que no son el producto de experiencias.

Las investigaciones sobre la estructura de la organización psíquica subyacente a los que designamos como personalidad por lo menos de dos comprobaciones. La primera es que la interacción del organismo y el medio principalmente social, da nacimiento a una organización de conjunto, con una concentración más o menos pronunciada. Por otra parte esta concentración corresponde al sentimiento subjetivo del yo, podemos deducir con toda claridad y a partir de los datos obtenidos por las investigaciones, que el modelo psicoanalítico de las tres instancias solo puede ser considerado como una aproximación muy rudimentaria de la estructura real, (Kaufmann, H. 1977).

### **2.35 AUTOESTIMA EN ANCIANOS**

Las capacidades físicas y mentales, así como el aspecto externo del individuo se van deteriorando al paso de los años, al llegar a una edad senil. La pérdida de éstas capacidades crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten como un estorbo para las personas que los rodean; pierden su independencia, ésto los hace sensibles en su trato con los demás, y llegan a tener reacciones extremistas como: agresión o sumisión.

La autoestima alta en ésta edad es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales.

Cuando el individuo no acepta su edad, suele cometer extravagancias en el vestir, en el comportamiento social, en su vocabulario, etc., esto se puede deber a que su autoestima es baja y una forma de disfrazarla es éste tipo de comportamiento.

En ocasiones la familia y los amigos obligan al individuo a un retiro social y familiar para evitar enfrentamientos desagradables que afecten más su autoestima.

Como en esta edad las personas mayores ya están jubiladas su independencia económica se pierde, el tener que depender económicamente de otros, lo sitúa en desventaja en cuanto a su derecho de opinión y decisión sobre su comportamiento.

Si el individuo acepta su edad y la pérdida de sus capacidades, entonces las personas que los rodean los aceptan con mas agrado, esto hace que la autoestima del anciano sea retroalimentada y así éste acepte su lugar en la familia y en la sociedad.

La aceptación o el rechazo de la edad esta directamente relacionada con la autoestima que el individuo haya tenido a lo largo de su vida, así pues, un individuo que ha tenido autoestima alta toda su vida, aceptará su edad sin perder en gran medida, sus derechos y su lugar que tenga en su vida social y familiar. Por el contrario, el individuo que ha tenido autoestima baja, no puede aceptar su edad, su pérdida de opinión y del lugar que antes ocupaba en su familia, ésto va a ocasionar que este individuo siempre este rechazando a las personas que lo rodean de una manera más hostil, ya que la baja autoestima que tuvo de joven en la edad adulta, la va a sustituir por una autoestima alta, que a su vez, como no esta bien fundada va a ser contraproducente para el propio individuo.

Se puede concluir que la autoestima en los ancianos se ve afectada por las siguientes causas:

- El deterioro físico y mental.
- La pérdida de juventud en su apariencia física.
- La jubilación.



- La pérdida de independencia económica.

- Permanecer en una institución o asilo.

Estas causas afectarán en un modo negativo a las personas con autoestima baja y las hará tener reacciones

extremistas como agresión o una sumisión que raze en el sufrimiento y la autocompación,

(Fraisse, P. 1973; Kaufmann, H. 1977; Krench, D. 1965).

***CAPITULO III***  
***METODOLOGIA***

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **PROBLEMA:**

**¿ EXISTE RELACION ENTRE LA DEPRESION Y AUTOESTIMA DE ANCIANOS CON RESPECTO AL SEXO, ESTAR, O NO, INSTITUCIONALIZADOS Y SER O NO, JUBILADOS ?**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

**LA FINALIDAD DEL PRESENTE ESTUDIO ES DETERMINAR SI EN UNA MUESTRA ESPECIFICA DE ANCIANOS EXISTE ALGUNA RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LA AUTOESTIMA CON SU SEXO, EL ENCONTRARSE O NO EN UNA INSTITUCION Y EL ESTAR O NO JUBILADOS.**

Lo anterior en virtud de que es importante el estudio de la **Depresión** y la **Autoestima** en los ancianos porque el decremento de ésta ultima aumenta a la primera (depresión), afectando la salud mental y física. En México tenemos muchos ancianos jubilados y no hay programas estructurales que estimulen la autoestima, encontrando desenlaces funesto como el suicidio, debido a un alto grado de depresión.

**- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- Determinar el nivel de Depresión en ancianos con respecto al sexo.
- 2.- Determinar el nivel de Depresión en ancianos con respecto a estar, o no, institucionalizados.
- 3.- Determinar el nivel de Depresión en ancianos con respecto a ser, o no, jubilados.
- 4.- Determinar la autoestima en ancianos con respecto al sexo.
- 5.- Determinar la autoestima en ancianos con respecto a estar, o no, institucionalizados.
- 6.- Determinar la autoestima en ancianos con respecto a ser, o no, jubilados.
- 7.- Determinar la correlación entre las variables: depresión y autoestima y el sexo, estar, o no, institucionalizado y ser, o no, jubilado.

**- VARIABLES:**

**- VARIABLES PENDIENTES**

- a) Depresión
- b) Autoestima

**- VARIABLES INDEPENDIENTES**

- a) Sexo: Masculino y Femenino
- b) Institucionalizados
- c) No Institucionalizados
- d) Jubilados
- e) No Jubilados

## - DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

**DEPRESION (conceptual).**- Actualmente a la depresión se le clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1988) (DSM-III-R), consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito con cambios en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio.

**DEPRESION (operacional).**- En ésta investigación se entiende como nivel de depresión a la calificación obtenida de las respuestas que los sujetos proporcionen en el Inventario de Depresión de Beck. De 13 o menor: no existe depresión. De 14 o mayor: si existe depresión.

**AUTOESTIMA (conceptual).**- La autoestima es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas (James, W. 1890; Freud, S. 1905; Sheriff, M. 1966), adquirida a través de las relaciones interpersonales (Freud, S. 1905; Mead, M. 1975; Horney, K. 1950; Sullivan, H. 1953; Adler, A. 1927; Coopersmith, S. 1967; Rogers, K. 1972; Lindgren, H. 1972; Deutsch, M. y Krauss, R. 1974), que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto (James,

W. 1980; Mead, G. 1934; Newcomb, T. 1964; Coopersmith, S. 1967; Lindgren, H. 1972), de lo cual el sujeto abstrae un concepto de sí mismo (Horowitz, E. 1935; Natsuolas T. y Dubanoski, R. 1964; Coopersmith, S. 1967; Witkin H. 1954), ante el cual el sujeto mismo presenta una actitud valorativa (James, W. 1980; Freud, S. 1905; Mead, G. 1934; Siipola, E. 1935; Sullivan, H. 1953; Sheriff, M. 1966; Coopersmith, S. 1967; Lindgren, H. 1972), (en Reidl, L. 1981).

**AUTOESTIMA (operacional).**- En la presente investigación se entiende como autoestima, la calificación obtenida en la escala de Autoestima de Reidl, L. (1981).

**INSTITUCION (conceptual).**- Organismos fundamentales de un estado o sociedad de educación o instrucción. (Arias, F. 1975).

**INSTITUCION (operacional).**- En la presente investigación se considera a la Institución como el asilo en el que se albergan los ancianos.

**NO INSTITUCIONALIZADOS (operacional).**- En la presente investigación se considera a los sujetos que viven en su domicilio particular, solos o con familiares.

**INSTITUCIONALIZADOS (operacional).**- En la presente investigación se considera a los sujetos que viven en un asilo de ancianos.

**JUBILACION (conceptual).**- Es la suspensión definitiva de una actividad laboral remunerada como consecuencia de un período prolongado de estancia en una empresa, aproximadamente 30 años, obteniendo de ésta, prestaciones y una prima económica (Arias, F. 1975).

**JUBILADO (operacional).**- En la presente investigación se considera como jubilado al sujeto retirado de sus funciones laborales y que disfruta de una pensión.

**NO JUBILADO (operacional).**- En la presente investigación se consideró como no jubilado a aquellas personas que en el momento de ésta, se encuentren trabajando y recibiendo la remuneración correspondiente.

**- DISEÑO DE INVESTIGACION.-**

**METODO DE INVESTIGACION.-** En la realización de esta investigación se utilizó un estudio de tipo correlativo (Kerlinger, F. 1982), con un diseño pre-experimental de comparación de un grupo estático, basándonos en un diseño factorial de  $2 \times 2 \times 2$ , que es el siguiente:

<b>INSTITUCIONALIZADO</b>	<b>JUBILADO</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
		<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>
<b>NO INSTITUCIONALIZADO</b>	<b>NO JUBILADO</b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO 4</b>
	<b>JUBILADO</b>	<b>GRUPO 5</b>	<b>GRUPO 6</b>
<b>NO INSTITUCIONALIZADO</b>	<b>NO JUBILADO</b>	<b>GRUPO 7</b>	<b>GRUPO 8</b>
	<b>JUBILADO</b>		

- Donde los grupos están formados por:

**GRUPO 1 = Mujeres institucionalizadas-jubiladas**

**GRUPO 2 = Hombres institucionalizados-jubilados**

- GRUPO 3 = Mujeres institucionalizadas-no jubiladas**  
**GRUPO 4 = Hombres institucionalizados-no jubilados**  
**GRUPO 5 = Mujeres no institucionalizadas-jubiladas**  
**GRUPO 6 = Hombres no institucionalizados-jubilados**  
**GRUPO 7 = Mujeres no institucionalizadas-no jubiladas**  
**GRUPO 8 = Hombres no institucionalizados-no jubilados**

**- ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS.-**

**1.- :**

**H<sub>1</sub> - Existe diferencia en nivel de Depresión entre mujeres y hombres.**

**H<sub>0</sub> - NO existe diferencia en el nivel de Depresión entre mujeres y hombres.**

**2.- :**

**H<sub>1</sub> - Existe diferencia en el nivel de Depresión obtenida en un grupo de sujetos Institucionalizados y No-Institucionalizados.**

**H<sub>0</sub> - NO existe diferencia en el nivel de Depresión obtenida en un grupo de sujetos Institucionalizados y No-Institucionalizados.**

**3.- :**

**H<sub>1</sub> - Existe diferencia en el nivel de Depresión obtenida en un grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados.**

**H<sub>0</sub> - NO existe diferencia en el nivel de Depresión y obtenida en un grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados.**



4.- :

**H<sub>1</sub> - Existe correlación entre las variables:**

Sexo y el estar Institucionalizado, con el nivel de Depresión.

**H<sub>0</sub> - NO existe correlación entre las variables:**

Sexo y el estar Institucionalizado, con el nivel de Depresión.

5.- :

**H<sub>1</sub> - Existe correlación entre las variables:**

Sexo y Jubilación con el nivel de Depresión.

**H<sub>0</sub> - NO existe correlación entre las variables:**

Sexo y Jubilación con el nivel de Depresión.

6.- :

**H<sub>1</sub> - Hay correlación entre las variables:**

Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

**H<sub>0</sub> - NO hay correlación entre las variables:**

Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

7.- :

**H<sub>1</sub> - Hay correlación entre las variables:**

Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

**H<sub>0</sub> - NO hay correlación entre las variables:**

Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

8.- :

**H<sub>1</sub> - Existe diferencia en el grado de Autoestima entre mujeres y hombres.**

$H_0$  - NO existe diferencia en el grado de Autoestima en mujeres y hombres.

9.- :

$H_1$  - Existe diferencia en el grado de Autoestima obtenido en un grupo de sujetos Institucionalizados y No-Institucionalizados.

$H_0$  - NO existe diferencia en el grado de Autoestima obtenido en un grupo de sujetos Institucionalizados y No-Institucionalizados.

10.- :

$H_1$  - Existe diferencia en el grado de Autoestima obtenida en el grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados.

$H_0$  - NO existe diferencia en el grado de Autoestima obtenida en el grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados.

11.- :

$H_1$  - Hay correlación entre las variables:

Sexo e Institucionalizado con el grado de Autoestima.

$H_0$  - NO hay correlación entre las variables:

Sexo e Institucionalizado con el grado de Autoestima.

12.- :

$H_1$  - Hay correlación entre las variables:

Sexo y Jubilación con el grado de Autoestima.

$H_0$  - NO hay correlación entre las variables:

Sexo y Jubilación con el grado de Autoestima.

13.-

H<sub>1</sub> - Hay correlación entre las variables:

Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

H<sub>0</sub> - NO hay correlación entre las variables:

Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

14.- :

H<sub>1</sub> - Hay correlación entre las variables:

Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

H<sub>0</sub> - NO hay correlación entre las variables:

Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

- SUJETOS.-

- Definición de sujetos.-

A.- Se trabajó con 120 ancianos con un rango de edad de 65 a 75 años, los cuales tuvieron las siguientes características:

B.- :

15 sujetos sexo femenino institucionalizadas-jubiladas.

15 sujetos sexo masculino institucionalizados-jubilados.

15 sujetos sexo femenino institucionalizadas-nojubiladas.

15 sujetos sexo masculino institucionalizados-nojubilados.

15 sujetos sexo femenino no institucionalizadas-jubiladas.

15 sujetos sexo masculino no institucionalizados-jubilados.

15 sujetos sexo femenino no institucionalizadas-nojubiladas.

15 sujetos sexo masculino no institucionalizados-nojubilados.

C.- Procedimiento de selección:

- 1) Esta selección se hizo por medio de un muestreo intencional, acudiendo a los lugares que se esperaba encontrar a los sujetos con las características mencionadas.
- 2) Se hizo una primera selección acudiendo a los asilos para revisar los expedientes de los sujetos que se consideraron como institucionalizados, igualmente se acudió a las asociaciones civiles para revisar los expedientes obteniendo los domicilios particulares de los sujetos que se consideraron como no institucionalizados.
- 3) Se realizó entrevista para checar características de los sujetos preguntando si aceptaban participar dentro de la investigación, explicándoles en que consistía y sensibilizándolos para que participaran.

- TECNICAS DE SELECCION DE LA MUESTRA.-

- Definición de la Población.-

La población de ancianos en la República Mexicana es de 3'003,346 entre hombres y mujeres (XI Censo Gral. de Población y Vivienda, INEGI, 1990), de los cuales se tomó una muestra de 120 radicados en el Distrito Federal de: asilos, asociaciones civiles y en domicilios particulares, con un rango de edad entre 65 y 75 años; la selección se hizo por medio de un muestreo intencional (Downie, R. 1972), (citado en Kerlinger, F. 1975), eligiendo unicamente sujetos que gozaran de buena salud física y mental.

- **INSTRUMENTOS.**- (Escala de Depresión y Autoestima, Protocolo de registro de datos y Guía de entrevista).

- **Definición de Instrumentos.**-

1).- **Instrumento.**- los instrumentos que se utilizaron en éste estudio para medir la Depresión y la Autoestima fueron:

A .- El Inventario de Depresión de Aaron T. Beck, que comprende 21 categorías de síntomas y actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión, se les da un valor de Cero (cuando el síntoma no existe o es bajo) y Tres (cuando el síntoma es intenso).

2).- **Aplicación.**- éste inventario se aplicó en forma individual a cada sujeto, estableciendo primeramente un rapport, se les proporcionaron sus hojas de preguntas, explicándoles que seleccionaran alguna de las aseveraciones que mejor describiera la forma en que se sentían en ese momento.

3).- **Calificación.**- el inventario consta de cuatro opciones, dándosele un valor de Cero a la que manifieste baja depresión y de Tres para la de alta depresión. Tomando como punto de corte 13, (13 o menor= no depresivos, 14 o mayor= depresivos).

#### **Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores:**

- **Revisión de su Desarrollo y Utilidad.**- Gallagher, D. (1986), revisa el uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI) con personas mayores, discute su uso, validez, confiabilidad, factor de estructura y utilidad para la verificación, investigación y monitoreo de síntomas. Menciona qué problemas y limitaciones específicos son enfatizados, especialmente con las personas mayores que poseen un marco educacional limitado o su

capacidad cognitiva, así como un conjunto de respuestas sociales no aceptadas o numerosas enfermedades somáticas.

- Desarrollo histórico.- El concepto BDI, hace más de 25 años fue publicado por Aaron T. Beck y sus colegas de la Universidad de Pennsylvania (1961). Fue diseñado para ser un inventario (para propósitos de investigación) que permitiera un acercamiento en los juicios clínicos de la intensidad de la depresión. Fueron seleccionados ciertos elementos (de actividades clínicas y como resultados del trabajo psicoterapéutico con pacientes deprimidos) que permitieran una discriminación máxima entre pacientes deprimidos y no-deprimidos, y que proporcionara una exactitud de la severidad de cada síntoma.

Este inventario proporciona una puntuación simple numérica, para facilitar la comparación con información cuantitativa y permitir manipulaciones estadísticas.

- Elementos incluidos.- Consiste en 21 categorías de síntomas y actitudes; cada una describe una manifestación específica de la depresión (cognitiva, de comportamiento, o vegetativa). Originalmente cada categoría contenía de 4 a 5 declaraciones de auto-evaluación, cuyos pacientes seleccionaba uno de sus sentimientos más representativos. Esto fue modificado posteriormente, quedando Cuatro respuestas por cada categoría, con un valor de Cero (que indica esencialmente que el síntoma no existe) y de Tres (que el síntoma es intenso). Las categorías son: humor, sentimientos de culpa, sentimiento de orgullo, de castigo, autodesgusto, auto-acusación, deseos suicidas, llantos, irritación, abandono social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición en el trabajo, perturbaciones en el sueño, fatiga, problemas de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

- Administración y Puntuación.- Originalmente, la escala era administrada de una manera asistida de entrevista; el entrevistador lee cada grupo de preguntas en voz alta, con los pacientes leyendo en sus copias. Se les instruyó para seleccionar cualquiera de las preguntas que mejor describieran la manera en que se sentían.

El puntaje total se obtuvo sumando el número de selecciones realizadas. Varios autores han utilizado diferentes puntajes de corte para designar la severidad de la depresión; Beck, indicaba que un sólo puntaje puede servir para cada propósito. La puntuación adecuada a emplear depende de las características del paciente y del propósito para el cual está siendo utilizado el estudio. Sin embargo, se ha considerado conveniente utilizar el siguiente:

Puntuación:	Corresponde a:
0 - 9	Normal
10 - 15	ligera depresión
16 - 19	de ligera a moderada
20 - 29	de moderada a severa
30 - 63	depresión severa

En el presente estudio el punto de corte es de 13, (13 o menor = no-depresivos, 14 o mayor = depresivos).

- Confiabilidad y Validez en personas mayores.- Solo se pueden encontrar dos estudios realizados con personas mayores. Uno realizado por Gallagher, D.; Nies, L. y Thompson, B. (1982) centrado sobre la confiabilidad del BDI, en el que se hizo una comparación de un grupo muestra (N=77) con un grupo de voluntarios no-clínicos (N=82); la edad promedio de ambos grupos fue de 60 años. El inventario se suministró dos veces a cada grupo, con una separación de 6 y 21 días.

El coeficiente de correlación de test-retest para el grupo completo fue de 0.90, el coeficiente alfa (que mide una escala de consistencia interna) fue de 0.91 en total, y el índice de confiabilidad mitad-separada fue de 0.84 para el total de la muestra. Con ésta investigación se concluyó que el inventario (BDI) tiene una confiabilidad adecuada para ser usado con los ancianos.

Un segundo estudio realizado por: Gallagher, D.; Breckenridge, P.; Steinmetz, A. y Thompson, B. (1983), evaluó la validez concurrente del BDI, examinando el grado de congruencia entre los puntajes de corte convencionales y las clasificaciones de diagnóstico seleccionadas del Research Diagnostic Criteria (RDC) (1978), en una muestra de 102 adultos en tratamiento de la depresión, en donde se encontró que: el 91% de esos puntajes, 17 o más del BDI fueron diagnosticados independientemente con una existencia de episodio de depresión mayor, utilizando el registro de la entrevista de desordenes afectivos y esquizofrenia (SADS; Endicott, C. y Spitzer, F. 1978), y el sistema de clasificación de RDC. Además el 81% de su puntaje, 10 o menos del BDI no se encontró criterio para cualquier desorden depresivo especificado por RDC.

Estos resultados apoyan la validez del BDI con personas adultas, y sugiere que es un instrumento útil de verificación para la identificación de personas depresivas clínicamente de más de 60 años.

La información que se ha publicado, se enfoca a describir los tres principales usos de ésta escala con muestras de personas adultas: 1) como una medida de verificación; 2) como un índice de pre-post cambio en estudios de intervenciones y 3) como un índice de fluctuaciones en síntomas específicos durante el tratamiento. (citado en Gallagher, D. 1986).



- Aspectos Psicométricos.- respecto a la confiabilidad del BDI en adultos mayores se estableció (Gallagher, D.; Nies, L. y Thompson, B. 1982): un coeficiente de correlación = 0.90; coeficiente alfa = 0.91; índice de confiabilidad mitad-separada = 0.84

B.- La escala de Autoestima elaborada por Reidl, L. (1981): instrumento que consta de 20 afirmaciones hacia sí mismo, que se refiere a cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, de dependencia-independencia y el sentimiento general hacia sí mismo. Fue aplicada a una muestra de 418 mujeres de 15 a 35 años de edad, casadas y con hijos. Se empleo un análisis de los componentes principales con interacción, rotación oblicua y normalización de Kaiser, encontrándose dos Factores: Factor I, dimensión negativa de la autoestima; con un valor minieigen de 2.948, que explicó el 51.8% de la varianza y; el Factor II correspondiente a la dimensión positiva de la autoestima, con un valor minieigen de 1.122, que explicó el 19.7% de la varianza después de la rotación, la correlación de ambos factores es de 0.259. Aunque ésta escala fue diseñada y aplicada en mujeres de una población del Sur de México, D.F., se hizo la adaptación a ambos sexos, ya que revisando el contenido de las afirmaciones, se encontró que no había ningún elemento que no pudiera ser aplicado al sexo masculino.

2).- Aplicación.- la escala se aplicó en forma individual a cada sujeto a investigar, haciendo una breve entrevista para establecer el report.

3).- Calificación.- la escala es de tipo Likert, consta de Tres opciones de respuesta; dando un peso de Tres a la opción que manifieste una autoestima alta y de Uno a la que manifieste una autoestima baja.

4).- Aspectos Psicométricos.- la validez de la escala de Autoestima fue colocada con el alpha de Cronbach, con una muestra de  $N = 138$ , de 418 casos y se obtuvo un  $\alpha = 0.79$  que con  $g^2 = 118$  es significativa más allá de  $p = 0.01$ .

#### **- PROCEDIMIENTO.-**

- a) Se acudió a los asilos de ancianos y asociaciones de jubilados para solicitar autorización con una carta de la Universidad del Valle de México.
- b) Se hizo una revisión de expedientes que sirvió para seleccionar a los sujetos de estudio.
- c) Se acudió también a los domicilios particulares de ancianos (proporcionados por las asociaciones).
- d) Se acudió a los sujetos diciendo que se aplicaría un cuestionario sobre la senectud y que ésta sería una cooperación voluntaria y los fines de ésta sería estrictamente científicos.
- e) Se realizó una entrevista previa a la aplicación de la escala, para checar los datos de los sujetos, posteriormente se asignaron los sujetos a las celdillas correspondientes del diseño de investigación.
- f) En la aplicación de las escalas se dieron las siguientes instrucciones: "Le voy a leer una serie de afirmaciones; quiero que escuche atentamente y me diga con cual se identifica más".
- g) El procedimiento que se utilizó para el control de variables fue por medio de eliminación.
- h) Calificación de los cuestionarios.
- i) Procesamiento estadístico de los resultados.

**- ANALISIS ESTADISTICO.-**

El análisis estadístico que se utilizó en esta investigación es el análisis de varianza de tres factores y la correlación producto momento de Pearson. Estableciendo un nivel de significancia para rechazar o aceptar la hipótesis de 0.01.

## ***CAPITULO IV***

### ***RESULTADOS***

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

TABLA 1

		I-J	NI-J	I-NJ	NI-NJ
<b>DEPRESION</b>					
<b>PUNTAJES TOTALES EN EL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK, POR GRUPO</b>					
<b>MUJERES</b>	$\bar{X}$	11.133	12.533	12.667	7.733
<b>(N=15/GPO.)</b>	D.E.	5.055	6.081	5.367	5.982
<b>HOMBRES</b>	$\bar{X}$	14.800	6.733	14.667	8.800
<b>(N=15/GPO.)</b>	D.E.	7.350	2.463	5.778	6.120
<b>TOTAL</b>	$\bar{X}$	12.967	13.667	9.633	8.267
<b>(N=30/GPO.)</b>	D.E.	6.472	5.573	5.430	5.971

**\*Significados:**

- I-J = Institucionalizados(as)-Jubilados(as)
- NI-J = NoInstitucionalizados(as)-Jubilados(as)
- I-NJ = Institucionalizados(as)-NoJubilados(as)
- NI-NJ = No-Institucionalizados(as)-No-Jubilados(as)
- D.E. = Desviación standard
- X = Media aritmética
- N = Número de sujetos en cada grupo

Observamos en la Tabla 1 que, dentro del grupo de:

- Mujeres I-J se encontró:  $\bar{X} = 11.133$  D.E. = 5.055  
Por lo tanto no presentan depresión.
- Hombres I-J se encontro :  $\bar{X} = 14.800$  D.E. = 7.350  
Por lo tanto presentan depresión.
- Mujeres NI-J se encontró:  $\bar{X} = 12.533$  D.E. = 6.081  
Por lo tanto presenta depresión.
- Hombres NI-J se encontro :  $\bar{X} = 6.733$  D.E. = 2.463  
Por lo tanto no presenta depresión.
- Mujeres I-NJ se encontró:  $\bar{X} = 12.667$  D.E. = 5.367  
Por lo tanto no presenta depresión.
- Hombres I-NJ se encontró :  $\bar{X} = 14.667$  D.E. = 5.778  
Por lo tanto presenta depresión.
- Mujeres NI-NJ se encontró:  $\bar{X} = 7.733$  D.E. = 5.982  
Por lo tanto no presenta depresión.
- Hombres NI-NJ se encontró :  $\bar{X} = 8.800$  D.E. = 6.120  
Por lo tanto presenta depresión.

TABLA 2

D E P R E S I O N			
PUNTAJES TOTALES EN EL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK, EN MUJERES Y HOMBRES INSTITUCIONALIZADOS Y NO-INSTITUCIONALIZADOS			
		I	NI
MUJERES (N=30/GPO.)	$\bar{X}$ D.E.	11.900 5.182	10.133 6.410
HOMBRES (N=30/GPO.)	$\bar{X}$ D.E.	14.733 6.496	7.767 4.703

2a

- 2a
- I = Institucionalizados(as)
  - NI = No Institucionalizados(as)
  - D.E. = Desviación standard
  - N = Número de sujetos
  - $\bar{X}$  = Media aritmética

Observamos en la Tabla 2 que el grupo de:

- En Mujeres I se encontró:  $\bar{X} = 11.900$  D.E. = 5.182  
Por lo tanto no existe depresión.
- En Hombres I se encontró:  $\bar{X} = 14.733$  D.E. = 6.496  
Por lo tanto existe depresión.
- En Mujeres NI se encontró:  $\bar{X} = 10.133$  D.E. = 6.410  
Por lo tanto existe depresión.
- En Hombres NI se encontró:  $\bar{X} = 7.767$  D.E. = 4.703  
Por lo tanto no existe depresión.



TABLA 3

FRECUENCIA DE DEPRESION EN MUJERES Y HOMBRRES				
	MUJERES (N=30/GRUPO)		HOMBRES (N=30/GRUPO)	
	DEP.	NO-DEP.	DEP.	NO-DEP.
I-J	6	9	9	6
NI-J	4	11	0	15
I-NJ	9	6	9	6
NI-NJ	1	14	2	13
	$\chi^2 (3)=10.2$ $p = 0.0171$		$\chi^2 (3)=19.8$ $p = 0.004$	

3.

3.

- N = Número de sujetos  
 DEP. = Depresivos(as)  
 NO-DEP. = No-Depresivos(as)  
 I-J = Institucionalizados(as)-Jubilados(as)  
 NI-J = No-Institucionalizados(as)-Jubilados(as)  
 I-NJ = Institucionalizados(as)-No-Jubilados(as)  
 NI-NJ = No-Institucionalizados(as)-No-Jubilados(as)

- Observamos en la Tabla 1 que el nivel de depresivos(as) por grupo de mujeres y hombres son:

	<u>Depresivos(as):</u>	<u>No-Depresivos(as):</u>
- Mujeres I-J :	6	9
- Hombres I-J :	9	6
- Mujeres NI-J :	4	11
- Hombres NI-J :	0	15
- Mujeres I-NJ :	9	6
- Hombres I-NJ :	9	6
- Mujeres NI-NJ :	1	14
- Hombres NI-NJ :	2	13

- Varianza para el grupo de Mujeres = 10.2 y una probabilidad = 0.0171.

- Varianza para el grupo de Hombres = 19.8 y una probabilidad = 0.004.

TABLA 4

FRECUENCIA DE DEPRESION POBLACION TOTAL (N=30 por grupo)		
	<u>DEPRESIVOS:</u>	<u>NO-DEPRESIVOS:</u>
I-J	15	15
NI-J	4	26
I-NJ	18	12
NI-NJ	3	27
$\chi^2(3) = 26.1$ $p = 0.0001$		

4\*

I-J = Institucionalizados(as)-Jubilados(as)  
 NI-J = No-Institucionalizados(as)-Jubilados(as)  
 I-NJ = Institucionalizados(as)-No-Jubilados(as)  
 NI-NJ = No-Institucionalizados(as)-No-Jubilados(as)

- Observamos en la Tabla 4 que el nivel de depresivos(as) por grupos en la población total es:

- Institucionalizados-Jubilados existen:

15 depresivos y 15 no-depresivos.

- No-Institucionalizados-Jubilados existen:

4 depresivos y 26 no-depresivos.

- Institucionalizados-No-Jubilados existen:

18 depresivos y 12 no-depresivos.

- No-Istitucionalizados-No-Jubilados existen:

3 depresivos y 27 no-depresivos.

- Con una varianza = 26.1 y una probabilidad = 0.001.

TABLA 5

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE  
GRUPOS DE HOMBRES TOMANDO EN CUENTA  
LAS DIFERENTES CONDICIONES

	DHIJ	DHNIJ	DHINJ	DHNINJ
$\bar{X}$	14.800	6.733	14.667	8.800
D.E.	7.350	2.463	5.778	6.120

3\*

3\*

- DHIJ = Depresión en Hombres Institucionalizados-Jubilados.  
 DHNIJ = Depresión en Hombres No-Institucionalizados-Jubilados  
 DHINJ = Depresión en Hombres Institucionalizados-No-Jubilados.  
 DHNINJ = Depresión en Hombres No-Institucionalizados-No-Jubilados.  
 $\bar{X}$  = Media aritmética.  
 D.E. = Desviación standard.

- Observamos en la Tabla 5, que el nivel de depresión entre grupos de hombres tomando en cuenta las diferentes condiciones es:

- Depresión en Hombres Institucionalizados-Jubilados:

$$\bar{X} = 14.800 \quad D.E. = 7.350$$

Por lo tanto si existe depresión.

- Depresión en Hombres No-Institucionalizados-Jubilados:

$$\bar{X} = 6.733 \quad D.E. = 2.463$$

Por lo tanto no existe depresión.

- Depresión en Hombres Institucionalizados-No-Jubilados:

$$\bar{X} = 14.667 \quad D.E. = 5.778$$

Por lo tanto si existe depresión.

- Depresión en Hombres No-Institucionalizados-No-Jubilados:

$$\bar{X} = 8.800 \quad D.E. = 6.120$$

Por lo tanto no existe depresión.

TABLA 6

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE  
GRUPOS DE MUJERES TOMANDO EN CUENTA  
LAS DIFERENTES CONDICIONES

	DMIJ	DMNIJ	DMINJ	DMMINJ
$\bar{X}$	11.133	12.533	12.667	7.733
D.E.	5.055	6.081	5.367	5.982

- DMIJ = Depresión en Mujeres Institucionalizadas-  
 Jubiladas.  
 DMNIJ = Depresión en Mujeres No-Institucionalizadas-  
 Jubiladas.  
 DMINJ = Depresión en Mujeres Institucionalizadas-No-  
 Jubiladas.  
 DMMINJ = Depresión en Mujeres No-Institucionalizadas-  
 No-Jubiladas.  
 $\bar{X}$  = Media Aritmética.  
 D.E. = Desviación standard.

- Observamos en la Tabla 6 que: el nivel de depresión entre grupos de mujeres tomando en cuenta las diferentes condiciones, es:

- Depresión en Mujeres Institucionalizadas-Jubiladas:

$$\bar{X} = 11.133 \quad D.E. = 5.055$$

Por lo tanto no existe depresión.

- Depresión en Mujeres No-Institucionalizadas-Jubiladas:

$$\bar{X} = 12.533 \quad D.E. = 6.081$$

Por lo tanto si existe depresión.

- Depresión en Mujeres Institucionalizadas-No-Jubiladas:

$$\bar{X} = 12.667 \quad D.E. = 5.367$$

Por lo tanto si existe depresión.

- Depresión en Mujeres No-Institucionalizadas-No-Jubiladas:

$$\bar{X} = 7.733 \quad D.E. = 5.982$$

Por lo tanto no existe depresión.



**D E P R E S I O N**

( $\bar{X} \pm D.E.$ )

	Jubilados		No-Jubilados	
	M	H	M	H
Institucionalizados	11.1 5.1	14.8 7.4	12.7 5.4	14.7 5.8
No-Institucionalizados	12.5 6.1	6.7 2.5	7.1 6.0	8.8 6.1

Efecto del SEXO:

F(1,952) = 14.3 - P < 0.0001 **Significativa.**

Efecto de la INSTITUCION:

F(1,952) = 18.5 - P < 0.0001 **Significativa.**

Efecto de la JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P **No significativa.**

Interacción SEXO x INSTITUCION:

F(1,952) = 13.2 - P **No significativa.**

Interacción SEXO x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P **No significativa.**

Interacción INSTITUCION x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P **No significativa.**

Interacción SEXO x INSTITUCION x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P **No significativa.**

7\*

$\bar{X}$  = Media Aritmética. < = Menor que.  
 D.E. = Desviación Standard. P = Probabilidad.  
 F = Factor.

**AUTOESTIMA**

( $\bar{X} \pm D.E.$ )

	Jubilados		No-Jubilados	
	M	H	M	H
Institucionalizados	48.6 4.7	46.4 4.6	47.4 4.4	43.3 4.9
No-Institucionalizados	46.7 5.4	50.6 4.4	46.9 7.3	46.0 4.6

Efecto del SEXO:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Efecto de la INSTITUCION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Efecto de la JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Interacción SEXO x INSTITUCION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Interacción SEXO x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Interacción INSTITUCION x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

Interacción SEXO x INSTITUCION x JUBILACION:

F(1,952) < 1 - P No Significativa.

X = Media Aritmética. < = Menor que.  
 D.E. = Desviación Standard. P = Probabilidad.  
 F = Factor.

- Hipótesis 1 .-

Se acepta la hipótesis Alternativa donde Sí existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de Depresión entre mujeres y hombres. Rechazando la hipótesis Nula, en donde No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de Depresión entre mujeres y hombres.

- Hipótesis 2 .-

Se acepta la hipótesis Alternativa, donde Si existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de Depresión entre el grupo de sujetos Institucionalizados y No-Institucionalizados. Rechazando la hipótesis Nula, en donde No existe diferencia estadísticamente significativa dentro de éstos grupos.

- Hipótesis 3 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, donde Si existe diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Depresión obtenida en un grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados. Aceptando la hipótesis Nula en donde No existe diferencia estadísticamente significativa dentro de éste grupo.

- Hipótesis 4 .-

Se acepta la hipótesis Alternativa, donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y estar Institucionalizado, con el nivel de Depresión. Rechazando la hipótesis Nula en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre ésta variables.

- Hipótesis 5 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, en donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y Jubilación, con el nivel de la Depresión. Aceptando

la hipótesis Nula, en donde no hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y Jubilación, con el nivel de Depresión.

- Hipótesis 6 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, en donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Institucionalizados y Jubilación con el nivel de Depresión. Aceptando la hipótesis Nula, en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

- Hipótesis 7 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, en donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo, Institucionalizado y Jubilación, con el nivel de Depresión. Aceptando la hipótesis Nula, en donde no hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el nivel de Depresión.

- Hipótesis 8 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, en donde existe diferencia estadísticamente significativa en el grado de Autoestima entre mujeres y hombres. Aceptando la hipótesis Nula en donde No existe diferencia estadísticamente significativa en el grado de Autoestima entre mujeres y hombres.

- Hipótesis 9 .-

Se rechaza la hipótesis Alternativa, en donde existe diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de sujetos Institucionalizados y No Institucionalizados.

Acceptando la hipótesis Nula, en donde No hay diferencias estadísticamente significativas entre éstos grupos.

- Hipótesis 10 .-

Se rechaza la hipótesis Alterna, en donde existen diferencias estadísticamente significativas, en el grado de Autoestima entre un grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados. Acceptando la hipótesis Nula, en donde No hay diferencias estadísticamente significativas en el grado de Autoestima, entre un grupo de sujetos Jubilados y No-Jubilados.

- Hipótesis 11 .-

Se rechaza la hipótesis Alterna, en donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y el estar Institucionalizado, con el grado de Autoestima. Acceptando la hipótesis Nula, en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y el estar Institucionalizado con el grado de Autoestima.

- Hipótesis 12 .-

Se rechaza la hipótesis Alterna, en donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y Jubilación con el grado de Autoestima. Acceptando la hipótesis Nula, en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y Jubilación con el grado de Autoestima.

- Hipótesis 13 .-

Se rechaza la hipótesis Alterna, donde existe correlación estadísticamente significativa entre las variables Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima. Acceptando la

hipótesis Nula, en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

- Hipótesis 14 .-

Se rechaza la hipótesis Alterna, en donde existe correlación entre las variables Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima. Aceptando la hipótesis Nula, en donde No hay correlación estadísticamente significativa entre las variables Sexo, Institucionalizado y Jubilación con el grado de Autoestima.

## ***CAPITULO V***

## CAPITULO V

### - DISCUSION.-

El propósito central de éste estudio fué determinar si, en una muestra específica de ancianos existe alguna relación entre la Depresión y la Autoestima con su Sexo, el encontrarse, o no en una Institución y el estar o no Jubilado.

Los resultados de la investigación nos revelan que el grupo de ancianos Institucionalizados presentaron mayor nivel de depresión, sobre todo en la población de hombres; concordando con el estudio hecho por Nelson, P. (1989), el cual sus hallazgos indican que las características de estar en un marco Institucional está significativamente correlacionadas con la Depresión.

Así mismo Ayuso, J.L. en (1979); Blazer, D.; Williams, C. (1980), reportaron investigaciones en donde el resultado de éstos estudios son que: las Depresiones simples, se presentan en la edad senil sobre todo en ancianos Institucionalizados.

Lehr, U. (1977), Hecuba, B. (1970), Boumpadre, A. (1978), Fustioni, P. (1979), Erikson, E. (1986), concuerdan que los trastornos en la esfera afectiva (Depresión) se presentan con mayor relevancia después de los 65 años de edad.

Así mismo se difiere de la investigación hecha por Elder, J. y Patricia L. (1979), con residentes en una casa para ancianos, aplicándoles el Inventario de Depresión de Beck, antes y después de un tratamiento de terapia grupal, no encontrando diferencia significativas.

En la Autoestima no se encontró diferencia significativa entre las variables, sexo, estar o no Institucionalizado y el ser o no jubilado, concordando con Nelson, P. (1989), quien no



encontró efecto significativo entre características demográficas de ancianos institucionalizados con el grado de Autoestima.

Del mismo modo Dougherty, D. (1985), investigó dos muestras formadas por sujetos mayores de 65 años en diferentes medios ambientes: estando Institucionalizado y No Institucionalizado, aplicándoles una escala de Autoestima, encontrando que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos.

A diferencia de Lee, G., Shehan, C. (1989), quienes reportan una diferencia significativa entre las variables Sexo, Estado Civil y el estar Jubilado o no, con el grado de Autoestima entre dos grupos con una edad mayor a 55 años.

Como se ha demostrado en general, las investigaciones concuerdan que la Depresión aparece con más significancia después de los 65 años y sobre todo si el sujeto no está estimulado afectivamente o si se encuentra recluido en alguna Institución, notándose marcadamente en los sujetos de sexo masculino.

Con respecto a la Autoestima la mayoría de los estudios no presentan significancia con el grado de la Autoestima y una gama extensa de variables como el Sexo, el ser Jubilado o no, el estar o no Institucionalizado, el tener diferente estado Civil, o ser de un Núcleo socio-económico diferente.

#### - CONCLUSIONES.-

Investigando la correlación entre el nivel de la Depresión y el Grado de la Autoestima, con las variables Sexo, estar o no Institucionalizado, y ser o no Jubilado encontramos que:

La Depresión aparece notablemente entre los ancianos hombres institucionalizados, sin importar si son o no Jubilados, pero la Autoestima en los ancianos se mantiene estable sin afectarle con que variables se correlacione.

**- SUGERENCIAS.-**

Para darle una adecuada estructura Psicogeriátrica a la asistencia de los ancianos, se sugiere lo siguiente:

- 1.- En los Ancianos Sanos que son dependientes económicamente, se puede fomentar por medio del Gobierno Federal la construcción de: asilos, comedores comunales, apoyo médico y psicológico comunitario, clubes diurnos, etc. Los cuales podrían ser también financiados en forma de grupos empresariales.
- 2.- Para los Ancianos Autosuficientes económicamente: crear residencias de descanso, fomentar la creación de casas y apartamentos con una elaboración arquitectónica especialmente para las necesidades de los ancianos.
- 3.- Para los Ancianos con Enfermedades menores: la creación de casas de reposo especializadas en atenciones Geriátricas, hospitales diurnos, casas de salud para convalecientes o centros de rehabilitación para gerontes.
- 4.- Para Ancianos con Enfermedades Crónicas o mayores: clínicas y hospitales geriátricos.
- 5.- Para ancianos con Invalidez física: centros especializados en Fisioterapia geriátrica.
- 6.- Para Ancianos con Invalidez psíquica: un Centro Psicológico especializado en Geriatría.

Con tal de sensibilizar sobre la problemática de la vejez, sería necesario hacer promociones para fomentar la salud física y mental del viejo mediante una educación sanitaria,

propiciar estilos de vida saludables, la estimulación de actividades físicas, mentales y recreativas, etc., favoreciendo el sentimiento de utilidad. Promover cursos de preparación para la jubilación, informar de asistencias que la gente mayor pueda recibir. Esta sensibilización tendría que extenderse a todos los profesionales de la salud, a la población en general, al anciano y a su familia.

La prevención y la profilaxis en Psicogeriatría son aspectos básicos dentro de una red asistencial, es por eso que sería necesario identificar los grupos de alto riesgo: edad muy avanzada, ancianos que viven solos, ancianos que viven aislados socialmente ancianos con una falta importante en recursos económicos, con minusvalías deficiencias, disfunciones, etc., y realizar exámenes de salud integrales para detectar precozmente cualquier tipo de trastorno psiquiátrico.

En el ámbito académico deberían establecerse asignaturas relacionadas con la psicogeriatría en los cursos de Psicología, o crear un diplomado en ésta especialización.

También es importante hacer una investigación acerca de cómo es vivenciada, y en qué medida y debido a qué causas de orden inconsciente, la importancia del hombre ante la muerte, e investigar la forma de estimular la aceptación de uno mismo y hacer entender éste único ciclo de vida, como algo que debería ser y que necesariamente no permite sustitución alguna.

#### **- LIMITACIONES.-**

Los ancianos son una población de aceptación cálida y con deseos de hablar y ser escuchados. en la aplicación de los instrumentos, varios de los sujetos se mostraron renuentes

por una notable falta de estimulación para dirigir su atención hacia una sola actividad y la pérdida de la habilidad de concentración para entender la lógica de las preguntas. Se encontró visiblemente la pérdida de la memoria reciente y por ende la pérdida de la coherencia de los sucesos de su vida. En la aplicación de la escala de Depresión (Beck), al hacerle una pregunta sobre la soledad o pérdida de su familia, por lo general los ancianitos, empezaban a recordar su vida pasada con gran angustia al grado de llorar prolongadamente, y ésto hacia que se retrasara la aplicación del instrumento.

Esto sería lo más significativo, por lo demás es una población cordial y entusiasta para participar en cualquier evento.

Sería prudente establecer investigaciones encaminadas a esclarecer variables de tipo emocional, como las señaladas en párrafos anteriores.

**ANEXOS**

## **A N E X O S**

### **Anexo 1**

#### **GUIA DE ENTREVISTA**

- 1) **SALUDO.-** Saludar a la persona que se va entrevistar.
- 2) **PRESENTACION.-** Presentarse y decir de parte de que institución o asociación venimos.
- 3) **EXPLICAR EL MOTIVO DE LA VISITA.-** Explicar que se esta realizando una investigación en la senectud y deseamos hacerle unas preguntas.
- 4) **MOTIVACION.-** Motivar al entrevistado explicándole que los resultados de esta investigación se aplicarán para el diseño de programas de actividades sociales, culturales, etc., para mejorar las condiciones de vida de los ancianos.
- 5) **RAPPORT.-** Crear un ambiente de confianza y hacer que la entrevista resulte agradable.
- 6) **APLICACION DEL REGISTRO DE DATOS.-** (anexo 2).
- 7) **APLICACION DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA.-** (anexo 3).
- 8) **APLICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION.-** (anexo 4).
- 9) **AGRADECIMIENTO DE LA COLABORACION.**
- 10) **RETROALIMENTACION.-** Preguntar si ya había participado anteriormente en entrevistas similares.
- 11) **DESPEDIDA.**

Anexo 2

**REGISTRO DE DATOS**

Nº DE SUJETO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ Nº DE HIJOS \_\_\_\_\_

**ACTUALMENTE VIVE:**

A) CON SU FAMILIA (Especifique con quien). ( )

B) EN INSTITUCION O ASILO. ( )

C) SOLO. ( )

- ES JUBILADO SI( ) NO( )

A PARTIR DE CUANDO \_\_\_\_\_

- ES PENSIONADO SI( ) NO( )

A PARTIR DE CUANDO \_\_\_\_\_

POR QUIEN: \_\_\_\_\_

- OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_

- RECIBE ALGUN PAGO POR LA OCUPACION: SI( ) NO( ).

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anexo 3

ESCALA DE AUTOESTIMA

1.- Soy una persona con muchas cualidades.

A N D

2.- Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.

A N D

3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo.

A N D

4.- Casi siempre me siento seguro de lo que pienso.

A N D

5.- En realidad no me gusto a mi mismo.

A N D

6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.

A N D

7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mi.

A N D

8.- Soy bastante feliz.

A N D

9.- Me siento orgulloso de lo que hago.

A N D



10.- Poca gente me hace caso.

A N D

11.- Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera.

A N D

12.- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.

A N D

13.- Casi nunca estoy triste.

A N D

14.- Es muy difícil ser uno mismo.

A N D

15.- Es fácil que yo le caiga bien a la gente.

A N D

16.- A veces desearía ser más joven.

A N D

17.- Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo.

A N D

18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer.

A N D

19.- Con frecuencia desearía ser otra persona.

A N D

20.- Me siento bastante seguro de mi mismo.

A N D

Apexo 4

INVENTARIO DE BECK

En éste cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
  
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro.  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
  
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
  
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
  
- 5)  Me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6)  No siento que será castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que será castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mi mismo.
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
 Quisiera suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10)  No lloro más que de costumbre.  
 Lloro más que antes.  
 Lloro todo el tiempo.  
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11)  Ahora no estoy más irritable que antes.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado todo el tiempo.  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12)  No he perdido el interés en la gente.  
 No me interesa la gente como antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
 Tengo más interés en la gente que antes.
- 13)  Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 Se me dificulta tomar decisiones.  
 No puedo tomar decisiones en nada.

- 14) \_\_\_ No siento que me vea más feo que antes.  
 \_\_\_ Me preocupa que me vea viejo y feo.  
 \_\_\_ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.  
 \_\_\_ Creo que me veo horrible.
- 15) \_\_\_ Puedo trabajar tan bien como antes.  
 \_\_\_ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.  
 \_\_\_ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 \_\_\_ No puedo trabajar para nada.
- 16) \_\_\_ Duermo tan bien como antes.  
 \_\_\_ No duermo tan bien como antes.  
 \_\_\_ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.  
 \_\_\_ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) \_\_\_ No me canso más de lo habitual.  
 \_\_\_ Me canso más fácilmente que antes.  
 \_\_\_ Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 \_\_\_ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) \_\_\_ Mi apetito es igual que siempre.  
 \_\_\_ Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 \_\_\_ Casi no tengo apetito.  
 \_\_\_ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) \_\_\_ No he perdido peso o casi nada.  
 \_\_\_ He perdido más de 2.5 kilos.  
 \_\_\_ He perdido más de 5 kilos.  
 \_\_\_ He perdido más de 7.5 kilos.  
 (Estoy a dieta SI NO)
- 20) \_\_\_ Mi salud no me preocupa más que antes.  
 \_\_\_ Me preocupan molestias como: dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento.  
 \_\_\_ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.  
 \_\_\_ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) \_\_\_ Mi interés por el sexo es igual que antes.  
 \_\_\_ Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
 \_\_\_ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 \_\_\_ He perdido completamente el interés en el sexo.

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1911). Citado en Mendels, J. (1982). LA DEPRESION. México. Edit. Herder.
- Adler, A. (1927). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Aloia, A. (1976). LAS RELACIONES ENTRE OPCIONES DE PRIVACIDAD PERCIBIDAS, AUTOESTIMA Y CONTROL INTERNO ENTRE GENTE ANCIANA. Los Angeles, CA. Dissertation Abstracts International Ann Arbor, MI. U. M. films. No. 74-7922. 144p. Cal. School of Professional Psychology.
- Allport, G. (1958). Citado en Fraise, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidos.
- Arias, F. (1981). ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS. México. Edit. Trillas.
- Arieti, S.; Bemporad, J. (1990). PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION. México. Edit. Paidos.
- Ayuso, J.L. (1979). Citado en Calderon, G. (1989). II SEMINARIO DE ASISTENCIA SOCIAL AL ANCIANO México. DIF-INSEN.
- Ayuso, J.L. y Saiz, J. (1981). LAS DEPRESIONES. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. España. Edit. Interamericana.
- Baldessarini, R. (1986). LAS BASES BIOMEDICAS DE LA DEPRESION Y SU TRATAMIENTO. México. Edit. La Prensa Médica.
- Barron, F. (1953). Citado en Fraise, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidos.
- Beck, A. (1967). Citado en Arieti, S.; Benporad, J. (1990). PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION. México. Edit. Paidos.
- Beck, A. (1961). citado en Gallagher, D. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Palo Alto, Ca. Review of its Development and Utility. Clinical Gerontologist, Vol. 5 (1/2), Jun. pg. 149-163.

- Benkert, O. (1981). RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO. Alemania. Edit. Hoechst, A.
- Berkey, D.; Call, R.; Loupe, M. (1985). ORAL HEALTH PERCEPTIONS AND SELF ESTEEM IN NON INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS. New York, U.S.A. Rev. Gerodontology, Vol. 1(5), pg. 213-216.
- Bibring, E. (1953). Citado en Mendels, J. (1982). LA DEPRESION. México. Edit. Herder.
- Bleichmar, H. (1978). LA DEPRESION: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires. Edit. Nueva Visión.
- Blazer, D. y Williams, C. citados en: Ayuso, J.L. y Sainz, J. (1981). LAS DEPRESIONES. España, Edit. Interamericana.
- Boder, N. (1985). RECUERDOS VAGOS EN TERAPIA GRUPAL DE AUTOVALORACION. Nueva York. Rev. Geriátrica.
- Boumpadre, A. (1978). PSICOTERAPIA EN ANCIANOS. México. Universidad Iberoamericana.
- Bruner, J. y Postman, L. (1948). Citados en Fraisse, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD, buenos Aires. Edit. Paidós.
- Calderon, G. (1984). DEPRESION EN LA TERCERA EDAD. II Seminario de Asistencia Social Al Anciano. México. DIF-INSEN.
- Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Cameron, E. (1942). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Canal, G. (1981). ENVEJECIMIENTO NO ES DETERIORARSE. Madrid, España. Edit. Paraninfo.
- Carrel, A. (1912). citado en: Boumpadre, A. (1978). PSICOTERAPIA EN ANCIANOS. México. Universidad Iberoamericana.
- Casals, I. (1982). SOCIOLOGIA DE LA ANCIANIDAD. España. Edit. Mesquita.
- Cooley, Ch. (1902). Citado en Krech, D. (1965). PSICOLOGIA SOCIAL. Madrid. Edit. Biblioteca Nueva.

- Coopersmith, S. (1967). THE ANTECEDENTS OF SELF ESTEEM. San Francisco, Ca. Edit. W. H. Friemand.
- Compton, C. (1986). MODELOS CLINICOS-EXPERIMENTALES DE LA DEPRESION. Universidad Iberoamericana.
- De La Fuente, R. (1984). DEPRESION. México. Rev. de Salud Mental. Vol. 7(1). Edit. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Deutsch, M. y Krauss, R. (1974). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num. 2, pg. 274-289.
- Downie, R. (1972). Citado en Kerlinger, F. (1975). INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. México. Edit. Nueva Interamericana.
- Dougherty, D. (1985). EL EFECTO DEL MEDIO AMBIENTE EN LA AUTOESTIMA EN ANCIANOS. Illinois. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics. FA. Vol. 4(1). p.p. 21-31. Progress Resources Ctr. Decatur.
- Elder-Jucker, P. (1979). LOS EFECTOS DE TERAPIA DE GRUPO EN AUTOESTIMA, INTERACCION SOCIAL Y DEPRESION DE MUJERES RESIDENTES EN UNA CASA PARA ANCIANOS. Dissertation Abstracts International 39(11):5514-B. Ann Arbor, U. Microfilms. No. 7910046. 88p. Temple University.
- Endicott, C. y Spitzer, F. (1978). Citado en Gallagher, S. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Palo Alto, Ca. Review of its Development and utility. Vol. 5(1/2), Jun. pg. 149-163. Edit. Clinical Gerontologist.
- Erikson, E. (1974). INFANCIA Y SOCIEDAD. Argentina. Edit. Hormé.
- Erikson, E. (1986). LA ADULTEZ. México. Edit. Fondo de Cultura Económica
- Everett, G. y Toman, J. (1959). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Ey, H.; Bernard, P. (1980). TRATADO DE PSIQUIATRIA. Barcelona. Edit. Toray-Masson, S.A.
- Fann, W. (1977). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.



- - Feuerlein, W. (1971). Citado en Benkert, O. (1981). RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO. Alemania. Edit. Hoechst, A.
- - Finish, C. (1977). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.
- - Fisher, S. (1964). Citado en Fraisse, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- - Fraisse, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- - Freud, S. (1905). TRES ENSAYOS PARA UNA TEORIA SEXUAL. España. Obras completas. Tomo II. Edit. Biblioteca Nueva.
- - Freud, S. (1915; 1923). LO INCONSCIENTE. EL YO Y EL ELLO. España. Obras completas. Tomos II y III. Edit. Biblioteca Nueva.
- - Freud, S. (1917). DUELO Y MELANCOLIA. España. Obras completas. Tomo II. Edit. Biblioteca Nueva.
- - Freud, S. (1922). OBSERVACIONES SOBRE EL INCONSCIENTE. España. Obras completas. Tomo III. Edit. Biblioteca Nueva.
- - Freud, S. (1930). EL MALESTAR EN LA CULTURA. España. Obras completas. Tomo III. Edit. Biblioteca Nueva.
- - Fry, P. (1984). DEVELOPMENT OF A GERIATRIC SCALE OF HOPELESSNESS: IMPLICATIONS FOR CAUSELING AND INTERVENTION WITH THE DEPRESSED ELDERLY. U.S.A. Journal of causeling Psychology. Vol. 31(3), pg. 322-331.
- - Fuentes, A. (1978). SALUD Y VEJEZ. México. Edit. Caballito.
- - Fustioni, P. (1979). LA TERCERA EDAD. Argentina. Edit. La Prensa Médica.
- - Gallagher, D.; Nies, L.; Thompson, B. (1982). Citados en Gallagher, D. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Palo Alto, Ca. Review of its Development and utility. Vol. 5(1/2), Jun. pg. 149-163. Edit. Clinical Gerontologist.
- - Gallagher, D.; Beckenridge, P.; Ateinmetz, A. ; Thompson, B. (1983). Citados en Gallagher, D. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Palo Alto, Ca. Review of its Development and utility. Vol. 5(1/2), Jun. pg. 149-163. Edit. Clinical Gerontologist.

- Gallagher, D. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Palo Alto, Ca. Review of its Development and utility. Vol. 5(1/2), Jun. pg. 149-163.  
Edit. Clinical Gerontologist.
- Gamietea, C. (1985). EL AISLAMIENTO EN LOS ANCIANOS. México. Universidad Iberoamericana.
- Gendel, E. (1986). SELF ESTEEM AND SEXUALITY IN OLDER PATIENTS WITH CANCER. New York. Oncology Journal. Num. 20, pg. 166-172.
- Giles, D.; Shaw, B. (1987). BECK'S COGNITIVE THEORY OF DEPRESSION: Convergence of Constructs. Toronto. Comprehensive Psychiatry, Vol. 28, No. 5 (Sep.-Oct.). pg. 416-427.
- Giron, M. (1986). LIBERACION DE LA VEJEZ. Guatgemala. Edit. La Antigua.
- Goffman, E. (1967). Citado en Kaufman, H. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Gold, P.; Goodwin, M.; Chrousos, G. (1988). CLINICAL AND BIOCHEMICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSION. Relation to the Neurobiology of Stress. Inglaterra. The New England Journal of Medicine. Aug. Vol. 319. Num. 6, pg. 348-353.
- Gold, P.; Goodwin, M.; Chrousos, G. (1988). CLINICAL AND BIOCHEMICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSION. Relation to the Neurobiology of Stress. Inglaterra. The New England Journal of Medicine. Aug. Vol. 319. Num. 7, pg. 413-420.
- Goldman, H. (1987). PSIQUIATRIA GENERAL. México. Edit. Trillas.
- Gottschaldt, W. (1954). Citado en Fraisse, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Harry, K. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Hecuba, B. (1970). ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ANCIANO. México. Universidad Autónoma de México.
- Hofling, Ch. (1974). TRATADO DE PSIQUIATRIA. Edit. Interamericana.
- Horden, A. (1965). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.

- Horney, K. (1950). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Horowitz, E. (1935). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num. 2, pg. 274-289.
- Inghman, J.; Kreitman, N.; Miller, P.; Sashidharam, A.; Surtees, P. (1986). SELF ESTEEM, VULNERABILITY AND PSYCHIATRIC DISORDER IN THE COMMUNITY. New York, U.S.A. Psychiatry Journal, Num. 148, pg. 375-385.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA. México. INEGI.
- James, W. (1890). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Jourard, S. y Remi, R. (1955). Citado en Fraise, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Kallman, F. (1950). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Katell, R. (1957). Citado en Fraise, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Kaufman, H. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Kehmanns, V. (1971). Citado en Benkert, O. (1981). RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO. Alemania. Edit. Hoechst, A.
- Kelly, G. (1955). Citado en Fraise, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Kendell, R. y Post, F. (1973). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Kerlinger, F. (1975). INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. México. Edit. Nueva Interamericana.

- Kernberg, O. (1987). TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. México. Edit. Manual Moderno.
- Kidman, A. (1985). ASPECTOS NEUROQUÍMICOS Y COGNOSITIVOS DE LA DEPRESION. Gran Bretaña. Rev. Progresos en Neurobiología.
- Kielholz, P. (1966). Citado en Hofling, Ch. (1974). TRATADO DE PSIQUIATRIA. España. Edit. Interamericana.
- Kleiber, E. y Broverman, D. (1979). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.
- Klein, M. (1948). Citada en Mendels, J. (1982). LA DEPRESION. México. Edit. Herder.
- Kraepeling, E. (1911). Citado en Wolff, W. (1976). INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA. México. Edit. F.C.E.
- Krause, N. (1987). APOYO SOCIAL, AUTOESTIMA Y DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. U.S.A. Psychology & Aging, Dec. Vol. 2(4) pg. 349-356. U. Michigan School of Public Health, Health Gerontology Program Ann Arbor.
- Krench, D. (1965). PSICOLOGIA SOCIAL. Madrid. Edit. Biblioteca Nueva.
- Langle, E. (1926). Citado en Ayuso, J.L. (1981). LAS DEPRESIONES. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. España. Edit. Interamericana.
- Le Poncin, M. (1986). AGE AND LEARNING. EXPERIMENTAL AND CLINICAL ASPECTS. France. Gerontology. Vol. 32. Suppl. 1. pg. 53-59.
- Lecky, P. (1945). Citado en Kaufman, H. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Lee, G.; Shehan, C. (1989). RELACIONES SOCIALES Y LA AUTOESTIMA EN ANCIANOS. U.S.A. U. Florida. Research on Aging, Dec. Vol. 11(4) pg. 427-442.
- Lehr, U. (1977). PSICOLOGIA DE LA SENECTUD. Boon, Alemania. Edit. Biblioteca de Psicología Herder.
- Lindgren, H. (1972). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num. 2, pg. 274-289.

- Lindgren, H. (1978). INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. México. Edit. Trillas.
- Long, V. (1986). RELATIONSHIP OF MASCULINITY TO SELF ESTEEM AND SELF ACCEPTANCE IN FEMALE PROFESSIONALS, COLLEGE STUDENTS, CLIENTS AND VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE. U.S.A. Psychologic Clinic Consult Journal. Jun. 54(3). pg. 323-327.
- Marx, C. (1867). citado en Giron, M. (1986). LIBERACION DE LA VEJEZ. Guatemala. Edit. La Antigua.
- Master, W. y Johnson, W. (1967). LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. Argentina. Edit. Interamericana.
- McDougall, W. (1933). Citado en Shibutani, T. (1971). SOCIEDAD Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Centro Regional de Ayuda Técnica.
- McGuigan, F. (1984). PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. Enfoque metodológico. México. Edit. Trillas.
- Mead, G. (1934). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Mead, M. (1975). ANTROPOLOGIA. LA CIENCIA DEL HOMBRE. Buenos Aires. Edit. Siglo Veinte.
- Meier, L. (1977). MODOS DE PRIVACION Y AUTOESTIMA ENTRE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. Los Angeles, Ca. Gerontologist 17(5, Part.1):99.
- Mendels, J. (1982). LA DEPRESION. México. Edit. Herder.
- Mussen, P. (1967). Citado en Kaufman, H. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Natsuolas, T. y Dubanoski, R. (1964). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Nelson, P. (1989). APOYO SOCIAL, AUTOESTIMA Y DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. U.S.A. Austin. U. Texas. Issues in Mental Health Nursing. Win. Vol. 10(1). pg. 55-68.

- Nelson, P. (1990). ORIENTACIÓN RELIGIOSA INTRINSECA/EXTRINSECA DE LOS ANCIANOS. RELACION ENTRE DEPRESION Y AUTOESTIMA. U.S.A. U. Texas School of Nursing. *Journal of Gerontological Nursing*, Feb. Vol. 16(2) 29-35.
- Neshkes, R.; Jarvik, L. (1986). DEPRESSION IN THE ELDERLY: Current management concepts. E.U., *Rev. Geriatrics*. Vol. 41, No. 9, pg. 51-56.
- Newcomb, T. (1964). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. *Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología*. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Nies, A. (1976). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.
- Nnewiwe, O. (1986). TIFEECT AND EDUCATIONAL INTERVENTION ON AGEISM AND NURSING CARE. New York. *Dissertation abstracts International Marchwel*. Vol. 46, (9-B), pg. 3007.
- Oficina Internacional del Trabajo (1982). Austria, V. Citado en Girón, M. (1986). LIBERACION DE LA VEJEZ. Guatemala. Edit. La Antigua.
- Parent, C.; Whall, A. (1984). ARE PHYSICAL ACTIVITY, SELF ESTEEM AND DEPRESSION RELATED. California. *Gerontology Journal Nurs. Sep.* Vol. 10(9), pg. 8-11.
- Paillat, P. (1971). SOCIOLOGIA DE LA VEJEZ. España. Edit. Vlassar de Mov.
- Patiño, J.L. (1980). PSIQUIATRIA CLINICA. México. Edit. Salvat.
- Perlmutter, M. (1989). AGING AND MEMORY. New York. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Vol. 7, pg. 1-43. Edit. Schale.
- Petrilowitch, N. (1964). Citado en Ayuso, J.L. (1981). LAS DEPRESIONES. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatológicas y terapéuticas. España, Edit. Interamericana.
- Pick, S. (1986). COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. México. Edit. Trillas.
- Pitts, N. (1969). Citado en Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México. Edit. Trillas.
- Proshansky, H.; Seidenberg, B. (1973). ESTUDIO BASICO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL. Madrid. Edit. Tecnos.

- Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num. 2, pg. 274-289.
- Research Diagnostic Criteria. (RDC). (1978). Citado en Gallagher, D. (1986). THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND OLDER ADULTS. Review of its Development and Utility. Palo Alto, Ca. Clinical Gerontologist, Vol. 5(1/2), Jun. pg. 149-163.
- Rogers, K. (1972). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Sartechi, P. (1973). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Scott, T. (1963). Citado en Fraisse, P. (1973). MOTIVACION, EMOCION Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Schachter, S. (1967). SOCIAL PRESSURES IN INFORMAL GRUPS. Stanford, Ca. Stanford University.
- Sheriff, M. (1966). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Shibutani, T. (1971). SOCIEDAD Y PERSONALIDAD. Buenos Aires. Centro regional de ayuda técnica.
- Siipola, E. (1935). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num.2, pg.274-289.
- Slater, E. (1953). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- Sullivan, H. (1953). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol.1, Num. 2, pg. 274-289.
- Tienari, P. (1963). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.
- The Boston Society for Gerontologic Psychiatry (1980). Citado en Calderon, G. (1989). DEPRESION. Causas, manifestaciones y tratamiento. México. Edit. Trillas.

- Uribe, V. (1989). PSICOFARMACOLOGIA. México, Edit. Trillas.
- Valdes, M. y Cols. (1988). MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (DSM-III-R). Barcelona. American Psychiatric Association. Edit. Masson, S.A.
- Vallejo, J. (1979). INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA. México. Edit. Científica Médica.
- Weisman, L. (1885). Citado en Fuentes, A. (1978). SALUD Y VEJEZ México. Edit. El Caballito.
- Witkin, H. (1954). Citado en Reidl, L. (1981). ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO. México. Rev. de la Asociación Latinoamericana de Psicología. Vol. 1, Num. 2, pg. 274-289.
- Whiting, J. (1959). Citado en Kauffman, H. (1977). INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. México. Edit. Manual Moderno.
- Wolff, W. (1976). INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA. México. Edit. Fondo de Cultura Económica.