



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL SUICIDIO EN LA POBLACION ANCIANA
INSTITUCIONALIZADA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
OLGA PALMA MENDEZ

Asesor: Mtra. Fayne Esquivel Ancona
Director de la Facultad: Dr. Juan José Sánchez Sosa

México, D. F.

Octubre, 1993

TESIS CON
FALLA LE CR.GEN



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

<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>CAPITULO I .METODO</u>	8
Preguntas de investigación	8
Objetivo	8
Hipótesis	9
Justificación	9
Descripción de fundamentos	12
Método	13
<u>CAPITULO II "EL ANCIANO"</u>	14
Definición de vejez y envejecimiento	15
Teoría biogerontológica	15
Teoría de la mutación somática	16
Teoría del error	16
Teoría del programa del envejecimiento	16
Los cambios biológicos	17
Sistema cardiovascular	17
Sistema gastrointestinal	18
Sistema escretor	18
Sistema endócrino	19
Cambios cerebrales	19
Los cambios Psicológicos	20
Personalidad del anciano	25
El punto de vista psicodinámico	28
Mecanismos defensivos	32
Teoría eogenética	35
Los cambios sociales	39
El anciano en su entorno social	43
Vida laboral	43
La jubilación	50
El aspecto económico	52
La familia	54
Modelos teóricos que explican la adaptación a la tercera edad	59
<u>CAPITULO III. "EL SUICIDIO"</u>	61
Definición	62
Teoría biológica	65

El punto de vista Psicodinámico	66
Mecanismos de defensa en el suicida	75
El punto de vista social del suicidio	76
Suicidio en la tercera edad	87
CAPITULO IV. <u>EL ASILO</u>	99
Definición.	100
Ambiente Intitucional	101
Características de las instituciones	102
El mundo del interno.	103
Multiplicación de las reglas impuestas.	107
CAPITULO V. <u>ANALISIS CUALITATIVO DE LA INFORMACION DEPRESION SUICIDIO.</u>	112
Descripción de los cuadros.	113
Investigaciones de la Depresión-Suicidio.	113
Frecuencia de síntomas de Depresión-Suicidio.	114
Cuadro comparativo de síntomas Depresión-Suicidio.	114
Cuadro I.	115
Cuadro II.	131
Cuadro III.	139
Cuadro IV.	147
Cadro V.	154
ANALISIS Y DISCUSION	157
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	169
GLOSARIO	172
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	183

INTRODUCCION

En la tercera edad, el suicidio representa un alto riesgo, en comparación con cualquier otro grupo de edad. En Estados Unidos, el National Center for Health Statistics indica que los índices de suicidio para la población en general dentro del ciclo 1970-1980, se ha incrementado de 11.6 a 11.9 por cada 100 mil personas en promedio. Durante este periodo se presentaron 287,322 suicidios, es decir, uno cada veinte minutos aproximadamente. De estos, las personas de tercera edad representan el 25 por ciento. (Kirsling,R;1986).

En estudios realizados por Merrill, J. y Owens, J. (1990) se afirma que el mayor intento de suicidio se presenta en personas mayores de 65 años.

La muerte por suicidio representa un tema escabroso si analizamos los continuos cambios (biológicos, psicológicos y sociales) a los que se enfrenta el anciano, tales como pérdida de memoria y agilidad física, artritis, jubilación y pérdida del rol social, entre otros. La población experimenta un proceso de envejecimiento normal que cuando no se está preparada para éste generan en el individuo "angustia", la cual en un momento dado no pueda manejar.

En México los estudios sobre suicidio en ancianos son escasos, pues de la investigación realizada sólo se encontró un estudio, que se aboca directamente al tema. Dicha situación sorprende y preocupa ya que estamos hablando de un problema social de gran magnitud que no puede permanecer oculto.

Una de las posibles causas que nos puedan explicar esta escases de estudios radica posiblemente en que estamos hablando de temas tabú de gran fuerza y que confrontan al individuo. Por ejemplo; al hablar de vejez-suicidio y asilo, encontramos en estos tres un factor en comun: "la muerte". Esto se entendera mejor de la siguiente manera, vejez es la última etapa de la vida que culmina con la muerte y el asilo representa la "antesala de la muerte", por lo que podriamos concluir, "el hablar de la muerte nos confronta con nuestra propia muerte" (Velasco, I. 1965)

Todo esto obliga a llevar a cabo un trabajo estructural que hable del suicidio en ancianos institucionalizados, lo cual permitirá tener un documento con toda la información relevante sobre este tema. Por lo cual; el principal objetivo de este trabajo es (después de una primera revisión, análisis e integración de documentos) contribuir y aportar ideas sobre el área gerontológica para que las nuevas generaciones, cuenten con una información real sobre el fenómeno del suicidio en los ancianos acogidos en establecimientos públicos o privados(asilos).

Esta tesis comprende 7 apartados, que son:1)Método,2)El anciano,3)El suicidio,4)El asilo,5)Análisis cualitativo de la información Depresión-Suicidio,6)Análisis y discusión y 7) Limitaciones y sugerencias.

En el capítulo I, se realiza una presentación del método, así como todas aquellas inquietudes, técnicas y procedimientos para su elaboración, cuyo formato está realizado en base al manual de tesis para investigación documental. Después de marcar la técnica a seguir, se centra la atención en el cuerpo de la tesis que presenta una revisión del proceso de la vejez y los factores que intervienen en ella, como son el biológico, el psicológico y el social a saber:

En el *área biológica* observamos cambios relacionados con la apariencia física (el cabello, las uñas, la piel, etc.), así como los cambios internos que hablan de la disminución en la capacidad funcional de un órgano. Estos cambios son sensibles a todo individuo porque es algo con lo que se convive todo el tiempo; "nuestro cuerpo". A su vez el individuo experimenta modificaciones a nivel de la capacidad intelectual, aspecto que se relaciona con el *área psicológica*. La capacidad intelectual ha sido muy cuestionada y se afirma que en la vejez esta sufre una modificación, más que desaparecer. Esta afirmación tiene una relación directa con la teoría de la "Inteligencia General" que nos explica la existencia de dos tipos de inteligencia que son: la fluida y la cristalizada.

Pero este es sólo un aspecto en lo que se refiere a la psicología de la vejez, la formación de la personalidad es otro punto esencial en esta área. Su estructura va a estar sujeta directamente a factores hereditarios como aprendidos del individuo y no a una etapa en sí, sería fácil pensar que la personalidad va a cambiar llegando los 60 años edad siendo que esta es la misma, producto de toda una vida. Lo que permite decir, que las formas de comportamiento de cada individuo son inherentes a su ciclo vital y que por lo mismo sus mecanismos de adaptación a los cambios son los que se han dado a a sus 20, 30 o 40 años de edad.

Se puede hablar de tipos de personalidad en la vejez, pero esto solo sería algo explicativo y no contundente. Se dice que un anciano mantiene conductas infantiles, lo cual se refiere a la adopción de pautas de comportamiento anterior que fueron gratificantes para el individuo (regresiones). Podríamos también encontrar en ancianos una conducta muy rígida, que no implican la adopción o cambio hacia una rigidez, sino que podría explicarse como respuesta hacia una amenaza.

En el aspecto social nuestra sociedad impone reglas y normas a las cuales los individuos se tienen que sujetar. "El día de hoy soy un hombre que puede tener trabajo en una empresa, pero mañana solo sere un anciano próximo a jubilarse" y que formara parte de un grupo tratado peyorativamente y no de júbilo como debería ser.

Ante estos cambios biopsicosociales, el anciano experimenta estados de ánimo que influyen sobre su conducta y su persona, que en algunos casos lleva a una decisión desesperada, posiblemente relacionada con la falta de deseos de vivir, en donde el senecto se deja morir y no hace nada por remediarlo. Esto se entenderá como suicidio pasivo, todo esto conformado dentro del capítulo III de este trabajo.

Aquí se revisa teóricamente el fenómeno del suicidio, desde un punto de vista holístico (que incluyen teorías biológicas psicodinámicas y sociales).

En las teorías biológicas se habla de la asociación de anomalías neuroendócrinas en neurotransmisores y receptores los cuales se han mantenido asociados a la conducta suicida. Por su parte la teoría Psicodinámica, ha tenido sus aportaciones dentro de este tema con autores como ;Sigmund Freud, Garma, Abadi y otros. De acuerdo con la teoría de Freud el suicidio constituiría el producto del instinto tanático no adecuadamente elaborado, no dirigido hacia afuera o no amalgamado convenientemente con los instintos de vida.

Angel Garma (1987) hace una revisión sobre el suicidio, llegando a las siguientes afirmaciones: 1) el suicidio es un fenómeno psicológico provocado por una serie de factores entre los que se destacan los del ambiente. Garma comenta, que cuando el individuo pierde a una persona amada o tiene un quebranto económico, el individuo lo observa como una pérdida irreparable.

En esta revisión también se contemplan los mecanismos defensivos propios del suicida, así como el suicidio en el individuo anciano. En este aspecto se tuvo que retomar el problema de la depresión como un elemento necesario para el estudio del suicidio en la vejez, asimismo; se analizan los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el problema del suicidio en la vejez.

Por último se introduce un capítulo que tiene como propósito analizar las investigaciones que se relacionan con la Depresión y el Suicidio, por ser esta parte vital del estudio, que en forma inicial no había sido contemplada. Este análisis tiene interés en mostrar las tendencias en cuanto al estudio de la depresión y el suicidio y una comparación de las fallas técnicas de las investigaciones que se relacionan con dichos temas.

En el capítulo IV se hablara de las características de los asilos en cuanto a la atención que proporcionan a los ancianos, así como de las reglas que imponen estos y que limitan su interacción con el mundo externo. Encontramos así una institución (asilo) que maneja grandes conglomerados humanos a los cuales mutila, a través de situaciones tales como: 1)prohibirles hacer llamadas,2) comprar objetos personales y 3) obligarlos a ejecutar las órdenes de una autoridad que más que actuar en beneficio del asilado lo hace a favor de otros intereses. De tal forma que el anciano es un objeto más, que es maltratado.

El papel que tiene el personal (administrativo y médico) dentro de un asilo, es un factor determinante en la adaptación del anciano, por lo que una actitud negativa de parte del personal provoca una cadena de sentimientos frustrantes para el senecto, mismos que lo llevan al aislamiento y la muerte.

Muchos ancianos son abandonados en los asilos por sus familiares, quienes los ven como una carga para ellos, es así como los asilos se convierten en un depósito donde los ancianos hacen la voluntad de otros, lo cual les genera depresiones que pueden acabar con la vida del anciano.

En el capítulo V encontramos un análisis que de las investigaciones que se relacionan con la depresión y el suicidio, por ser está, parte vital del estudio, que en forma inicial no había sido contemplada. Este análisis tiene interés de demostrar las tendencias en cuanto al estudio de la depresión y el suicidio haciendo una comparación de las fallas técnicas de las investigaciones que se relacionan con dichos temas.

Todo lo anterior sirve de marco para revisar y realizar un análisis y discusión de toda la información, encontrandose por ejemplo: que el 75% por ciento de las Investigaciones ,alrededor del tema de la depresión corresponden a trabajos a nivel Internacional , mientras que México solo tiene una participación del 25% .

Para finalizar, se observa que el tema se muestra arido, por la escases de material bibliografico hacerca del suicidio que comparado con el de depresión la relación es de 20-14. En donde una de estas solo es de Suicidio en ancianos institucionalizados.

Por este motivo, el presente estudio se aboca a una investigación documental del problema del *"Suicidio en Ancianos Institucionalizados"*.

CAPITULO I. "METODO"

Preguntas de Investigación.

1. ¿Cuáles son las condiciones biopsicosociales del anciano antes de ingresar a una institución?
2. ¿De qué manera influye la institucionalización en el anciano?
3. ¿Qué aspectos de la institucionalización influyen en el incremento de un estado depresivo en el anciano?
4. ¿Cómo reaccionan las personas que trabajan en una institución en cuanto al fenómeno del suicidio?
5. ¿Cuáles son las técnicas de tratamiento del anciano, en cuanto a la prevención del suicidio?
6. ¿Cuáles son las modificaciones que se podrían implementar en las instituciones para propiciar un ambiente más estimulante para el anciano y disminuir así el riesgo suicida?.

Objetivo:

- 1.- Identificar los índices de suicidio en México y en el mundo enfatizando la edad de aparición.
- 2.- Analizar los cambios sociales y cómo influyen en los ancianos.
- 3.- Analizar los cambios biológicos y cómo influyen en los ancianos.
- 4.- Analizar los cambios psicológicos y cómo influyen en los ancianos.
- 5.- Identificar y analizar las características de las instituciones (asilos) y qué efectos producen en los ancianos.
- 6.- Proponer técnicas de prevención y tratamiento de las causas que llevan al suicidio (pasivo o activo) en los ancianos institucionalizados.

Hipótesis Conceptual.

El estereotipo del promedio esperado en víctimas de suicidio ancianas, es producto del aislamiento y la soledad o por no tolerar la institucionalización (Yunger Susan C. Y Cols, 1990).

Justificación.

Los cambios en el proceso del envejecimiento normal (biológico, psicológico y social) plantea dificultades de aceptación y adaptación en función de la necesidad de elaborar pérdidas.

En el aspecto físico, encontramos por lo general que los reflejos se ven disminuidos, lo que ocasiona cierta dificultad para reaccionar a los estímulos en forma eficiente. Por otro lado, con frecuencia se presenta cierta alteración de la memoria reciente, que propicia una tendencia a ocuparse del pasado, estrechez del interés, dificultad para aceptar nuevas ideas y una actitud rígida y posesiva.

Los cambios orgánicos afectan la adaptación psicosocial del senecto, sobre todo la dificultad para la locomoción y en especial la pérdida de visión y audición, que interfieren en la interacción y convivencia con otras personas, generando asimismo dificultades emocionales y de exclusión de ciertas relaciones interpersonales y de grupo.

Es frecuente que aparezca la suspicacia, cuando el individuo se ve cada vez más mermado de sus capacidades, proyecta sus sentimientos de inseguridad en otros, siente que hablan de él, o que deliberadamente le ocultan información negándose a aceptar la pérdida de sus capacidades de visión, de audición y de memoria, mecanismos que limitan sus relaciones interpersonales y su capacidad para valorar la realidad.

La rigidez permite al anciano mantenerse en los ambientes en los que logró adaptarse con éxito, al sentirse cada vez más inseguro frente a sus condiciones de vida y su futuro se aferra a sus bienes materiales y pueden aparecer conductas agresivas al aumentar la inseguridad y disminuir los mecanismos de control.

Desde el punto de vista de la psicología, las frecuentes reacciones psicósomáticas parecen constituirse en una maniobra inconsciente de búsqueda de atención, es probable que las personas cuyo atractivo físico era motivo de atención en años anteriores puedan seguir exigiendo atención hacia sus cuerpos, elaborando inconscientemente preocupaciones corporales.

Las dificultades físicas propician también dependencia, consideran casi cualquier ausencia como abandono, esto baja la autoestima lo que se manifiesta en síntomas depresivos.

Cabe mencionar que los cambios psicológicos ejercen una influencia en la forma cómo el individuo se percibe a sí mismo, conjuntamente con los cambios biológicos y psicológicos fácilmente observables por el individuo de edad avanzada.

Por las limitaciones expuestas, el envejecimiento puede traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy amplios parece existir una restricción en los espacios para los viejos, a ello contribuyen, la jubilación, la muerte de familiares y amigos, la imposibilidad de asociarse con otros, las estrecheces económicas y las enfermedades, lo que propicia aislamiento voluntario e involuntario.

El aislamiento social con sus concomitantes de soledad, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, inactividad, depresión y temor a la muerte repercuten en el medio familiar o institucional en que vive el anciano creando un círculo recíproco de malestar.

Tradicionalmente la sociedad ha procurado segregar a individuos de diversas condiciones y edades a fin de resolver problemas que algunas veces tienen relación con enfermedades como las mentales, la tuberculosis pulmonar, la lepra, etc., otras se relacionan con la vejez, la indigencia o la orfandad.

En muchos casos existe ya en nuestro país normatividad de criterios para el internamiento de un grupo en un particular, sin embargo, en el caso de la vejez, cualquiera que sea su condición, no ha seguido un criterio bien definido. En general, el internamiento se lleva a cabo con el propósito de resolver problemas derivados de su baja capacidad económica o de la incompatibilidad existente con su núcleo familiar.

La situación de confinamiento en asilos, casas de reposo, etc; cualquiera que sean las condiciones de éstas, plantean un reto más para el anciano, ya que este deberá realizar ajustes para adaptarse a una nueva situación de vida.

El internamiento remueve ansiedades, con frecuencia las personas mayores lo viven como un abierto rechazo por parte de sus familiares, temen también al rechazo de que pueden ser objeto en la nueva sociedad en la que se sienten extraños y no pertenecientes por otro lado se ven obligados a elaborar el duelo por la pérdida de su ambiente, y estilo de vida, se ven privados de sus querencias, y todo aquello a lo que tienen apego y representa su seguridad, su casa sus muebles, sus cosas, etc.

Al ingresar al asilo se enfrentan con normas a las que no están acostumbrados, la convivencia exige tolerancia, compartir los espacios, cambios de alimentación, sujetarse a horarios y patrones de conducta diferentes, que implican cambios en sus hábitos y formas de vida. Las dificultades para adaptarse al internamiento muchas veces sumen al anciano en un profundo sentimiento de soledad y abandono que lo llevan a refugiarse en sí mismo, en sus fantasías y modelos anteriores lo que hace más patente su aislamiento.

Esto podría ocasionar que el individuo ante tal situación solo tome la opción de quitarse la vida, que en palabras de Patiño (1976) diría lo siguiente: *el fondo motivacional del suicidio radica en el aislamiento social.*

Descripción de los fundamentos.

Para poder abordar tal problema debemos utilizar una visión integral de las tres áreas que tienen un papel importante en la vida del hombre y que son la biológica; la psicológica y social, que dentro de la vejez, el suicidio y la institución tienen sus exponentes.

En el enfoque biológico, la geriatría tiene una relevancia esencial. Entenderemos por geriatría parte de la medicina que estudia la vejez y los medios para curar las enfermedades propias de estas (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990). Esta nos permitirá reconocer los cambios a nivel fisiológico. De igual manera se utiliza la gerontología clínica (ciencia que estudia la vejez y los fenómenos que la acompañan); para entender mejor estos cambios.

En cuanto al enfoque psicológico, se abarcan desde la disminución de las capacidades físicas de los sentidos, así como los cambios internos en la estructura psíquica a través del enfoque analítico (Freud, Garma), que nos darán una visión tanto en la vejez como en el suicido.

Por último, el enfoque social abarca las concepciones gerontológicas del cambio del medio ambiente social del anciano (Carstensen, Lehr, Caballero, J. y F. González entre otros), del pensamiento de Durkheim (1857) en cuanto al fenómeno del suicidio; las ideas de Edwing Goffman (1984) en cuanto a las características de las instituciones y por último se retomarán las ideas de Eric Ericson en cuanto a la perspectiva social del envejecimiento a través del estudio de las edades del hombre, haciendo mayor relevancia en las dos últimas, las cuales abarcan a los ancianos.

Metodología.

La metodología utilizada en la presente investigación documental, fue a través de la búsqueda bibliográfica y revisión exhaustiva de fuentes actualizadas, siguiendo el procedimiento que a continuación se presenta:

- 1) Búsqueda de información bibliográfica tradicional en bibliotecas tales como: UNAM Facultad de Psicología, Medicina, Sociología; Universidad Iberoamericana, Intercontinental, del Valle de México; Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología; Instituto Mexicano de Psiquiatría; el CICH, UAMI.
- 2) Bancos de información, tales como Psylit, Dialogo, etc.
- 3) Entrevista con expertos en la materia.
- 4) Selección de la información y elaboración de fichas.
- 5) Estructuración del esquema de contenido a través de fichas.
- 6) Integración del material de fichas para la elaboración de los capítulos.
- 7) Se elaboraron tablas con respecto a las investigaciones realizadas alrededor del suicidio, así como de la depresión.

Los cuadros se encuentran divididos en tres líneas de interés:

- 1) Investigaciones de la depresión y el suicidio.
- 2) Frecuencia de síntomas depresión-suicidio.
- 3) Cuadro comparativo de síntomas.

CAPITULO II. " EL ANCIANO"

No puede haber cosa más alegre y feliz que la vejez pertrecha con los estudios y experiencias de la juventud. Cicerón.

1.1 Definición de vejez y envejecimiento.

Con frecuencia, los términos vejez y envejecimiento suelen confundirse y tomarse como un mismo proceso. Sin embargo, cuando nos referimos a la vejez, hablamos de una etapa del ciclo vital del ser humano, que desde el punto de vista biológico es definido como el resultado del abatimiento de los procesos de desarrollo frente a las fuerzas involutivas del debilitamiento de los procesos de restauración y renovación de moléculas, células y tejidos, de la defeción de los mecanismos de vigilancia inmunológica y de adaptación" (Bife, P:R: Drag y Vallier, 1973).¹

El envejecimiento, por su parte, es un proceso de cambios constantes que da inicio desde el nacimiento a lo cual Pharmaton (1982) afirma: "Todas las personas suelen presentar en alguna etapa de su vida un descenso más acusado de su actividad vital, que fundamentalmente coincide con el final de la juventud y la madurez y que no depende exclusivamente de la edad ". El envejecimiento tiene su inicio desde el nacimiento y forma parte de un fenómeno biológico que abarca la mayor parte de la vida y que afecta la composición celular; generando enfermedades, disminución de la capacidad orgánica, declinación de energías, entre otros cambios que alteran el potencial humano.²

Alrededor de este proceso se han descrito diversas teorías retomadas por Carstensen; L (1989), de las cuales encontramos³:

¹ Bife, P.R. (Dr) (1973) *La tercera edad*. Bilbao: Mensajero (pp.61-65)

² *Ibid.*, p.65.

³ Haylllick, K (1989) *Biología Celular y Bases Teóricas del Envejecimiento Humano*. Carstensen, L. et al (Ed) *Gerontología Clínica. El envejecimiento y sus trastornos* (pp. 15-29), México: Martínez Roca.

componentes de los sistemas vivos, desde un nivel molecular hasta organismos enteros⁴.

Teoría de la mutación somática: La acumulación suficiente de mutaciones en las células somáticas, provocará decrementos fisiológicos característicos del envejecimiento. Si la mutación es la causa fundamental de los cambios de la edad, éstos deben ocurrir en tiempo y lugar (Maynard 1962)⁵.

Teoría del error: Deriva de la teoría de la mutación somática. Orgel, (1963), propuso que la pérdida de secuencias únicas no repetidas de DNA podrían producir decrementos de la edad, y que secuencias seleccionadas repetidas podrían ser medios evolucionados para retrasar la inevitabilidad del acontecimiento de la información vital⁶.

Teoría del programa de envejecimiento: Postula una secuencia determinada de acontecimientos en el genoma. Esto conduce a los cambios de la edad, como las instrucciones similares escritas en el mensaje genético conducen a la expresión ordenada de las secuencias del desarrollo.

Muchas más pueden explicar el proceso biológico del envejecimiento; pero lo cierto es que hay cambios tanto internos como externos. Por lo que las características globales del envejecimiento son:

1)El envejecimiento es un proceso general que afecta de manera semejante a los diversos tejidos y funciones.

2)El envejecimiento puede presentarse, sobre ciertos organismos y funciones en momentos diferentes para los unos y los

⁴ Ibid, p. 24.

⁵ Op.cit., p. 25.

⁶ Ibid., pp. 25-26.

otros, y con diferente frecuencia según especialidades y modalidades?

1.2 Los cambios biológicos.

Los cambios más obvios relacionados con la edad, son los de apariencia física. El cabello, las uñas, la piel, la composición del organismo, el esqueleto y los dientes que sufren cambios evidentes con la edad. Por ejemplo, con el envejecimiento son normales ligeras modificaciones de la talla; en general uno más de 2.5 cm. en los hombres y menos de 5 cm. en las mujeres. Esto debido a una alteración de la postura, a una disminución de los discos intervertebrales y a una pérdida del calcio óseo, (Cartensen L. 1989).

Para una mayor comprensión, iremos describiendo algunos de los cambios biológicos internos que corresponden a los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, excretor, endocrino y cerebral.

El sistema cardiovascular: Los cambios que aquí se observan no obedecen a ninguna alteración patológica, (Kohn; 1977, Bize, P. R. Drag y Vallier, 1973), sino a modificaciones propias de la edad. En este sistema, por ejemplo, se puede encontrar en el corazón un aumento de la grasa subpericardiaca; las válvulas se endurecen y su captación es menos perfecta, a la vez el gasto cardíaco disminuye alrededor del uno por ciento anualmente, comenzando a los 20 años, debiéndose en parte a una caída en la cantidad de sangre bombeada con cada contracción del corazón y en parte a una disminución de la frecuencia cardíaca; ésta baja del flujo sanguíneo obedece al envejecimiento normal; así como una capacidad menor del corazón para disminuir la proporción de flujo arterial sanguíneo a través de los tejidos corporales. La disminución es más evidente en los riñones, en

los órganos internos, en los dedos y en las manos y menos evidente en el cerebro, el corazón y los músculos esqueléticos. (Kohn, 1977)⁸.

En el sistema respiratorio: El cambio más obvio, se refiere a la dificultad respiratoria; encontrándose insuficiencia pulmonar, instalación del complejo de bronquitis crónica, efisema, selenosis pulmonar, extrema vulnerabilidad a las infecciones (gripas), aparición de insuficiencia cardíaca de las cavidades derechas del corazón. (Bize. I. Dr. y Valiera, 1973)

A medida que se envejece, también se observa que la caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen cada vez más pequeñas y disminuyen en número. Como resultado la pared torácica no se expande tanto con cada respiración y los pulmones captan menos aire. (Kocke, 1977).

La capacidad pulmonar máxima empieza a declinar a los 20 años, aunque el ritmo del cambio se incrementa después de los 40 s. La captación de oxígeno declina en un 30 por ciento a los 60 años, con amplias diferencias individuales. (Zarit, J y Zarit H; 1989)⁹.

En el sistema gastrointestinal: El envejecimiento se produce a todos los niveles. Después de los 50 años el hígado comienza a disminuir de tamaño y a volverse más perezoso, la estructura de sus células se modifica y las enzimas que produce son menos concentradas. Los problemas de la vesícula biliar se incrementan con la edad, a medida que lo hacen otras molestias gastrointestinales generalizadas (Zarit, 1989).

En el sistema excretor: La capacidad vesical disminuye con la edad (Rockstein y Cusma, 1979). Y las infecciones del tracto urinario se incrementan. El envejecimiento de los riñones comienza más o menos a los 30 años, cuando el riñón empieza a disminuir de tamaño.

⁸ Ibid, p. 74.

⁹ Zarit, J. y Zarit, M (1989) Envejecimiento molar: fisiología y psicología del envejecimiento normal. Carstensen, L. et al (Ed) Gerontología Clínica. El envejecimiento y sus trastornos (pp. 30-45), México: Martínez Roca.

A los 40 años, los riñones han perdido un tercio de su peso. Las arterias que suministran sangre a estos órganos muestran esos cambios circulatorios típicos correlacionados con el grado de trastorno vascular presente. La tasa de filtración comienza a declinar a los 21 años, con una disminución del 31 por ciento a los 80 años. (Zarit, 1989).

En cuanto al sistema endócrino: El envejecimiento podría conducir a una disminución de la secreción hormonal de las glándulas ó a una falta de respuesta de las hormonas en los receptores. El aporte de sangre que llega a la glándula disminuye después del inicio de la pubertad. Hay un incremento del tejido conectivo y un cambio de la distribución de la células dentro de las glándulas. Las paratiroides no disminuyen de tamaño con la edad ni se reducen sus secreciones hormonales, pero la tiroides sufre cambios anatómicos. Las células propias se modifican y aparecen fibras de colágeno. La producción de hormonas tiroideas disminuye con la edad. (Zarit, H; 1989).

Por lo que respecta a las glándulas sexuales, en la mujer los ovarios sufren una atrofia total, mientras que en el hombre los conductos seminíferos sufren una esclerosis progresiva en su túnica. (Bize, P. R. y Valiera C; 1973).

En cuanto a los cambios cerebrales¹⁰:

1) Reducción volumétrica (atrofia): estrechamiento de las circunvoluciones (frontal, temporal, parietal), ensanchamiento de los surcos corticales, (silvianos). Agrandamiento ventricular (laterales y tercero). Pérdida de peso global.

¹⁰ Martínez, S. (1989). Envejecimiento cerebral: Demencia de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología*, Ab-Jun 1(2) (2952-2958).

2) Pérdida de neuronas: corticales (y de sus núcleos y nucléolos) y de otros núcleos (locus coeruleus, substancia negra, núcleo basal de Meyer, etc.).

3) Tortuosidad de arteriolas y venulas: Aumento del diámetro y longitud de capilares. Depósito de amiloide en la pared vascular . La arteriosclerosis no es la principal causa del envejecimiento cerebral, hormonal o patológico.

4) Pérdida de arborizaciones y espinas dendríticas. Reducción de sinápsis corticales.

5) Acumulación de gránulos: de lipofusina en el citoplasma neuronal. Aparición de organelos, granuvasculares, citoplasmáticos y dendríticos (hipocampo y neocórtex).

Presencia de placas neuríticas (seniles) procedentes de agrupamientos de mitocondrias y licorosas en neuritas agrandadas del hipocampo y neocórtex. Ovillos, que remplazan el citoesqueleto neuronal degenerado. Cuerpos amiláceos esferoides, intrastrocíticos cubitales y subpendimarios.

6) Cambios bioquímicos: a) aumento de DNA (proliferación glial); descenso de contenido de proteínas y b) descenso , ni selectivo ni específico de acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA, y neuropéptidos hipofisarios. Alteraciones de enzimas que sintetizan ó degradan los neurotransmisores y neuromodulares. (Katzman R. Terrier R; 1983, Martín -Lage J. M; 1986 y Zote L; 1985). Retomado por Martín - Lage J. M. (1989).

Todos los cambios biológicos antes mencionados obedecen al proceso del envejecimiento normal en el anciano, considerando de igual forma al aspecto del mismo.

1.3 Los cambios Psicológicos

El envejecimiento psicológico conlleva a cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades, tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria.

Generalmente se creó que los cambios biológicos son la fuente de las modificaciones de las funciones psicológicas, pero en este aspecto el papel de la experiencia previa, puede mitigar ó exagerar los cambios influenciados biológicamente.

Los sentidos proporcionan al individuo su contacto con el medio ambiente y la forma en que los usamos para poder sobrevivir constantemente; con la edad estos declinan en su sensibilidad y por lo cual el individuo tiene que buscar formas para adaptarse; si estas, no son adecuadas, el individuo puede experimentar con mayor probabilidad sentimientos de depresión y soledad¹¹.

La visión es el sentido en el que más intensamente se confía y su deterioro supone una amenaza para la vida independiente. Más de la mitad de todos los casos de ceguera se inician en los 65 años (Rocktein y Cususa, 1979).

La audición comienza a declinar alrededor de los 25 años. La discriminación del tono, en particular, se deteriora equilibradamente hasta los 35, después cae marcadamente para las frecuencias más altas (Corso, 1977); de igual forma los individuos ancianos muestran disminuciones de la intensidad mínima de los estímulos, como de la capacidad de discriminar tonos de frecuencia distintas (Corso, 1977; Kausser, 1982). Se ha encontrado que una consecuencia del declive de la percepción auditiva es la dificultad de la percepción del lenguaje. Las personas de edad avanzada se encuentran especialmente en desventaja en la percepción del habla desgradada, es decir, en las que el habla se interrumpe o se habla más rápidamente de lo normal, bajo condiciones de acústica pobre o en

¹¹ Zarit, J. y Zarit, M (1989) Envejecimiento molar: fisiología y psicología del envejecimiento normal. Carstensen, L. et al (Ed) *Gerontología Clínica. El envejecimiento y sus trastornos* (pp. 30-45), México: Martínez Roca.

presencia de ruidos ambientales (Bérgamo, Blumenfeld, Cascarudo, Dask, Levit y Marguayes, 1976).

La sensibilidad olfativa puede declinar con la edad a medida que los bulbos olfatorios de la mucosa nasal se atrofian. Este es un proceso que comienza en la niñez.

El olfato y el gusto están íntimamente relacionados y aunque el número de yemas gustativas disminuyen ligeramente durante la edad adulta, no hay pruebas de cambios significativos hasta los 75 años (Arvidson, 1979)¹².

Otro de los cambios que han tenido un mayor interés en cuanto a la edad, es la que se relaciona con los procesos cognitivos (inteligencia, memoria y aprendizaje). En cuanto a la inteligencia, los estudios demuestran que ésta permanece hasta los 67 años y que los factores que pueden mantenerla son la formación escolar, entrenamiento profesional, estimulación ambiental, estado de salud y otros aspectos biográficos (Birren, 1963; Palomer 1970). Algunos investigadores identifican una preservación de la inteligencia cristalizada y fluida, aunque existen confesiones potenciales en la metodología de los tests. (Horn y Catell; 1966).

Alrededor de la inteligencia, circulan dos concepciones teóricas que son: 1) El modelo deficitario apoyado por las ideas de Miles, Yerkes, Forter, Taylor, y Hillorbyuc; y 2) El modelo de la inteligencia general introducida por Horn y Catell (1966).

Los estudios del modelo deficitario demostraron en sus resultados que el rendimiento intelectual alcanza su máximo a la edad de 20 años y declina a partir de ésta progresivamente con el paso de los años.

¹² *Ibid*, pp. 38-39.

El modelo de la inteligencia general realizó una división, agrupandola en la inteligencia fluida (abarca todas aquellas facultades que suponen una fluidez de adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación, etc); y en inteligencia cristalizada (que se refiere a aquellas capacidades que implican conocimientos generales, el caudal del vocabulario, la comprensión del lenguaje, etc). Se deduce que no ocurre un decline general de la inteligencia con el aumento de la edad, sino que las diferentes capacidades intelectuales siguen diferentes modificaciones. Aquellas facultades que suponen una fluidez de adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación, orientación en varias situaciones, disminuyen con el avance de la edad. En cambio aquellas capacidades que implican conocimientos generales como el saber basado en la experiencia, el caudal del vocabulario y la comprensión del lenguaje permanecen constantes e incluso en algunas ocasiones se observa un incremento. (Comp. Leer, 1980, pp. 68 y 69 y Plemons, U.; 1978).

Uno de los trabajos que apoya el modelo de la inteligencia general es el estudio longitudinal de Bonn sobre el envejecimiento (Elbe), el cual muestra que la edad cronológica sólo aclara una pequeña parte de la variación total del desarrollo intelectual en la vejez. (Rudinyer, 1980)¹³.

Así como en la biología y en la medicina se destaca la importancia del entrenamiento físico, en la psicología también es válida la sentencia de que "aquellas aptitudes y facultades mentales que no se usan se atrofian " (Berkowitz y Green, 1965). Por eso hay que procurar un entrenamiento continuo de las capacidades intelectuales (Bablo, P 1989; Willis, C. y Blayzer Bates, 1981).

Los resultados de los estudios longitudinales de Termes y de Elbe (comp. Ruding, p. 2, 1980) muestran que existen también otros aspectos biográficos que están estrechamente relacionados con el rendimiento intelectual como: el grado de éxito profesional, de

¹³ Contreras, E. (1982), Aspectos Psicológicos de la Vejez. Sociedad de Geriátria y Gerontología de México (Ed) p. 5.

satisfacción general con la propia existencia, la disposición de establecer contactos sociales, la expansión de intereses, la actitud hacia el futuro, el tipo de actividades en el tiempo libre, correlaciones significativas indican que aquellos ancianos que obtuvieron un coeficiente intelectual elevado están, por un lado, más satisfechos con su existencia y tienen una actitud más positiva hacia el futuro; por otra parte, son más activos tanto en la esfera privada como en la social y tienen un amplio radio de intereses¹⁴.

El aprendizaje es un aspecto de la inteligencia que ha sido especialmente investigado, aunque gran parte de los estudios sobre él en la vejez han comprobado que la memoria a corto plazo se debilita con el paso de los años. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de estos estudios se han abocado a la retención y reproducción de material sin sentido.

Algunas investigaciones han demostrado que mientras los ancianos alcanzan resultados inferiores en el aprendizaje de sílabas sin sentido, obtienen en el aprendizaje del material con sentido calificaciones casi semejantes a las de los jóvenes y algunas veces hasta las superan (Holicka, 1967)¹⁵.

Las diferencias de edad más significativas conllevan a la capacidad de adquirir mayor información. Una vez que se ha aprendido el material, el recuerdo ulterior del mismo casi es igual que en las personas más jóvenes. (Botwinick, 1978; Craik, 1977; Hulicka y Weiss, 1965)¹⁶.

Zapetzky y Halberstam (1968), encontraron que los jóvenes obtenían mejores puntuaciones en el aprendizaje de pares de palabras asociadas, cuando los pares tenían un escaso valor

¹⁴ *Ibid.*, p. 3.

¹⁵ *Op. Cit.* p. 6.

¹⁶ Zarrit y Zarrit. *Fisiología y Psicología del Envejecimiento normal*. Carstensen, L (Ed) Gerontología Clínica El envejecimiento y sus trastornos, (pp. 41), México: Martínez Roca.

asociativo. En cambio, si los pares contenían un alto valor asociativo, las diferencias entre viejos y jóvenes se minimizaban¹⁷.

Gilbert Levee (1971), confirmó que una de las dificultades que tienen las personas de edad avanzada en el aprendizaje es cierta incapacidad para integrar el nuevo material¹⁸.

El ritmo del material también es importante, cuando las personas de edad disponen de más tiempo para responder durante el período del test, las diferencias de edades son menores. (Canestrari, 1963; Monje y Hultch, 1971)¹⁹.

Hulicka y Grossman (1967), pudieron demostrar que el decline atribuido a la edad no depende de la disminución de la capacidad del aprendizaje, sino de una debilidad en la codificación, es decir, se observó que cuando las personas de edad avanzada quieren aprender hacen menos uso de estrategias mnemónicas. Aremberg y Robertson - Tshabo (1977), observaron que aún cuando los ancianos reciben la instrucción explícita de desarrollar técnicas mnemónicas, escasamente lo hacen. Sin embargo, se comprobó que aquellos viejos que utilizan determinadas estrategias mejoran enormemente en sus resultados²⁰.

En la consideración de los fenómenos del envejecimiento se debe incluir una evaluación de la necesidad de la persona de adaptarse tanto física como psicológicamente a un deterioro general del funcionamiento físico que puede abarcar todo el organismo o una enfermedad específica de un órgano o conjunto de órganos. (Goldfarb y Turner, 1952; Goldfarb, 1955).

¹⁷ Contreras, E. (1985) Psicología de la Vejez: Capacidad Intelectual. *Revista Mexicana de Gerontología*. "Mayo-Junio", 1(3) 17.

¹⁸ *Ibid*, p. 17.

¹⁹ Zarit y Zarit (1989). Envejecimiento Molar: Fisiología y Psicología de Envejecimiento Normal. Carstensen, L. (Ed) *Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Tratamientos* (p 41), México: Martínez Roca.

²⁰ Contreras, E. (1985) Psicología de la vejez: Capacidad Intelectual. *Revista Mexicana de Gerontología*. "Mayo-Junio", 1(3), 17.

Estos cambios físicos conducen a un concepto distinto del YO y suponen necesariamente, una estimación diferente de la cantidad y carácter de la energía de que se dispone (Kohn y Cols, 1958). El envejecimiento exige una alteración de la imagen del cuerpo.

Personalidad del Anciano.

Los ancianos pueden reaccionar de muy diversas maneras , tanto orgánica como psicológicamente al efecto de las pérdidas o las tensiones orgánicas o psicosociales. Los mecanismos que se emplean no son desde luego únicos para este grupo de edad, sino que reflejan estilos de afrontamiento que se desarrollaron previamente. Reacciones frecuentes son la somatización de una búsqueda de atención, apartamiento, proyección achacando culpas a otros, negación y depresión²¹.

Algunos teóricos han considerado a la senectud como una sobreposición de los poderes de la madurez que se desvanece y el desamparo cada vez mayor de una segunda infancia. La reacción de los ancianos a la ansiedad ha sido descrita por un literato en términos musicales como *el efecto reiniciación*, es decir, recorrer de nuevo un pasaje (los problemas anteriores a sus soluciones). Gran parte de la conducta de los ancianos se ha considerado también como un conjunto de estrategias diferentes de afrontamiento; por ejemplo, las reminiscencias características de la senectud les permite revivir las satisfacciones de los años previos y experimentar disfrute cuando han disminuido las oportunidades para lograrlo con las actividades actuales²².

Puede sobrevenir pensamiento paranoide observado tan a menudo durante la senectud cuando los individuos que se ven cada vez más afectados en sus capacidades, proyectan los sentimientos

²¹ Epstein, L. (1989) Envejecimiento. Goldman (Ed) *Psiquiatría General. Personalidad del anciano.* (p.86) México.

²² *Ibid.*, p. 86.

de inseguridad que acompañan a las muchas pérdidas que han sufrido²³.

Se ha considerado a la rigidez como un dispositivo normal de afrontamiento que permite al anciano hacer frente a los cambios . La rigidez puede permitir a las personas conservarse en los ambientes en los que se adaptaron antes con éxito. La pérdida de la memoria, por su parte, puede producir deformación o desplazamiento de los acontecimientos que se emplean como mecanismos de defensa para negar la realidad. Ciertos individuos que se sienten inseguros ante el futuro pueden aferrarse a lo que queda de sus vidas y transferir sus sentimientos a sus posesiones materiales adoptando una actitud atesoradora o de tacañería. Conforme aumenta su inseguridad , la persona anciana puede exagerar sus problemas económicos genuinos: Temo que seré viejo y pobre, porque no puedo cuidarme por mí mismo, y el gobierno no quiere hacerse cargo ya de los viejos. Lo que ellos no hagan por mí, mis hijos lo harán. Más aún, en los ancianos puede aparecer agresividad al disminuir los mecanismos de control, en especial cuando se agrava una situación por consumo de alcohol. La agresividad puede culminar, a su vez, en una conducta indebida hacia otras personas. Además, como se ha fijado ya la conducta que sirvió a la persona con autoridad, la actitud conservadora mantendrá entonces su amor propio durante los períodos anteriores en los que contaba con capacidad y seguridad superiores²⁴.

Para Sánchez Caro y Ramos (1982), las modificaciones de la personalidad por el envejecimiento no han sido suficientemente investigadas, lo cual nos lleva a obtener datos dispares o muy heterogéneos, especialmente en los psicotipos normales o patológicos de la senectud.²⁵ Sánchez Caro recurre a Reichard, quien establece una serie de psicotipos más habituales entre los ancianos:

²³ Op. Cit. p. 87.

²⁴ *Ibid.*, p. 87.

²⁵ Jiménez, H. F. (1989) Psicología de la senectud. *Revista de Geriatria y Gerontología*.

1) El cómodo, habitualmente adaptado, pasivo, dependiente de los demás, que suele ser extrovertido y expansivo.

2) El inadaptado, irascible, clásico cascarrabias, gruñón y frustrado.

3) El desconfiado, mal adaptado, a sí mismo frustrado, que se hace múltiples reproches.

4) El adaptado a la defensiva, que suele ser muy activo y emprendedor.

5) El integrado activo, calificado por Reichard como nature group, que satisfecho de sí mismo, espontáneo, disfruta de la vida, sin ser impulsivo en sus actos, suele tener varias aficiones y tiende a ser tolerante, sin ser complaciente, y muestra inclinaciones protectoras hacia los niños, animales, plantas, etc.

Por otra parte, Savage estableció cuatro grupos:

1) Los maduros, autosuficientes, decisivos, activos e independientes; generalmente personas con mucha mundología emocionalmente y afectivamente bastante estables, astutos, bien ajustados socialmente, pero con frecuencia rígidos en sus pensamientos e ideas.

2) Los normales, también autosuficientes, ajustados socialmente, prudentes y cautelosos; por ello son reacios a los cambios, muy analizadores de todo y calculadores antes de tomar cualquier decisión.

3) Los introvertidos: este es un grupo variado en el que encontramos a los bien adaptados socialmente y otros que no lo están; muy apegados a sus pertenencias o valores, suelen ser reservados, sobrios y hasta taciturnos, generalmente tímidos y retraídos, y se autoreprimen siempre que pueden.

4) Los perturbados, también constituyen un grupo muy heterogéneo integrado por individuos que sin ser enfermos mentales, se sitúan en las fronteras de la psiquiatría por sus problemas y dificultades; inadaptados en la familia y en la sociedad, crean conflictos en su entorno y se los crean ellos mismos, al ser con frecuencia muy irritables.

El Punto de Vista Psicodinámico.

Para conocer el punto de vista psicodinámico es necesario comprender la hipótesis estructural de Freud (1923), la cual agrupa procesos y contenidos mentales intimamente relacionados y que denominó "El Ello", "El Yo" y "El Superyo". El Ello abarca las representaciones psíquicas de las pulsiones; El Yo consiste en aquellas funciones que tienen que ver con la relación del medio social, y El Superyo, por su parte, comprende los preceptos morales de nuestra mente, así como nuestras aspiraciones. (Cueli J.; 1976). Dentro de los comportamientos estructurales en la tercera edad encontramos que en el ELLO, los impulsos instintivos y los correspondientes conflictos reprimidos permanecen en estado inalterable intemporal. Las emociones contradictorias de amor y odio existen una junto a la otra (Bellak, L.; 1979).

*El ello

Toda vez que los impulsos que contienen al ELLO son intemporales, el proceso del envejecimiento no los cambia, (Shuester, 1952). Lo que cambia son las estructuras psíquicas por medio de las cuales los impulsos alcanzan el estado de conciencia, el aparato físico apropiado para la descarga de los impulsos (sexuales y agresivos) y la reacción del mundo exterior frente al organismo²⁶.

²⁶ Bellak, L. (1979) Los problemas de la Psiquis. Bellak, L (Ed.) Tratado de Gerontología. (pp. 119-138) México: Ateneo.

Con el envejecimiento, la expresión del impulso sexual agresivo es menos probable que esté rodeada de motivaciones derivadas, existiendo menos inhibiciones en cuanto a su expresión.

Así gritar ó ensuciar constituyen una expresión casi directa de los impulsos, sin el impedimento, la inhibición, la sustitución ó el empleo de los mecanismos racionales que son de apreciar cuando el YO está integrado y les domina.

Uno de los conceptos importantes de la teoría psicoanalítica es el de que los impulsos primitivos, se encuentran en parte aplicados por la función gradual de los componentes de la libido y la agresión a medida que aparecen en el YO.

*El yo.

La teoría psicoanalítica moderna tiene en cuenta tres fuentes de energía en el aparato psíquico (Rapaport, 1951)²⁷.

Los instintos del YO, que son de autoconservación, en el sentido de que su meta es la de hacer que el hombre se adapte al medio, se hallan ahora junto a las tensiones de la libido y la agresión como motivaciones fundamentales de la conducta. Se considera que el YO es la fuente de la fuerza para la tarea esencial de preservar al individuo y mantener un equilibrio óptimo entre las tensiones de dentro y de fuera.

Los problemas, con la vejez y con los cuales el YO debe luchar, son los cambios corporales internos y externos, la pérdida del status, la pérdida de las personas queridas, la modificación en cuanto al campo de las actividades posibles y todo cuanto signifique prepararse para la muerte.

²⁷ *Ibid.*, pp. 119-138.

Si bien es difícil generalizar las defensas más propias del envejecimiento, algunos de los mecanismos de defensa más utilizados en la vejez son la regresión, el aislamiento, el encasillamiento, la negación, así como la represión y la proyección²⁸.

El criterio de regresión se deriva del concepto de regresión al servicio del YO de Ernst Cris (1952), y debe ser distinguido de la regresión propiamente dicha, ó sea de la que forma parte de los procesos patológicos. En la vejez es necesaria la regresión para mantener el equilibrio homeostático. Durante la vejez el individuo puede alterar el equilibrio entre el ELLO, el YO y el medio para disminuir la represión. (Gibell, 1948)²⁹.

En la ancianidad, cuando las aptitudes físicas y psicológicas se resisten, la regresión como defensa puede activar formas de adaptación con las que antes se contaba. Se verifica en las relaciones con las personas de importancia. Si existe una disminución física específica, el YO se encuentra ante la tarea de hallar una relación de dependencia relativamente libre de conflicto que le sea aceptable y, en consecuencia de adaptación.

Por otra parte, si las reacciones regresivas no están relativamente libres de conflicto, los rasgos de carácter ó las relaciones de objeto característico del estado de regresión pueden ser inaceptables para el YO ó para el medio exterior. Es probable que la regresión no sea transitoria y limitada, y pueden originar un problema acumulativo alimentado por su ansiedad. Esto se presenta, clínicamente como una fijación, y en lo mental origina un conflicto intrapsíquico que se manifiesta por síntomas o una lucha con el mundo exterior. La alusión al concepto de libre de conflicto está en función de las implicaciones de la adaptación del YO³⁰.

²⁸ Op. Cit. pp. 119-138.

²⁹ Ibid pp. 119-138.

³⁰ Op. Cit. pp. 119-138.

Esto será en contradicción con la persona que dice cuidame, y acepta la regresión de un modo que conduce a un inevitable conflicto con un medio que jamás puede satisfacer ese deseo.

En general, cuando la persona adopta pautas de conducta anteriores, seguirá patrones ya establecidos, los cuales dependerán del estrés particular del medio para llevar a cabo una cierta elección.

Como mecanismo el individuo mayor encara conceptos y afectos que, de otro modo, no podría tolerar. Tal vez no fuese posible sostener conversaciones acerca de la muerte y de las enfermedades sin un elevado grado de aislamiento, lo cual puede ser beneficioso, siempre que no se permita que se convierta en una obsesión morbosa. Al parecer la hipótesis ineludible es que existe una capacidad mayor para aislar lo afectivo.

Esta mayor capacidad no se halla dentro del control voluntario del individuo y puede extenderse a muchos aspectos de su vida. En consecuencia, al desentenderse de los sentimientos pueden transmitir a sus amigos y familiares un frío distanciamiento que incluso sirve de escudo para que la persona de edad pueda tener relaciones estrechas. Lo que puede generar nuevos aislamientos.

La reiteración, la rigidez e, incluso lo que parece ser negativismo, pueden constituir formas de encasillamiento. La persona de edad puede experimentar la imperiosa necesidad de relatar viejos recuerdos a otra más joven, aún cuando sepa que con ello aburre e irrita. Esto puede constituir un intento de afrontar el estrés físico y emocional de mantener contacto con otras personas y, por tanto es posible que sea un proceso necesario de adaptación del YO para permitir que el ser de edad se aferré con mayor firmeza a la realidad, al echar mano de lo que sabe, aún a expensas de no agradar.

La persona de edad parece ser selectiva en el empleo de la negación en particular contra las fantasías. (Weinberg, 1959)³¹.

*El superyo.

Muchas de las conductas de los ancianos van a estar regidas por aquellas normas que los constituyen, a su vez que se convierten en su fortaleza personal. En algunos casos esta fortaleza se va a observar determinante y crítica hacia los eventos del exterior ocasionando de este modo conflictos con su medio ambiente.

Mecanismos Defensivos.

Buter, R. (1989) nos dice que, todos los mecanismos habituales observados en las personas de cualquier edad se dan también en la vejez, pero algunos son particularmente comunes, como la negación, regresión, desplazamiento, contrafobia, memoria selectiva, recepción selectiva, explotación de la edad y la incapacidad, cambiante valor adaptativo de la psicopatología, conducta restitutiva, de sustitución y compensatoria, y uso de la actividad y el insight³².

1) Negación: La negación de la vejez y la muerte observada, en la actitud de las personas es expresada en; "esto no me tiene que ocurrir a mí", también se da en la vejez en la forma de, "esto no me está sucediendo".

2) Regresión: En las personas ancianas, la regresión o retorno a un nivel anterior es una explicación general insertada en la conducta del viejo. Las descripciones familiares de las personas ancianas como personas infantiles, pueriles o en su segunda infancia implican un retroceso a anteriores estadios de desarrollo, sin tener presente toda la vida de experiencia (que inevitablemente las separa de sus pautas defensivas infantiles).

³¹ Ibid pp. 119-138.

³² Buter, N. (1989) *Psiquiatría Geriátrica*. Kaplan (Ed) *Compendio de Psiquiatría*. (pp. 1454-1952), México: Manual Moderno.

3) **Contrafobia:** La contrafobia es una tendencia compulsiva a exponer al peligro en un intento de convencerse a sí mismo de que puede superar el miedo. Las personas ancianas con crisis de vértigo pueden insistir en subir una escalera para fijarse ellas mismas su propio límite.

4) **Idealización:** Un tipo de defensa es la idealización del objeto perdido, como una persona, lugar, estilo de vida o nivel. Esta idealización puede conducir a un virtual enclaustramiento.

5) **Personalidad Rígida:** Hay escasas pruebas de que las personas ancianas adquieran una personalidad rígida tan pronto como envejecen. Más bien cuando se observa rigidez, es una defensa contra una sensación generalizada de amenaza o contra crisis reales.

6) **Memoria Selectiva:** El empobrecimiento de la memoria y la tendencia a recordar sucesos remotos con mayor claridad que los acontecimientos del pasado reciente suelen asociarse a una enfermedad cerebral senil de la vejez. Estas características de la memoria pueden tener una base psicológica, pues la persona anciana puede estar evitando el dolor presente y recreándolo en un pasado más satisfactorio.

7) **Exclusión de los Estímulos:** En éste las personas ancianas bloquean los estímulos que no están preparados para afrontar.

8) **Ganancia Secundaria:** Las personas ancianas pueden utilizar los cambios que ocurren en su vida para obtener ganancias secundarias: es decir, beneficios que de por sí pueden ser satisfactorios o deseados. Las personas ancianas pueden insistir, por ejemplo, en que deben permanecer en el hospital o en otro centro asistencial, aun cuando no necesiten ya asistencia médica, debido a que así gozan de una atención extra.

9) Valor Adaptativo de la Psicopatología: Con una estructura Paranoide la personalidad puede volverse aún menos adaptable con la edad, a medida que fallecen las pocas personas del círculo paranoide de un individuo, de este modo, se intensifica el aislamiento. Una estructura esquizoide de la personalidad parece aislar a uno contra la pérdida. La personalidad obsesivo-compulsiva, cuya conducta puede haber alterado la efectividad de esta persona en la vida anterior, puede ayudar a la persona a adaptarse ahora al mundo de la jubilación.

10) Conducta restitutiva, de sustitución y compensatoria: Pueden adaptarse a numerosas conductas compensatorias, restitutivas y de otro tipo para compensar una pérdida. Estas conductas pueden tomar medidas simples, como los amortiguadores del recuerdo o las evocaciones de diversos tipos para compensar una mala memoria.

11) Uso de la Actividad: A menudo se utiliza la actividad como defensa contra la depresión, la ansiedad y otros conflictos penosos o inadaptables. La tendencia de las personas a la evocación solía ser considerada una indicación de la pérdida de memoria reciente y un signo de envejecimiento. A esta conducta de evocación se le ha postulado como parte del proceso normal de revisión de la vida producido por la aproximación a la muerte. Se caracteriza por un retorno progresivo a la conciencia de las experiencias pasadas y, en particular, por la reaparición de conflictos aun no resueltos que pueden ser elaborados y reintegrados. Si la reintegración tiene éxito, puede dar un nuevo significado a la propia vida y, mitigar el temor y la ansiedad puede ayudar a prepararse para la muerte.

Puede tener lugar también una revisión vital de tipo leve, como una nostalgia, un lamento o una narración. A menudo estas personas cuentan su vida a todo el que quiera oírlo. Algunos de los resultados positivos de la revisión propia de la vida pueden ser la corrección de antiguos males, la conciliación con enemigos, la aceptación de la

propia mortalidad, el desarrollo de una sensación de serenidad y el sentimiento de orgullo y de haber obrado bien.

Teoría epigenética

Psicológicamente hablando, sabemos que no basta con que una persona haya alcanzado su identidad, lo cual sucede en la adolescencia. Si no que siendo la vida un continuo, utilizando la terminología freudiana que acepta el Dr. Erik H. Erikson, siendo una epigénesis de identidad, seguiremos forjándonos hasta nuestra muerte, mejor dicho hasta la trascendencia terrenal (Flores, R., 1988).

Pero esta epigénesis ha de sortear y presentar constantes crisis que ó bien son crecimiento ó infortunadamente son de destrucción ó distorsión de nuestra personalidad. Tres son las crisis que marcaran el destino de nuestra sensibilidad: la crisis de intimidad, la crisis de generatividad y la crisis de integridad o sabiduría³³.

Así la primera crisis beyond identity, más allá de la toma de conciencia de nuestra identidad, es la crisis de intimidad. El doctor Erickson hace resaltar que no es lo sexual, el parámetro de nuestra identidad más que en parte, si no nuestra capacidad para relacionarnos con otra persona ya, en nuestros encuentros eróticos, ya en la amistad, pero sobre todo en la conjunta inspiración o más aún, en el amor³⁴.

De ahí que haya personas que teniendo gran capacidad orgástica, sin embargo, a los ojos de Erikson son promiscuos pues no han podido desarrollar esa capacidad de amar, de entregarse de ser uno con su pareja, lo cual trasciende la sólo sexualidad. La consecuencia de no lograr la intimidad, su contrapartida, es la experiencia del aislamiento, de la soledad. Por lejos que llegue esa

³³ Flores, R. (1988) *Psicopatología y Psicoterapia en la Vejez*. Instituto Nacional de La Senectud (Ed) Segundo encuentro Nacional de Delegados INSEN y Profesionales de la asistencia a la Vejez.

³⁴ *Ibid* p. 2.

persona, en negocios, ó socialmente, estará sin embargo aislado, verdaderamente sólo.

El doctor Erikson la llamada distanciacón, que es la tragedia de una persona que siempre estará lista para aislarse, repudiar a los demás, y si es necesario, destruir a todos aquellos que viven como peligros para su ego.

La última consecuencia de ésto es la actitud de suspicacia contra todo y contra todos, intentando fortificar su propio YO, es decir encerrar su intimidad y solidaridad en un castillo inexpugnable y viendo a los demás, fanáticamente como enemigos, sobrevaluando diferencias en verdad muy pequeñas. Qué grave peligro de esta actitud y qué desgracia que sea la línea más socorrida en nuestra vida social, política, religiosa.

De ahí se sigue que iniciado el varón en una atracción erótica hacía su pareja, más bien ha de alcanzar el amor selectivo hacia ella en una mutua donación, entrega y obligación. No siendo esto así, es presa a miedos y terrores a las consecuencias de dicha experiencia mutua, la descendencia y el cuidado al otro. La intimidad es la afiliación mutua para la competencia, la cooperación, la producción y la procreación. Su fórmula es: Somos lo que amamos, que mejor debiera decirse, somos en la medida que amamos.

La segunda crisis es en relación a nuestra capacidad de generatividad. No nos limitemos pensando que esto es sólo nuestra capacidad para engendrar. El hombre ha sido hecho por la naturaleza, un ser con capacidad para aprender y también para enseñar. El hombre maduro necesita ser y sentirse necesitado por los demás, por esa capacidad de guiar y enseñar a los otros. Es connatural al hombre maduro, ayudar y guiar a la siguiente generación³⁵.

³⁵ Op. cit. pp. 3.

No siempre se puede desarrollar esta capacidad por innumerables razones, ya sea porque no tenga descendencia ó por múltiples otras causas; sin embargo, lo hará siempre o podrá hacerlo con tantos y en tantas direcciones de altruismo, creatividad y donación.

Si esto no es alcanzado, nos encontramos con el sentido de estancamiento, que trae consigo el aburrimiento y el empobrecimiento de las relaciones interpersonales. El individuo se aísla, se vuelve muy condescendiente con sus razones ó racionalizaciones y fácilmente se convierte en un inválido ya físico, ya psicológico ó ambos. Clínicamente hablando, mostrará un complicado mosaico de síntomas cuya única finalidad es no querer enfrentarse a su trágica realidad.

La tercera crisis es ya en plena senectud. Es la crisis de integridad. Podemos decir que el hombre senecto ha de alcanzar la sabiduría suficiente para justipreciar su camino de vida, que es único, que es histórico y que es irrepetible³⁶.

Y que además se construye en un universo también único, histórico e irrepetible. Ha de aceptar plenamente aciertos y errores, ha de ver ya a la distancia que fue autor de cosas, ideas y personas, que impulsó a nuevas generaciones y que dejó marcado un sendero. Pero también ha de aceptar que su testimonio, ahora ha de ser de renuncia, sobre todo el liderazgo, a la conducción, a ser guía para los demás. Ha de tener el conocimiento necesario para aceptar a todas las personas de tan distintas edades y condiciones, si bien con amor pero también con dignidad. Pero sobre todo ha de confrontar lo que Erikson llama *ultimate concerns*, las preocupaciones últimas, ó como tan castizamente las llamamos, las postrimerías del hombre, la muerte.

Pero si ese hombre no desarrolló durante su vida, las características necesarias para enfrentar esta etapa final de

³⁶ Ibid. pp. 3-4.

integridad y sabiduría, entonces caerá en el asco y la desesperación. Asco de la vida, de las relaciones con los demás que pueden expresarse, por aburrimiento, hastío, o no significación. Desesperación por sentir la muerte tan cercana, e intentar vanamente reiniciar una especie de nueva oportunidad o vida para remodelar lo que ahora aparece como absurdo, equivocando o no aceptando de la vida vivida. Además esa desesperación puede expresarse disfrazadamente como misantropía, como anhedonia ó displacer, ó especialmente como egoísmo. Eso se presentará sobre todo cuando no tiene la persona un asomo de esperanza en una vida posterior y superior. Entonces aquellos valores como la fe en sí mismos, en los demás y en Dios, la voluntad, la productividad, la competencia, la fidelidad, el amor, el cuidado hacía los demás, la prudencia y sabiduría, desaparecen ya como obsoletos, inútiles, falsas ó simplemente como absurdos.

Lo que distingue a la teoría de Erikson es que ofrece una explicación conceptual del desarrollo social del individuo donde repara el desenvolvimiento del carácter genético-social del ser humano en su lucha con el medio social. La teoría tiene relación directa, en cuanto al sentido involutivo, con los problemas dinámicos de la ancianidad.

Además, abarca lo fenomenológico, en particular las proposiciones psicoanalíticas clínicas y las psicosociales psicoanalíticas en general. El concepto total lo presenta en un cuadro que considera el principio epigenético de la niñez como un desenvolvimiento gradual de la personalidad a lo largo de las crisis de las fases específicas.

Cuadro Epigénético (F. Jiménez Herrero, 1989).*

Lo social.

Hay que tener presente que la personalidad en la vejez, no es una referencia estática del individuo anciano, ni un erudito biológico,

sino una elaboración producto de interacciones constantes entre el individuo y su ambiente, (Goda, G., 1980). En la tercera edad, más que en otras etapas de la vida, el hombre es más vulnerable a las crisis de estrés, que le pueden colocar más fácilmente en situaciones de dependencia.

Para valorar la psicología de un anciano, hay que conocer su entorno familiar, amigos y sociedad en que se desenvuelve, el balance biológico (de salud sobre todo) de su cuerpo, su propia percepción del mismo. Jiménez, F. (1989), González F., (1987), Castro, N. (1989) y Caballero, J. (1989) comentan: La sociedad occidental actual se basa fundamentalmente, como consecuencia de las diversas revoluciones industriales y tecnológicas, en la producción y el consumo, lo cual supone que para adaptarse socialmente hay que producir y consumir. Si el individuo no produce y sólo consume se vuelve "*parásito social*". Este es el caso de los ancianos, quienes son apartados de sus modos de producción por medio de la jubilación.

Fruto, además de los naturales avances de la ciencia y del saber humano, actualmente se ha conseguido alargar considerablemente la esperanza de vida, lo cuál significa que van aumentando los períodos temporales en los que la sociedad tiene que mantener a estos parásitos sociales.

Además los índices de natalidad están disminuyendo progresivamente, las causas de esto son variadas pero entre las principales tenemos la tecnología, los nuevos medicamentos por un lado y por otro, exceso de trabajadores viejos liberados de la forma de trabajo, por la nueva tecnología, (González, F. 1987, Barbabtearlo, A; S/A).

A nivel psicosocial, el tema más trabajado hasta el momento presente ha sido el de la imagen (estereotipo) y la valoración de la misma (actitudes y prejuicios) que en nuestro medio social se posee del anciano y de todos los que le rodean. (González, F, 1987).

Pocas son las investigaciones llevadas a cabo en torno al tema de los estereotipos poseídos hacia los ancianos (Véase Lehr, 1980), aunque los resultados de todas las existentes son bastante congruentes entre sí, y podrían ser resumidos de la forma siguiente:

- 1) Generalmente se iguala el concepto de edad cronológica con el de edad biológica, resultado de todo ello es que el viejo es concebido como una persona deteriorada y enferma. El anciano es, además, un ser resucitado y dependiente.
- 2) Por otra parte el anciano resulta ser un ser improductivo.
- 3) El anciano es una persona que ha perdido su capacidad de gozar del sexo y, en general, de todas las cosas buenas que nos ofrece la vida.

En otro análisis acerca de los mitos en la vejez Sánchez Caro y Ramos F (1982) reconoce los siguientes:

1) Mito del envejecimiento cronológico: es la idea de que la edad se mide solamente por el número de años vividos. No se toma en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que la determinan.

2) Mito de la improductividad: Para que el anciano se mantenga productivo e interesado en la vida debe ser sano y no enfrentar demasiadas adversidades sociales, situaciones que no vemos resueltas en la mayoría de nuestra población senecta. Cuando el anciano se siente en una situación adecuada sigue siendo productivo, ya que la mayoría de la gente dedica a la ciencia, las artes, obras literarias y pintura, son gente que ha alcanzado la plenitud de sus obras en edades avanzadas.

3) Mito de la desvinculación: Se refiere a la creencia de que la retirada progresiva de los intereses de la vida forma parte necesaria del proceso de envejecimiento .

4) Mito de la inflexibilidad: Nos dice que el anciano es incapaz de cambiar y adaptarse a situaciones nuevas.

5) Mito de la senilidad: La senilidad se refiere a la pérdida de la memoria, a la disminución de la atención y a la aparición de episodios confusionales, pero no es una condición inherente a todos los ancianos. Sin embargo, se piensa que todos ellos presentan estas características. Incluso se tachan de senilidad manifestaciones como la depresión y la ansiedad, generadas principalmente por las tensiones que afrontan.

6) Mito de la serenidad: Sitúan al anciano en una especie de paraíso terrenal; cuando en realidad se encuentra sometido a un gran estrés que otros grupos de edades (enfermedades crónicas, jubilación, pérdida de seres queridos, soledad, etc). Todo ello origina mayor tendencia a la ansiedad, a la depresión y a la pena, consecuentemente a la disminución de la autoestima provocada por la desvaloración de su rol.

Además podemos encontrar la presencia de otras ideas, como la de que suelen ser personas conservadoras, no pueden ni quieren ser activos, que tienen imposibilidad para el aprendizaje, que son asexuales, también se les refiere como seres débiles que no se pueden enfrentar a los problemas que se les presentan, que viven en el pasado de forma constante, que no conviven con personas de otras edades solo con aquellas con las que comparten la edad y se le suele caracterizar como una persona deprimida.

-De tal manera se observa; que el estereotipo poseído por la sociedad hacia los ancianos va a determinar colaboraciones negativas de los mismos. Se ha detectado que el estereotipo poseído va a depender con mayor énfasis de algunas variables, entre las

cuales destacan la edad del sujeto y los adjetivos negativos que pudieran incluirse en la descripción del viejo.

Los estereotipos poseídos hacia los ancianos son escénicamente negativos y no puede esperarse de ellos sino que determinen actitudes marcadamente negativas (prejuicios). En un estudio (Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1989) donde se determinó la actitud que poseían los jóvenes de secundaria y preparatoria hacia los ancianos, se encontró que la actitud demostrada por estos grupos era de indiferencia. Además éste estereotipo poseído a nivel social, parece ser que es reforzado y mantenido por los medios de comunicación social, quienes constantemente nos ofrecen una imagen desvirtuada de lo que significa ser anciano. (González. F; 1987)

La existencia de estereotipos y actitudes hacia los ancianos claramente negativos, tienen sus consecuencias en conductas de discriminación, apartamiento y desintegración de los ancianos. Observándose también, que el haber estado expuesto toda una vida a un sistema social que prejuzga y estereotipa negativamente al anciano, hace que el sujeto entre a esta etapa de la vida con una idea derrotista y negativa de la misma, lo cual va a provocar que le cueste adaptarse a ella³⁷.

Berger-Prinz (1965), Kehrer (1959), Haseleoff (1956) y Naugarten (1963) hacen responsable de la llamada edad media de la vida a una actitud prestablecida de expectativa errónea. Jiménez, A. (1989) sostiene que : "La vejez es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando a lo largo de la vida. Somos nosotros los encargados de que ese proyecto llegue a buen término, concientizándonos nosotros mismos y a los que nos rodean, de lo que la vejez significa, para estar preparados cuando ésta llegue y comprender a los ancianos que nos rodean. Hacia esta meta debemos encaminar nuestros esfuerzos, dándole a los ancianos el

³⁷ González, M. (1987). Aspectos psicosociales de la Tercera Edad. *Geriatrics*: 3 (7), 286-299.

lugar que les corresponde, asegurándole una vida digna tanto en su propio interés, como también en el de sus descendientes y de la sociedad en general".

Esto nos hace reflexionar a cerca del papel que juega la educación en la actitud de los individuos hacia otros grupos de la sociedad, es necesario estimular los programas de preparación hacia la vejez desde los primeros periodos de vida del individuo, para que éste en un tiempo futuro vea su vida con plenitud de satisfacciones que abarquen sin lugar a dudas la vejez. Esto nos permite concluir que la educación romperá las ataduras de los prejuicios hacia la vejez³⁸.

El Anciano y su Entorno Social.

Vida Laboral:

Nuestro sistema social se basa en la actividad productiva, (González. F; 1987, Jimenez Herrero; 1989, Castro N.; 1989, y Caballero J. 1989), es decir, se refiere a toda aquella acción remunerada en la que se basa gran parte de la adaptación del individuo al medio social, ya que quien trabaja recibe dinero a cambio y por lo tanto puede conseguir bienes y servicios de nuestra sociedad. Una vez que el individuo se integra en el mundo laboral, el trabajo va a formar el esquema organizador de nuestra existencia (González, F. 1987). Sin embargo, al llegar a la vejez nuestro propio sistema social en vez de mantenerlo integrado lo aparta de él.

Edad de permanencia en una profesión. No parece existir una edad media general de permanencia en una profesión, sino más bien parece que el tiempo en que permanezca en determinada profesión depende fundamentalmente de dos variables, que si se analizan estrictamente pueden reducirse a una sola:

³⁸ Jiménez, A. (1989). El Autoconcepto en el Anciano en Tres Situaciones de Estancia Diferente. (Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM).

Características requeridas por la profesión: Aquí la relación encontrada entre las características profesionales y edad de permanencia en la misma indican que a medida que una profesión exige mayor esfuerzo físico esta edad disminuye considerablemente. Por ejemplo, el aspecto pluridimensional del trabajo pesado en la edad senil ha sido destacado por Eitner, Trojer y Masius en 1971. Si en la actualidad hay personas de esa edad que manifiestan signos de deterioro, quizás con mayor frecuencia que otras, ello puede deberse en gran medida a un curso vital, es decir, está determinado por la biografía y por la situación. Es de esperar que los más jóvenes que están al corriente de todo, gracias a unas medidas de constante promoción y cualificación se mantengan, mediante un permanente entrenamiento, plenamente capacitados para los trabajos pesados, hasta una edad avanzada³⁹.

Eitner, Trojer y Masius afirman lo siguiente: La enumeración de las correlaciones demostradas en el trabajo pesado y los trastornos de la salud no justifica en absoluto la conclusión final de que el trabajo pesado sea en general patógeno (1971), no es el trabajo pesado corporal, el trabajo muscular en si el que fomenta el envejecimiento prematuro, sino el trabajo pesado sometido a ciertas circunstancias que ponen en peligro la salud. En cambio el trabajo muscular dinámico y pesado, con posibilidades de restablecimiento, con la recuperación asegurada de la energía laboral mediante el tiempo libre, un sueño suficiente, las actividades que le compensan al sujeto, la adaptación del comportamiento y los ratos de ocio y las vacaciones, es un factor que contrarresta el envejecimiento biológico (Eitner, 1971)⁴⁰.

Cualidad de la profesión: En el sentido de que cuanto más se potencia y permite el desarrollo intelectual del trabajador, más tiempo tiende éste a permanecer en él. Por ejemplo, el análisis realizado por Hofbauer (1968) señala la gran importancia de los factores

³⁹ Lehr, U. (1980). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder

⁴⁰ *Ibid*, pp. 432.

dependientes de la empresa y pone claramente de manifiesto la importancia relativamente reducida de las facultades y cualidades de los trabajadores de edad avanzada que puede basarse en la creencia de que a éstos no les resulta ya posible los procesos de readaptación y aprendizaje necesarios para dicha racionalización⁴¹.

Así Murrel y Forsait (1960) Breen y Espacet (1960), Murrel, Powelland y Forsait (1962) no han hallado ningún tipo de diferencias en el rendimiento final mensurable.

Murrel , Powesland y Forsait(1962) comentaron: "Parece ser que la experiencia compensa, en la práctica, los impedimentos de las personas de edad avanzada".

Conflictividad laboral: La problemática laboral que presentan un trabajador de edad es diferente de la que presenta un trabajador joven. Generalmente entre los trabajadores jóvenes de mediana edad, la problemática laboral proviene de la elección profesional, la habituación a la vida laboral, las discrepancias entre las expectativas propias y la realidad profesional, los ascensos de categorías y de sueldo, Tecles ha encontrado, sin embargo, que los problemas laborales de los trabajadores mayores proceden de las siguientes áreas: 1) Ascensos, 2) Enfrentamientos superior-subordinado, 3) relación con la vida privada, 4) Desarrollo en la autoimagen como producto de diversos factores tales como la inminencia del final de la vida laboral. (jubilación)⁴².

1.-Ascensos: En la tercera edad predominan los problemas de ascenso y las cuestiones relativas al progreso en la propia profesión, que son vivenciados como factores perturbadores.

2.-Enfrentamientos superior-subordinado: Los factores perturbadores de la vida laboral no aumentan con los años, a lo sumo son cualitativamente distintos. Incluso aquellos elementos perturbadores

⁴¹ Op. cit. pp. 432.

⁴² González, M. (1987), Aspectos Psicosociales de la Tercera Edad. *Geriatrics*. 3 (7), 286-299.

que permiten demostrar, en principio la conexión de la edad con el cambio de puesto de trabajo, con la conciencia de la caducidad de la propia situación profesional, con la problemática superior-subordinado y con la problemática de la competencia, sólo en parte revelan esa conexión cuando se les somete a un análisis detallado, mientras que, por el contrario, se muestran claramente como algo determinado por las circunstancias históricas de la época, dependientes, además, de la estructura de la personalidad y de la situación biográfica global (Lehr y Thomae, 1958; Dreher, 1969)⁴³.

3.-Relación con la vida privada.: Se advierte con frecuencia que los factores perturbadores de la "esfera familiar" son los problemas familiares o de educación de los hijos, preocupación por los propios padres, que afectan especialmente al individuo en la adultez media influyen y sobrecargan la vida profesional y viceversa, un clima profesional enrarecido, por ejemplo, puede constituir un grave factor perturbador de la vida familiar (Leher, 1969)⁴⁴.

4.-Descenso de la autoimagen.: Hay una serie de estudios que han probado que la distancia temporal de la fecha fijada para la jubilación determina la actitud con respecto al cese de la actividad profesional (Kuhlen, 1959, Flemings, 1963; Dreher, 1979; Lehr, 1969, Geist; 1968) se resumen de este modo los hallazgos que apuntan en esta dirección, "cuanto más próximo se halla el retiro en un individuo, más fácil es que se resista a la idea de jubilarse". Una vez que ha tenido ya la jubilación, el proceso de adaptación puede resultar con frecuencia más favorable de lo que anteriormente se había pensado. La angustia ante la jubilación tiende a elevarse al máximo cuando el individuo se aproxima a la edad reglamentaria; sobreviene el estrés más importante inmediatamente antes de que el retiro tenga lugar⁴⁵.

Las investigaciones esclarecen que el hecho de que una situación profesional experimentada momentáneamente como

⁴³ Ibid. pp. 286-299.

⁴⁴ Op. cit. (286-299).

⁴⁵ González, M. (1987). Aspectos psicosociales de la Tercera Edad. *Geriatría*, 3 (7), 287-299.

negativa por los sujetos de 50 a 55 años, refuerza el deseo de dejar la profesión. El grupo de edad sin embargo, que se tropieza de buenas a primeras con la edad de la jubilación se comporta a la inversa: los sujetos de más de 60 años cuanto mas descontentos se hallaban con su curriculum y las circunstancias profesionales actuales, tanto más negativamente se enfrentaban con el cese de su actividad profesional. Cuanto mas satisfechos estaban de su curriculum vitae y de su situación laboral actual, tanto mas positiva era también la actitud frente al retiro (Lehr y Dreher, 1968, Reichard, Livson y Peterson, 1962). Este hecho que se contradice con la expectativa general, se podría explicar mediante la ley psicológica del "efecto de las acciones no acabadas", lo cual se ha podido también comprobar claramente con otros estudios relativos a la actividad profesional de la mujer (Lehr, 1969)⁴⁶.

Una actitud de expectativa respecto del cese de la actividad profesional y amplios proyectos para el futuro parecen ir muy unidos (Lehr y Dreher 1968; Dreher, 1969). Tanto el grado de orientación (Thompson; 1958, Héroe; 1963, Dandismo y Cuneo; 1965, Ash; 1966), como el de la preparación o planificación del porvenir se consideran muy importantes en este sentido (Oliver; 1960, Mack, 1958, Ciuca y Mustata; 1969, Stanford; 1971, I, 1971). Thompson (1958) en base a los resultados de una investigación en la que se relacionaba la anticipación de estado de jubilado con la jubilación, examinada desde el punto de vista de la adaptación, para destacar que una actitud positiva ante el retiro, un alto grado de orientación respecto de las circunstancias específicas inherentes a la existencia de unos planes concretos para dicho periodo, facilitan la adaptación⁴⁷.

Rendimiento laboral. No podemos hablar de rendimiento laboral en bruto, sino que el tipo de trabajo debe tenerse en cuenta a la hora de hablar de él. Clark (1956) ha encontrado que cuando el trabajo requiere fundamentalmente altas dosis de atención y concentración,

⁴⁶ Op. cit. (286-299).

⁴⁷ González, M. (1987). Aspectos psicosociales de la tercera Edad. *Gerintrika*. 3 (7), 286-299

el aumento de edad no hace disminuir el rendimiento del trabajador, y por el contrario la aumenta.

Aquí lo que se encuentra es que cuando se acompaña el rendimiento de los trabajadores mayores con el de los jóvenes no aparecen diferencias⁴⁸. Si bien el anciano sufre el normal deterioro de sus facultades físicas con el transcurso de la edad, suple esta pérdida con la experiencia, variable que parece ser la responsable de que en tareas conocidas, jóvenes y viejos posean rendimientos similares⁴⁹.

Accidentes laborales. Mientras que las personas jóvenes parece ser que se accidentan más debido a su falta de experiencia y a que el riesgo y las situaciones peligrosas actúan como reforzadores positivos para su conducta, el anciano se accidenta debido fundamentalmente al normal descenso que experimenta con la edad en los tiempos de reacción y los retrasos en la percepción de situaciones de peligro⁵⁰.

Los autores Vernon (1936) y Cosarías (1940) lograron demostrar que la tendencia a los accidentes es mucho mayor entre los jóvenes, afrontan situaciones de peligro, por lo que la frecuencia de los accidentes es mayor. Se ha observado sin embargo, que a las personas de edad avanzada se les encomienda, en ocasiones, oficios especialmente arriesgados⁵¹.

Ausentismo laboral. Por ausentismo laboral se entiende la ausencia al puesto de trabajo en horas laborales, originado, fundamentalmente por la imposibilidad de asistir al mismo, generalmente ocasionado por enfermedades padecidas por el sujeto. Está extendida la creencia de que los trabajadores ancianos, dado su aumento de edad y como consecuencia del natural deterioro de sus

⁴⁸ Ibid. pp. 289-299.

⁴⁹ Op. cit. pp. 289-299.

⁵⁰ Ibid. pp. 289-299.

⁵¹ Lehr, U. (1980). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder (pp.432).

facultades, es más susceptible de sufrir enfermedades, y por lo tanto de faltar a trabajar. (González, M.; 1987).

Parece ser (Lehr, U. 1980) que los índices de ausentismo laboral, no sólo no son mayores en el caso de los trabajadores mayores, sino que muy al contrario, parece ser que los trabajadores jóvenes se ausentan mas veces del trabajo que los trabajadores viejos⁵².

La revisión de los resultados de las investigaciones correspondientes demuestran, sin embargo, que si bien los trabajadores jóvenes faltan con mayor frecuencia al trabajo, los obreros más viejos faltan en cambio raramente, pero cuando faltan, permanecen alejados del trabajo largos periodos. Habría que hacer responsable de ello, por un lado, a una convalecencia mas prolongada; por otro, quizás también a un cierto temor por parte de los trabajadores de mayor edad a declararse enfermos con demasiada frecuencia o bien a su afán por alejarse de la empresa, sólo cuando se encuentra ya en un estado avanzado de su mal, debido en ocasiones al miedo de perder prematuramente su puesto de trabajo por bajas frecuentes⁵³.

Los estudios más diferenciados, como los últimos que se han mencionado, indican que ha de hacerse responsable del ausentismo a múltiples factores, además de la capacidad de rendimiento. H. Stirn y H. Paulo (1963) señalan con sentido crítico el valor demostrativo del estado de salud en el cual desempeñan un cierto papel los factores ambientales de la empresa, el contacto con los superiores, el trato con los propios colaboradores y los demás trabajadores, la responsabilidad conjunta y las decisiones del grupo, el índice de satisfacción que la actividad promueva, el tipo de ésta última, la posibilidad de ascender y las cuestiones salariales (Paulo; 1963, Honn; 1956)⁵⁴.

⁵² González, M. (1987). Aspectos Psicossociales de la Tercera Edad. *Gerontika*. 3 (7), 286-299.

⁵³ Lehr, U. (1980). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.

⁵⁴ *Ibid.*, pp. 432.

En conclusión no es cierto que el ausentismo laboral sea mayor en los trabajadores mayores, sino que simplemente posee características diferenciales con respecto a los jóvenes, debido fundamentalmente a que las enfermedades de los trabajadores de edad suelen ser más largas y complicadas que las de los jóvenes, quienes, como se ha visto, enferman más a menudo que los mayores.

La Jubilación: Es el mecanismo mediante el cual se aparta al sujeto al llegar a una determinada edad. Su fundamento social estriba en el que el anciano es una persona que ya no produce, por lo que se le quita del mundo laboral, aunque, eso sí, se le asegura mínimamente su existencia durante el resto de sus días (González, F. 1987).

La jubilación no ha existido siempre, es un invento de nuestro sistema social, y más concretamente surge como producto de las diferentes revoluciones industriales y tecnológicas que enfocan a la sociedad cada vez más hacia la producción y el consumo. Antiguamente la jubilación no existía, y al ser las familias los focos principales de producción, el anciano no se apartaba del trabajo, sino que simplemente adoptaba nuevas tareas y nuevos roles, con lo que permanecía activo y útil. Actualmente el único sector donde se conserva restos de este sistema es el agrario, donde el trabajador, a pesar de recibir jubilación, suele mantener por norma general algún grado de actividad similar a la que mantuvo durante toda su vida⁵⁵.

Problemática: Todo cambio de edad exige adaptarse a una situación nueva en la vida y como tal supone problemas, demanda cierto ajuste y reorientación; pide abandonar modos anteriores de comportamiento, obligaciones y derechos, así mismo asumir nuevos deberes. Se vivencia, a menudo el reajuste como situación de sobrecarga (Lerh, U; 1980). Uno a uno de tantos cambios es la jubilación, la que supone graves perjuicios económicos a causa del

⁵⁵ Op. cit. pp. 432.

sistema de pensiones actual, la posesión con mucho tiempo libre para rellenarse con bastantes actividades. Más grave aún es la autopercepción de inutilidad y de vejez que la jubilación trae parejo, y la muy probable modificación del locus de control, que pasa de ser más o menos interno (el individuo lo controla) a ser fundamentalmente externo (depende de la pensión, la familia, etc.)⁵⁶.

Las actitudes hacia la jubilación: Con respecto a la edad del sujeto y su relación con las actitudes de las personas hacia la jubilación, se ha encontrado que a medida que la edad aumenta -y por lo tanto le resta menos tiempo para alcanzar la jubilación-, su actitud hacia ella se va convirtiendo en negativa, mientras que una vez que el sujeto se ha jubilado y a medida que transcurren los años, las actitudes hacia la jubilación comienzan a hacerse más y más positivas. Dreher (1969); Lehr y Dreher (1969); y Thomae (1969) reafirman lo anterior, indicando que la jubilación es un acontecimiento vital cuyo advenimiento es temido⁵⁷.

En cuanto a las características intrínsecas del trabajo desarrollado y de la empresa donde se desempeña, se ha encontrado que las actitudes hacia la jubilación generalmente son más positivas entre aquellas personas que desempeñan trabajos que requieren fuertes esfuerzos físicos y/o elevados dotes de habilidad y destreza manual, mientras que en aquellos trabajos que requieren aptitudes intelectuales para su desempeño la jubilación recibe una valoración menor, y por lo tanto una actitud negativa (Filenbaum; 1971, Epstein y Murray; 1967, Lehr; 1969, Dreher; 1969, etc). Con respecto al tipo de empresa, el factor investigado ha sido el tamaño de la empresa y actitudes hacia la jubilación (Gordon; 1961, Lehr y Dreher; 1969, Thomae; 1969) en el sentido de que cuanto más pequeña sea la empresa, más negativas serán las actitudes del trabajador hacia el adecuamiento de la jubilación.

⁵⁶ Ibid. pp. 432.

⁵⁷ González, M. (1987). Aspectos Psicosociales de la Tercera Edad. *Geriatrics*, 3 (7), 286-299.

En cuanto a la satisfacción actual del trabajador. Gordon (1961) encontro que a medida que aumenta la satisfacción en el trabajo aumentan las actitudes hacia la jubilación. Por su parte, Tuckman y Lorge (1955) encontraron que la actitudes hacia la jubilación aumentan cuando en la vida profesional del individuo aparecen complicaciones. Por su parte Lehr (1980) encontro una relación positiva entre estas dos variables⁵⁸.

Preparación para la jubilación: De acuerdo a los resultados, habría que aceptar la relación entre la preparación al retiro, la expectativa positiva al respecto de esta situación, la determinación voluntaria del acto de despedirse de la vida profesional y la adaptación efectiva a la situación de jubilación.

Muchos autores atribuyen la rápida adaptación a la situación de retiro a una inteligencia más elevada, a un nivel superior de flexibilidad (Heron, 1963) y a una mejor integración social (Foskett; 1955, Simpsom, Back y McKinney; 1966, Stokes y Maddox; 1968)⁵⁹.

Dentro del proceso de adaptación se observa, en muchas ocasiones, una reestructuración de la vida conyugal.

La afirmación de que la jubilación provoca ruptura de vínculos sociales (Cuming y Henry, 1961) se orienta de nuevo hacia una psicología de la senectud. La reducción de los contactos con los colegas de profesión constituye, en muchas ocasiones, el punto de partida de esa forma de ver las cosas.

Si se examina la situación familiar cabe comprobar una modificación de los contactos sociales en una época mucho más temprana.

El aspecto económico:

⁵⁸ Ibid. pp. 286-299.

⁵⁹ Op. cit. pp. 286-299.

El dinero no resuelve, ciertamente, todos los problemas de los ancianos, pero es evidente que un nivel de ingresos suficiente dignifica su propia imagen haciendo, en muchos casos, más soportables las cargas de la edad y las "amarguras del envejecimiento" (Caballero, J. 1989).

El salario constituye, para una gran mayoría de las personas el único sustento, siendo la pensión al alcanzar la jubilación, la principal fuente de ingresos.

Numerosos pensionistas de hoy se debaten en la necesidad de sobrevivir en una precariedad de medios con la que deben afrontar sus aspiraciones personales, familiares y sociales.

Ante esto: ¿Qué estrategias siguen los ancianos para estirar sus pensiones ? ¿Cómo es que aún y con todo quedan algunos que se permiten hasta el lujo de ahorrar?.

En cualquier caso, a nadie se le escapa que el balance gestor de tan minúscula economía se realiza siguiendo la ley del bajo consumo, sometién dose a severas restricciones en las necesidades primordiales, observando las siguientes⁶⁰:

1. Ahorro eléctrico desmedido que, a su vez, es causa de viviendas semioscuras y origen de accidentes domésticos.
2. Ahorro energético para con los medios de calefacción, con la consiguiente frialdad ambiental y tendencia a la escasa movilidad, enclaustramiento y, por lo tanto, al aislamiento y desvinculación social.
3. Ahorro energético en la elaboración culinaria que lleva a la preparación de comidas rápidas y muchas veces frías, lo que a su vez produce trastornos dispépticos digestivos y escaso utillaje auxiliar.
4. Ahorro para con los medios de comunicación, información y cultura como prensa, revistas, libros, T.V., teléfono, etc. Lo que

⁶⁰ Caballero, J. (1989). Recursos Económicos en la Vejez y sus Repercusiones Sociales. *Geriatría*. 5 (2), 111-114.

origina pérdida de opinión, de desinterés progresivo ó hacia el entorno, lo que supondrá tarde o temprano un factor de riesgo para numerosos trastornos psíquicos.

5. Ahorro en el calzado-vestido que ocasiona no sólo la pérdida de imagen digna si no lo que es peor; vestimenta inapropiada para la estación o clima imperante.

Además de las repercusiones económicas propias de la jubilación, debemos tener presentes sus implicaciones sociales para la influencia en el entorno inmediato, menos poder de consumo, aislamiento, marginación y aparición de costumbres anómalas.

Cuando la edad cronológica se incrementa ó más bien aparece el estado de viudez, estas condiciones se soportan menos, por lo que de manera voluntaria o mediante la inducción familiar, se solicita la institucionalización residencial u otra forma de ayuda social comunitaria.

La familia.

-Definición: El hombre siempre ha existido en grupo en relación con sus semejantes, vive en una sociedad, en instituciones cuyas bases materiales y normativas se generan y transmiten mediante la cultura; a través de ella el hombre puede acumular experiencias y conocimientos y transmitirlos a sus descendientes; de esa manera las sociedades humanas, gracias a la cultura, se caracterizan por su tendencia al progreso.

Dentro de la sociedad, el individuo inicia su vida con el conocimiento, termina con la muerte y conoce crisis del desarrollo, la plenitud y la decadencia, que son la pubertad, la madurez y la senectud. Las sociedades desarrollan ritos que señalan el cambio de situación o del estado de sus miembros, de acuerdo con el ciclo de vida que inexorablemente tienen que cumplir.

La familia es una unidad natural, biológica y socialmente hablando, ella permite que los menores sean atendidos y educados dentro de los patrones del grupo, que atiende su subsistencia y su socialización, prepara a los individuos para seguir la conducta que el grupo prescribe como correcta y para desempeñar las funciones que se les van asignando en el transcurso de su desarrollo y crecimiento, a lo largo de todo su ciclo de vida.

Además de la familia natural, nuclear o reducida, existe también la familia grande o extensa en la que se reúnen los padres, los hijos y los nietos con inclusión de yernos y nueras para integrar unidades económicas amplias, jefaturas por algunos miembros de la familia, masculino o femenino, según las reglas del parentesco y de su autoridad que rija en el grupo. Estas mismas reglas establecen todo lo que se refiere a la descendencia⁶¹.

La familia en la sociedad actual. La familia es el entorno vital que envuelve la vida de una persona. Siendo así, el advenimiento de la vejez o ancianidad para el individuo, de alguna manera influye en la dinámica familiar, y también es posible que la dinámica familiar, influya de alguna manera en la forma con la que el sujeto haga frente a su nueva situación.

Por una parte nos vamos a encontrar con que los hijos ya han crecido y empiezan a ser autosuficientes con lo que la independencia mantenida por ellos va haciéndose menor, la vida familiar puede alterarse y modificarse grandemente, de forma que se cambie incluso de domicilio por vivir con los hijos o bien en residencias (González, F; 1989).

Debemos de observar que el modo de producción capitalista adapta la estructura familiar a sus necesidades productivas. El productor varón debe mantener a su mujer y a sus hijos, a los que debe preparar para integrarse en el proceso productivo. El padre

⁶¹ Arriaga, G. G. (1988). *La Anciana en el Contexto Familiar. Un Análisis Clínico*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana).

tiene como función, además de producir él, preparar fuerza de trabajo. Este esquema, además deja en completa libertad al hijo para formar su propia célula familiar, o simplemente abandonar el hogar familiar y organizar su existencia separadamente. No existe obligación de atender al padre en la vejez. No hay tampoco ningún papel importante reservado al anciano. Teóricamente es el Estado quien debe velar por él⁶².

Este esquema va acompañado de un cambio importante en las formas de vida. Por un lado, está la reducción de la natalidad, por otro se habla de un mayor afán de independencia, de tener movilidad, de viajar, de la liberación de la mujer y de su desapego de las funciones del hogar, de la pronta independencia de los hijos, del choque generacional, de la pérdida de respeto, de que las viviendas son pequeñas y no caben en ellas los ancianos⁶³. Lo que sucede, es que ciertamente hay casos de abandono y de falta de respeto filial que resultan muy escandalosos, pero que representan un pequeño porcentaje de los ancianos.

Ursula Lehr (1980) nos comenta que actualmente aumenta la tendencia de que los ancianos no vivan con los hijos o que lo hagan a corta distancia. Por otra parte que el nivel de integración entre los padres e hijos suele ser bastante alto, alcanzando el nivel de comunicación al menos una vez al día, aunque sea telefónicamente para casi las dos terceras partes de las familias⁶⁴.

La tendencia a la separación padres-hijos es deseada y potenciada no solamente por los jóvenes, sino también por los propios ancianos. Este hecho puede contribuir a aprobar una vez más la teoría de la activación, en el sentido de que no sólo son los jóvenes quienes necesitan actividad y dependencia, sino también los ancianos la necesitan. Vemos además cómo esta independencia del anciano no es total, tampoco la del hijo, ya que si bien ambos desean

⁶² Crisis, M. M. (1988). *Estructura Familiar. Situación Familiar y Social*.

⁶³ *Ibid*, pp.

⁶⁴ González, M. (1987). Aspectos Psicosociales de la Tercera Edad. *Geriatría*. 3 (7), 286-299.

no vivir juntos, desean vivir no demasiado separados para poder seguir interactuando.

En cuanto a la falta de apego a la familia, fundamentalmente de los hijos, se ha encontrado que depende de diversos factores como son la satisfacción conyugal, la extroversión social, las condiciones socioeconómicas, el lugar de residencia y el estado de salud.

Por lo que respecta a la satisfacción conyugal, se ha encontrado que ésta influye, principalmente, en forma negativa en gran número de mujeres con el grado de apego a los hijos, es decir cuando la vida conyugal es satisfactoria, el grado de apego a los hijos es menor que cuando la vida se ha vivido negativamente. Se ha encontrado, que los ancianos que por las circunstancias que sea viven solos (viudez, divorcio, etc.) muestran mayores grados de apego a los hijos, si es que los tienen.

En cuanto a la extroversión social y el nivel de contactos sociales mantenidos por el sujeto, Lehr y Tomahe (1968) han encontrado que aquellos ancianos socialmente activos tienden a mantener poco contacto con sus hijos, es más, no desean aumentarlos; en contraparte, los ancianos que son socialmente inactivos, suelen mantener intensos contactos con sus hijos y verbalizan que les gustaría aumentarlos⁶⁵.

Por lo que toca a las condiciones socioeconómicas, se encuentra que el apego y la vinculación a los hijos suele ser mayor en ambientes socioeconómicos bajos y menor en altos.

La familia y el Centro Geriátrico. La familia que se plantea el ingreso de uno de sus familiares a una institución puede verse orillado a lo que se denomina "ciclo de ruptura familiar" (Beugston y Kuypers; 1985).

⁶⁵ Ibid. pp. 286-299.

Este ciclo es disparado "por una situación crítica" que pone en evidencia la vulnerabilidad de la familia; los moralismos o prescripciones estereotípicas sobre cómo se debería actuar en estos casos puede generar sentimientos ambiguos o abiertamente hostiles entre los miembros de la familia, ante la evidencia pragmática de la imposibilidad de actuar en consecuencia. Esto tiene como resultado un etiquetado negativo de la competencia familiar, ya que probablemente exista una historia pasada de fracasos ante situaciones de crisis. El siguiente paso será la indefensión inducida, evidenciada por la falta de operatividad de la familia. Todo esto conducirá a la atrofia de las capacidades familiares de afrontamiento, manifestada en la aplicación de estrategias ineficientes. El ciclo se cierra a sí mismo al reforzar ésta última fase la creencia en la propia incompetencia, factor que aumenta la vulnerabilidad ante futuras crisis⁶⁶.

Hemos analizado hasta el momento los factores biopsicosociales que influyen en la población anciana, pero de qué manera éste se adapta a los cambios. A continuación se da un análisis de las teorías más aceptadas y aplicadas dentro de la adaptación del anciano.

Modelos teóricos que explican la adaptación a la tercera edad:

Definiremos la adaptación, como el grupo de perfecto desenvolvimiento y de satisfacción que un organismo experimenta en una determinada situación. Muchas son las teorías que radican alrededor de este fenómeno: 1) teoría de la actividad (Tartler, 1961), 2) teoría de la desvinculación (Cumming y Herry, 1961), 3) teoría de la continuidad (Haislohe, 1971), 4) teoría del medio social (Rose, 1965; Streib, 1967), 5) teoría de la ancianidad como subcultura (Rose, 1965; Streib, 1967) y 6) teoría de la ancianidad como grupo minoritario (Rose 1965, Streib, 1967). De todas estas las dos primeras son las más aceptadas⁶⁷.

⁶⁶ Hotello, G. (1991). Tres Niveles de Intervención Psicológica en Centros Geriátricos. *Geriatría*. 7 (1), 32-35.

⁶⁷ Op. cit. pp. 286-299.

Teoría de la actividad. -Esta teoría parte de la hipótesis de que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a otras personas. En cambio, aquella que ya no es útil, que ya no desempeña función alguna en la sociedad, se muestra desgraciada y descontenta. Sin embargo, la vejez le supone al sujeto el advenimiento de una serie de acontecimientos que reducen su actividad y su control de la conducta, los principales son la jubilación, que supone la inactividad laboral y la sensación de ser útil, y los cambios familiares, ya que los hijos han crecido. Todo ello conduce a la inadaptación del anciano a su condición de viejo. Puede aducirse que si bien el anciano abandona una serie de roles puede adoptar otros, pero estos roles son valorados negativamente por el sistema como secundarios. Para este modelo teórico la adaptación del anciano a su condición de vejez aumentaría si se logran mantener en el individuo los sentimientos de capacidad, utilidad, el nivel de actividad, etc.

Teoría de la desvinculación. -Esta teoría afirma todo lo contrario al modelo teórico anterior. Para que el anciano se adapte es necesario que vaya experimentando una progresiva desvinculación de las actividades y contactos sociales. La excesiva actividad y los múltiples contactos sociales no contribuyen a una mejor adaptación del anciano a su condición, sino todo lo contrario.

Algunos autores han introducido modificaciones en este modelo teórico (Havighurst, Neugarten y Tobin 1964; Lehr 1969) en el sentido de que efectivamente se produce la desvinculación, pero postulan que a la vez se producen nuevos vínculos (actividades propias de los ancianos).

La teoría de la desvinculación diferencial, por su parte, reconoce tanto las disminuciones propias de la edad, como la necesidad de permanecer activo y comprometido con la vida durante la vejez⁶⁸.

⁶⁸ Lazcano Villegas, M. y Cols. (1991). Enfoque Biopsicosocial del Tiempo Libre en el Anciano. (Tesis del Diplomado en Gerontología. Universidad Iberoamericana).

CAPITULO III: EL SUICIDIO

Antecedentes.

El suicidio se constituye por su frecuencia en una de las causas más importantes de mortalidad. Teóricamente el suicidio es una muerte prematura y como tal debe prevenirse.

Conocer la motivación suicida implica una concepción holística del fenómeno, esto implica entender al hombre desde diversos puntos de vista: biológico, psicológico y social, puesto que estamos hablando de un acto multideterminado. Este entendimiento puede ayudarnos a una comprensión adecuada del problema y a la elaboración de líneas preventivas y de manejo.

Sabemos que el suicidio es un evento cuya mayor frecuencia se sitúa en los extremos de la vida. Diversos autores han demostrado en la tercera edad, un número creciente de personas que atentan voluntariamente contra su vida. Estadísticamente se calcula que aproximadamente el 25 por ciento de los suicidios ocurrieron en sujetos mayores de 65 años (Rudinger Vogel y Walfersdoff, M; 1989, Kirsling, R; 1986).

Esta alta frecuencia, justifica realizar estudios relacionados con este tema, especialmente dirigidos hacia la población anciana⁶⁷. Otro factor importante es el hecho de que los ancianos utilizan de preferencia métodos más radicales para quitarse la vida como armas de fuego o saltar de una ventana, por ejemplo.

De acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud cada día se suicidan en promedio mil personas y otras tantas fallan en su intento. Otras fuentes registran cifras aún más alarmantes: un promedio de nueve mil suicidios se producen diariamente en el

⁶⁷ Molina, V. (1988). Suicidio en el Anciano. (Tesis Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México).

mundo, llegando a consumarse unos mil setecientos (datos 1976)⁶⁸. El suicidio ha sido considerado como una de las más frecuentes causas de muerte, aún cuando las estadísticas oficiales sean a menudo inexactas y confusas. Estas indican una relativa frecuencia en las metrópolis, especialmente en Berlín y en algunos países como Australia, Suiza y Suecia⁶⁹.

En México las cifras indican que el índice de suicidio encontrado responde al 2.5 por ciento por cada 100,000 habitantes, lo que significa que una persona se suicida cada 10 a 20 minutos⁷⁰. Esto nos lleva a pensar que el suicidio es un fenómeno que mantiene una ocurrencia significativa por el alto número de muertes que alrededor de ella se dan, lo que lleva a elaborar un análisis de las concepciones más importantes de este acontecimiento.

Antes de llegar a ello es pertinente hacer una revisión de las variadas definiciones que se le han dado. La filosofía nos ha proporcionado muchos ejemplos y pensamientos alrededor del suicidio, Rousseau, nos dice⁷¹ "Filósofo de un día ¿ignoras que no puedes dar un paso sobre la tierra sin encontrar un deber que cumplir, y que todo hombre es útil a la humanidad con el sólo hecho de existir? Cada vez que te veas tentado de acabar con tu vida di en tu interior: "Quiero hacer aún una buena acción antes de morir: después ve y busca algún indigente que socorrer, algún infortunado que consolar. Si esta consideración te detiene hoy, también te detendrá mañana, el otro día, toda la vida."

Esta profilaxis propuesta por Rousseau no es común a todos los suicidas, porque en ellos la desesperanza ha crecido a través de un duro golpe hacía su deseo a la vida.

⁶⁸ Petin, A. (1986). *El suicidio. Comparativo de los Estudios Sociológicos, Psicoanalítico y Psiquiátrico*. (Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM).

⁶⁹ Willeim, (1979). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Rioduero.

⁷⁰ Congreso Nacional de Psicoanálisis (1988). Ciudad de Guanajuato.

⁷¹ Borras, T. y Sainz, F. (1953). *Diccionario de la Sabiduría y Conceptos*. Madrid: Aguilar.

Definiciones:

- 1) Suicidio: (Voz forzada a semejanza de homicidio, del lat. sui, de sí mismo, caedere, matar) m. acción o efecto de suicidarse. (Diccionario de la Lengua Española, 1987).
- 2) La enciclopedia Británica define al suicidio como el acto voluntario e intencional de autodestrucción y por ampliación al daño de otros (una forma de suicidarse sería el hacerse matar)⁷².
- 3) Angel Garma (1973) nos dice que el suicidio es un acto de autosadismo intenso⁷³.
- 4) Reyes, A.(1939) Define al suicidio como una acción encaminada a quitarse la vida. De una manera directa o con conductas indirectas autodestructivas⁷⁴.
- 5) El centro de estudio para la prevención del suicidio del Servicio de Salud Pública de U.S.A. dice que el comportamiento suicida se clasifica de la manera siguiente:

-Suicidio consumado: que son todos los actos autoinflingidos que llevan a la muerte⁷⁵.

-Intento de suicidio: cuando el atentado no llega a este fin⁷⁶.

Para la presente investigación se entenderá por suicidio todos aquellos actos directos o indirectos cometidos por el individuo y que merman contra su integridad física, provocándole la muerte. Los actos directos serán aquellos que incluyen el uso de armas de fuego, punso

⁷² Gitzano, A. (1973). Clínica y Terapéutica del Suicidio. Abadi, M. & Cols. (Ed) La Fascinación de la Muerte. (pp. 63). Buenos Aires:Paidós.

⁷³ Garma, A. (1973) Los Suicidios. Abadi, M. y Cols (Ed) La Fascinación de la Muerte.(pp. 63)Buenos Aires:Paidós..

⁷⁴ Reyes A. (1973) Los Suicidios y su Prevención. Instituto Nacional de la Senectud (Ed) Suicidios y Prevención.

México.

⁷⁵

⁷⁶ Molina, V. (1988) Suicidio en el Anciano. (Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM).

cortantes, ingestión de barbitúricos, etc. y los actos indirectos, como: dejar de comer, frecuentes accidentes sin motivo aparente, no tomar medicamentos indicados, etc.

Teoría Biológica.

Las anomalías neuroendócrinas en neurotransmisores y receptores se han asociado a la conducta suicida; existen diversos estudios que buscan encontrar marcadores biológicos presentes en estos pacientes. Así, los primeros estudios realizados por Buney y Cols (s/a) reportaron niveles elevados de 17 hidrocorticoesteroides urinarios en pacientes suicidas deprimidos. Subsecuentemente se han realizado múltiples estudios con resultados contradictorios. Entre ellos podemos encontrar reportes como los de Bucsmán, que describe haber encontrado disminuida la actividad de la MAO plaquetaria y respuesta aumentada en potenciales evocados en estudiantes con historia familiar de Suicidio⁷⁶.

En estudios postmortem, los niveles de serotonina y 5-HIAA se han encontrado disminuidos en distintas partes del cerebro. Las asociaciones más fuertes en cuanto a la disminución de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo se han encontrado en atentados violentos. Estos hallazgos se han reportado incluso en pacientes no deprimidos con esquizofrenia que realizaban el intento por mandato alucinatorio. Estudios realizados por J. Sidney Jones y cols (1990) determinaron la importancia del rol de los factores biomédicos, particularmente el del CSF 5-HIAA, en la conducta suicida del anciano.

Dentro de las pruebas del funcionamiento del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal, se ha reportado disminución en la respuesta de la TSH a la TRH. Además de alteración en la prueba de supresión a la dexametasona. Otros autores han hecho énfasis en las elevaciones

⁷⁶ Belusso, G. (1974) *Revista de Neurología*, 3 (3) 5-24.

elevaciones de cortisol plásmatico.⁷⁹ Estos modelos han podido reproducirse en modelos animales para conducta autodestructiva⁸⁰.

El punto de vista psicodinámico.

Las explicaciones psicodinámicas se han enfocado en el rol de la agresión y las consecuencias del mundo interno en cuanto a la internalización de los objetos frustrantes.

En *Duelo y Melancolía* (1917) y *Más allá del principio del placer* (1920) Freud marca el punto de partida para la comprensión del suicidio desde un enfoque psicoanalítico. Antes de estos dos trabajos, en 1910, había tocado el tema con un pequeño ensayo denominado "Contribuciones al simposio sobre el Suicidio"⁸¹.

En *Duelo y Melancolía*, Freud realiza una revisión de la melancolía a partir de la comparación con el duelo. Como en el *Duelo*, en la *Melancolía* el sujeto cesa de interesarse por el mundo exterior, vive en un estado profundamente doloroso y se encuentra incapacitado para amar. En estos casos la falta de interés que el sujeto muestra hacia el mundo exterior constituye la expresión de su absorción total a la labor de duelo. Esta labor de duelo constituye el proceso mediante el cual el sujeto va abandonando paulatina y dolorosamente, los lazos libidinosos que lo unían al objeto amoroso. Finalizada esta labor de duelo, se devuelve al yo la libertad de su libido, desligándola del objeto perdido.

Con respecto a la melancolía, en algunos casos constituye la respuesta a la pérdida de un objeto amado. No siempre, sin embargo, aparece con claridad, ni aún para el mismo sujeto, la fuente de su sufrimiento. Siguiendo la analogía con el duelo, mantiene Freud la hipótesis de la existencia de una pérdida de objeto, no ya a un nivel

⁷⁹ Molina, V. (1988) *Suicidio en el Anciano*. (Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM).

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 33.

⁸¹ Freud, S. (1973) *Contribuciones al Simposio sobre el Suicidio*. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Madrid Biblioteca Nueva, pp. 1636-1637.

consciente, sino a un nivel inconsciente. Más, ¿qué ha perdido el melancólico? Para contestar esta pregunta, es importante considerar un elemento que caracteriza a la melancolía y que no se presenta en el duelo, esto es, la presencia de una notable disminución del amor propio, un empobrecimiento del yo acompañado por insomnios y anorexia, es decir, por una disminución del instinto vital.

Esta caracterización de la melancolía pone de manifiesto que la pérdida del sujeto ha tenido lugar en su propio yo. Esto es, una parte del yo -la conciencia moral- enfrentándose a la otra y tomándola como objeto, ejerce sobre ésta una crítica despiadada, dejándola empequeñecida y atormentada.

Un examen atento de esta situación lleva a Freud a una interesante observación: muchas de las acusaciones que el melancólico se hace a sí mismo, están realmente dirigidas a otra persona a la que el sujeto ama o ha amado pero que se ha volcado contra el propio yo.

Este proceso puede concebirse entonces, en los siguientes términos: a) relación ambivalente con un objeto; b) pérdida o cualquier forma de obligada renuncia a esa relación; c) introyección del yo de ese objeto ambivalente amado y odiado; d) descarga de la agresión en contra de ese objeto, ya internalizado en el yo.

Este sadismo -afirma Freud- daría la clave para comprender el problema del suicidio. Es fundamental subrayar que el yo no puede darse muerte a sí mismo, sino cuando el retorno de la carga del objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto; esto es, cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior⁸⁰.

⁸⁰ Freud, S. (1973). *Duelo y Melancolía*, en *Obras completas*. Vol. II, op. cit. pp. 2097.

Siguiendo el nivel de análisis, el suicidio constituiría, en la fantasía inconsciente del sujeto, la descarga de su mortífera agresión contra un objeto internalizado, un ser que pertenece a su mundo interno. El suicidio, por tanto, encubriría y disimularía un homicidio ya sea por venganza, por envidia o como ataque defensivo contra un perseguidor. Los objetos internos resultan también víctimas de su agresión. Ellos sufrirían por este suicidio, por la culpa que el paciente genera en ellos al hacerlos responsables de su muerte.

El suicidio, como acto de masoquismo extremo, se analizará como la vuelta del sadismo contra de sí mismo, en un proceso resultante de mecanismos defensivos del yo. Su sentido sería el de evitar el mal mayor (vivencias persecutorias o altamente frustrantes) a costa de aceptar el mal menor (conducta autodestructiva). Ciertamente que esta ganancia -huida del objeto persecutorio mediante la autodestrucción- lo es únicamente en la fantasía del sujeto.

Por lo tanto, seguimos para el esclarecimiento del suicidio las mismas pautas que se aplican para la comprensión de cualquier acto psíquico dentro del psicoanálisis, se analizará la conducta autodestructiva como una apariencia (contenido manifiesto) que expresa y oculta una realidad subyacente (contenido latente) la cual escapa al conocimiento mismo del individuo que es autor de esta actuación. Así el acto suicida constituiría un medio para lograr un fin que no estaría en contradicción con el principio del placer; por el contrario, sería la búsqueda todo lo enmascarada que se quisiera de un fin placentero.

En 1920, con Más allá del principio del placer, Freud inicia una revisión fundamental de su teoría de los instintos. Aquí postula, por primera vez la existencia de un instinto de muerte en oposición al instinto de vida. Esta nueva dicotomía toma el lugar de la primera entre el instinto del yo y el instinto sexual.

En Más allá del Principio del Placer postula que al comienzo no tiene un dominio total sobre el curso de los procesos psíquicos. Si así fuera -afirma- todos los procesos psíquicos serían placenteros, lo cual no ocurre así. ¿Qué es entonces lo que interrumpe la obtención continua del placer? Freud menciona tres factores:

- 1) La consideración de aquellos casos en que el principio del placer domina al principio de realidad ocasionando daño al organismo.
- 2) Otra fuente de displacer es la que se origina a consecuencia del conflicto que genera en el yo la existencia de instintos incompatibles entre sí, que buscan la consecución simultánea del placer.
- 3) Bajo el dominio del placer existen formas de convertir en objeto de recuerdos y de elaboración psíquica, situaciones o sucesos desagradables como una forma de lograr un dominio sobre los mismos.

Sin embargo, a partir del análisis de las neurosis traumáticas en las que el sujeto revive continuamente la situación traumática en su vida onírica, representada por la actividad de los niños que convierten en juegos, sucesos penosos, así como, la obsesión de repetición que presentan los neuróticos en el curso de su tratamiento psicoanalítico, de esta forma Freud postula la hipótesis de la existencia de un instinto más primitivo y elemental que el principio del placer, instinto que tiende a una obsesiva repetición. Mas, ¿Cómo surge esta tendencia, bajo qué condiciones y qué relación tiene con él principio del placer?

Para responder a estas preguntas postula Freud que en una época indeterminada aparecieron en la materia inanimada, como consecuencia de ciertas fuerzas, las cualidades de lo viviente. La tensión generada en la materia antes inanimada intentó equilibrarse y de esta forma surgió el primer instinto: volver a lo inanimado. Sin

embargo, cuando las influencias exteriores se transformaron, obligaron a la sustancia viva a rodeos cada vez más complejos para alcanzar la muerte. estos rodeos, entonces mantenidos por los instintos conservadores, constituyeron el conjunto de los fenómenos vitales.

De esta forma modifica Freud el concepto de instinto y lo define como una tendencia propia de lo orgánico a la reconstrucción de un estado anterior, que lo animado tuvo que abandonar bajo el influjo de fuerzas exteriores.⁸¹ Bajo esta luz los instintos de conservación se consideran instintos parciales, destinados a mantener las posibilidades no inminentes del retorno a lo inorgánico, el organismo no quiere morir sino a su manera.

Los instintos sexuales, que en la primera teoría se contraponían a los instintos de autoconservación, se asimilan aquí a los instintos de vida, al Eros, como fuerza tendente a mantener unido todo lo inanimado bajo su inclinación a formar unidades cada vez mayores, conformaría un medio de neutralizar los instintos de muerte. La función de la libido sería la de volver inocuo el instinto de muerte, desviándolo al exterior. La parte de ese instinto de muerte se pone al servicio de la función sexual y constituye el sadismo propiamente dicho.

El instinto de muerte se encuentra en su totalidad originalmente en el interior, posteriormente una parte es enviada hacia el exterior actuando como agresividad, mientras que la parte que permanece dentro constituye el masoquismo primario. No obstante, cuando la parte enviada hacia el exterior tropieza con obstáculos demasiado grandes, vuelve a dirigirse hacia adentro y se manifiesta en forma de masoquismo secundario.

Siguiendo los planteamientos Freudianos, el suicidio constituiría el producto del instinto tanático no adecuadamente elaborado, no

⁸¹ Freud, S. (1973) *Más allá del principio del placer*. Op. Cit., 2525.

dirigido hacia afuera y no amalgamado convenientemente con los instintos de vida.

Angel Garma (1987) hace una revisión sobre el suicidio llegando a las siguientes afirmaciones:⁸⁴

El suicidio es un fenómeno psicológico provocado por una serie de factores, entre los que se destacan los del ambiente. En efecto las estadísticas demuestran claramente que el número de suicidios varía respondiendo a acontecimientos sucesivos en el ambiente familiar o social del individuo.

Los factores motivacionales para el atentado contra la propia vida, está indicado como se menciona anteriormente, ¿Pero cuáles son estos factores?, Garma comenta que cuando el individuo pierde a una persona amada o tiene un quebrante económico, el individuo lo observa como una pérdida irreparable. Para éste la vida carece de interés ya que se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos. Al perder su vida el carácter interesante o agradable, no extraña que el individuo piense poner fin a su vida (Psicoanalíticamente se podría expresar como la pérdida de un objeto libidinal muy valioso).

El suicida desea desaparecer de la vida, del mismo modo que para él ha desaparecido su objeto libidinal. Existe, en cierto modo, una identificación con el objeto perdido y también con la suerte acaecida a este objeto.

La identificación con una persona querida que ha muerto es a veces tan intensa que puede conducir a desear la misma muerte que aquélla. Garma a su vez hace un análisis de los estados depresivos en donde inicia diciendo que el suicidio es un acto de autosadismo intenso, donde el yo realiza una acción agresiva contra sí, de una fuerza tal que consigue destruirse⁸⁵.

⁸⁴ Garma A. (1987) Los Suicidios. Abadi, y Cols (Ed). *La Fascinación de la muerte*, (p.67) Buenos Aires: Paidós.

⁸⁵ *Ibid* pp. 65.

La enfermedad psíquica en que es más intenso el peligro de suicidio es la melancolía. El melancólico refiere que con su muerte quiere rehuir de una vida desagradable o que busca la muerte para castigarse por sus múltiples culpas. Las tendencias autoagresivas del melancólico no se manifiestan solamente en sus ideas de suicidio, sino también en los reproches que por sus diferentes motivos se hacen a sí mismos.

En los límites de la normalidad hay un estado psicológico que presenta características similares a las que ofrecen el estado melancólico patológico. Este estado es el duelo, es decir, el estado de tristeza en que se encuentra un individuo que ha sufrido la muerte de una persona querida.

En el complejo psicológico del duelo por la muerte de una persona querida hay cuatro factores distintos:

1. Disminución de la intensidad de las tendencias afectivas dirigidas a la representación intrapsíquica del objeto amado.
2. Tristeza.
3. Depreciación de la realidad.
4. Algunas tendencias agresivas en contra del yo.

Este es el duelo que se puede llamar normal. Enfóquese ahora en el sentido de la melancolía.

Tomando en cuenta los factores y toda su complejidad psicoanalítica, la génesis y la psicología de la melancolía pueden ser expuestas señalando ante todo que el melancólico psíquicamente rechaza deseos sadicoanales, de tipo eliminatorio, y otros deseos orales canibalísticos, dirigidos contra el objeto libidinal exterior, que, desvalorizándolo, es considerado como si fuera excremento. Esta actitud agresiva del sujeto ha sido merecida por su objeto sea por la mala conducta real de éste, o más bien, por la transferencia sobre este objeto actual de las malas conductas de objetos libidinales

anteriores, principalmente de los objetos infantiles, ante todo, de la madre⁸⁴.

La situación es paradójica, porque aún percibiendo inconscientemente como mala la conducta que el objeto libidinal ha tenido hacia él, el sujeto melancólico se esfuerza en mantenerlo psíquicamente, es decir, de esta buena relación afectiva con él debido a la necesidad de repetir una anterior actitud análoga frente a la madre, que a pesar de haberse conducido mal con él, tuvo que ser aceptada y mantenida en la infancia ya que es necesario someterse a la madre, porque nadie es capaz de vivir sin la protección materna. De ahí que en vez de haber reproches hacia el objeto, el sujeto melancólico, paradójicamente se los hace a sí mismo, porque se considera obligado a depender de su objeto o sea, en último término, a reconocer a su madre como buena, aunque ésta no lo sea. Consecutivamente, el sujeto melancólico reprime y vuelve en contra de sí mismo sus agresiones anales y orales⁸⁵.

Los reproches inconscientes del sujeto a su objeto son iguales a los que él conscientemente se hace a sí mismo, por el motivo de que en el curso de su vida el sujeto tuvo que reaccionar equiparándose (identificación) con el ambiente infantil perjudicial en el que se hallaba y que condicionó su disposición melancólica.

Por lo tanto, el melancólico se considera un criminal por sus deseos de matar analmente y de destruir oralmente al objeto convertido en excremento. El melancólico se considera insignificante por no haber sido bien alimentado en su infancia. O sea por no haber recibido, a través de la comida y del cariño materno, las satisfacciones narcisísticas imprescindibles para el desarrollo eficaz de un autoaprecio positivo, algo necesario para poder llevar una vida feliz⁸⁶.

⁸⁴ Op. Cit. pp.70-80.

⁸⁵ Ibid. pp. 70-80.

⁸⁶ Op. Cit. pp. 78.

En su proceso patológico el melancólico busca convertirse en una persona normal, capaz de querer a sus objetos y ser feliz. Por eso lucha en contra de sus deformaciones psíquicas anteriores, provocadas por el ambiente perjudicial, no consigue sus fines, porque, en lugar de reprochar a la madre u objetos similares el haberle tratado así, se hace reproches a sí mismo, por no querer y por odiar a un objeto que, por lo menos en parte, no merece ser querido⁸⁷.

Se hace reproches sobre su propio superyo, creado a imagen de la madre, cuando ésta le reprocha que, a la mala conducta de ella, él reaccionase defendiéndose mediante una agresividad adecuada en vez de someterse pasivamente como a la postre tuvo que hacerlo. Pero de no someterse, la madre hubiese privado al niño de la alimentación imprescindible. Este hecho explica que el melancólico renuncie a comer cuando se autoreprocha sus deseos agresivos. O sea, se aplica a sí mismo el castigo que él hubiese creído que la madre le iba a imponer, de no haber sido obediente y sumiso.

La representación de la muerte en el suicida:

La pérdida de un objeto libidinal valioso y una agresión vuelta secundariamente contra el yo, son factores que originan en un individuo la idea de buscar la muerte como medio de solucionar sus conflictos.

¿Qué valor psicológico tiene la representación de la muerte en un individuo con tendencias suicidas? Es decir, qué significa la muerte para el individuo.

En la gran mayoría de los casos la muerte no significa solamente refugiarse en la nada, sino que por el contrario, ocurre que la muerte también proporciona al suicida posibilidades de vida de las que anteriormente carecía.

⁸⁷ Ibid. pp. 76.

La muerte como negación de la existencia no es la única finalidad del suicida. La idea de muerte no puede servir como motivación y finalidad del suicidio, porque no comprendemos su valor. Freud señaló que la muerte no tiene ningún significado para el inconsciente humano. Según Bromberg y Schilder en la experiencia psicológica inconsciente y consciente, la muerte tiene diversos significados: 1) Huida de una situación intolerable, 2) La muerte puede significar un método para forzar a los otros a dar más amor del que hubiese otorgado de otro modo, 3) Ser muerte puede ser equivalente de unión sexual en el coito, 4) Muerte puede significar la mayor perfección narcisista, que otorga al individuo una importancia permanente inamovible, 5) la muerte satisface las tendencias masoquistas, 6) todos los instintos libidinales, todos los deseos de vida encuentran, de este modo, una expresión profunda en la idea de la muerte⁸⁸.

En conclusión, Garma termina diciendo que el suicida al matarse consigue librarse de la agresión del medio en que vive, lo que supone para él un triunfo, ya que el medio que lo oprime se ve defraudado en sus designios.

Pero además, el suicida pretende influir con su muerte en el ambiente que lo rodea. El suicida quiere vengarse del ambiente que ha originado su resolución desesperada. Sabe que con su muerte paraliza la agresión del ambiente hacia él y que, además, su muerte es un continuo reproche al exterior⁸⁹.

Mecanismos de Defensa en el suicida.

Alan Apter, M. D. (1989) estudió en 60 pacientes no psiquiátricos los mecanismo de defensa en el riesgo suicida y de violencia. Para su estudio se basó en la teoría propuesto por Plutchik (1986), la cual estructura un doble modelo vectorial del suicidio y las

⁸⁸ Op. Cit. pp. 84.

⁸⁹ Ibid. pp. 86.

conductas violentas, similar a las concepciones clásicas del Psicoanálisis. Plutchik afirma que el manejo de la agresividad o impulso es activado por una fuerza que depende de variables biopsicosociales, que pueden aumentar o disminuir el manejo de la agresividad. Por tanto, el suicidio y las conductas agresivas son el resultado vectorial de la competencia de estas fuerzas. Este modelo utiliza solamente el manejo de la fuerza de la agresión y el suicidio interrelacionada con factores psicodinámicos y sociales⁹⁰.

Alan Apter encontró que la regresión y la represión son los mecanismos de defensa más frecuentes dentro del riesgo suicida; mientras que en los actos violentos encontró el desplazamiento, la negación y la proyección.

Dentro de la conducta suicida, el factor de regresión fue altamente significativo en pacientes suicidas -la observación clínica ha demostrado la presencia de actos infantiles de conducta. El alto nivel o índice de estrés provoca la presencia de más conductas regresivas, aspecto que también es incluido en el atentado suicida. Las impresiones clínicas demuestran que los pacientes suicidas presentan los actos suicidas como producto de un "acting out" en una fase de intolerancia ante una exposición o un evento estresante. En el caso de la represión se encontró que la agresividad es manejada hacia adentro.

El factor más marcado en pacientes violentos confirma la presencia de un desplazamiento de la agresión de objetos primarios, que se lleva a cabo por medio de una representación simbólica que se sustituye por esos objetos. La negación como mecanismo de defensa tiene un manejo de la agresividad hacia afuera, esto implica que la valoración de la realidad y los eventos estresantes se inclinan hacia una posible depresión e ideas suicidas. En la Proyección existe una negación del sentimiento agresivo el cual se suele depositar a otra persona en su medio ambiente.

⁹⁰ Apter, A. (1989) Defense Mechanisms in Risk of Suicide and Risk of Violence. *American Journal Psychiatry*, 146, (6), 1027-1031.

El punto de vista social del suicidio.

Uno de los puntos de vista que hacen más énfasis en el aspecto social del suicidio, fue el propuesto por Durkheim. Siendo congruente con su forma de observar los hechos, la primera tarea a que se aboca es a definir el concepto de suicidio, el cual define como: todo acto de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado⁹¹.

El suicidio, pues, puede tener causas directas o indirectas, es decir, no es preciso que el acto que realiza la persona sea el antecedente inmediato de su muerte. A Durkheim, por tanto, le es indiferente saber si la muerte ha sido aceptada como condición necesaria para alcanzar lo deseado o si ha sido deseada por sí misma.

Entre los casos de suicidio no sólo incluye a aquellos actos que son positivos o que llevan a la autodestrucción (envenenamiento, disparo de armas, etc.), sino también las actitudes negativas que conducen al mismo fin (rehusar a alimentarse, por ejemplo).

Durkheim incluye en su análisis la conciencia que tiene el suicida de las condiciones de su acción, elimina aquellos casos en que la persona no tiene la certeza de perder la vida -el hombre que se expone por otro sin tener la seguridad del mortal desenlace; el apático que al no interesarse en nada descuida su salud, etc.-. La diferencia entre los dos casos, argumenta el autor, radica en que en el último son menores las probabilidades de morir. Cuando el autor incluye en su definición la conciencia que tiene el suicida de las consecuencias de su acción, Durkheim no demuestra la sistemática y rigor que exige su metodología y que había guiado sus análisis de la intencionalidad del suicida. Al respecto Durkheim

⁹¹ Durkheim, E. (1983). *El Suicidio*. México: UNAM, pp. 55.

señala que la intencionalidad es una cosa demasiado íntima para que pueda ser apreciada desde afuera y por aproximaciones groseras. Se sustrae hasta a la misma observación interior⁹². Sin embargo, no encuentra dificultad alguna en conocer cuándo el suicida tiene la seguridad de perecer.

Sin rechazar la posibilidad de un análisis psicológico del problema, considera que éste fenómeno admite otro tipo de aproximación. En efecto, si en lugar de analizar los suicidios como fenómenos aislados unos de otros, se les considera en su totalidad, analizando la cantidad de suicidios en una sociedad en cierto tiempo, se descubrirá que esta totalidad constituye un hecho nuevo, sui generis, con una naturaleza propia, eminentemente social.

La naturaleza social se pone de manifiesto al considerar, por un lado, la invariabilidad de las cifras en una misma sociedad por un período determinado. Cierto es que a veces se producen variaciones, pero éstas obedecen siempre a cambios que ocurren en el ambiente social⁹³.

Cada sociedad tiene, pues, en determinado momento de su historia, una aptitud definida para suicidio.

I. Los factores extrasociales.

Las causas extrasociales que estudia Durkheim son los estados Psicopáticos, la raza, los factores cósmicos y la imitación.

Para comprobar la posible relación entre los estados psicopáticos y el suicidio, Durkheim realiza un análisis comparativo dentro de una misma sociedad y de varias sociedades distintas, investigando si el porcentaje de trastornos vesánicos varía a la par

⁹² *Ibid*, pp. 58.

⁹³ *Op. Cit.* pp. 58.

que el suicidio y comprueba que esto sólo ocurre así. Tampoco encuentra ninguna correlación entre el alcoholismo y el suicidio.

Con respecto a la segunda causa extrasocial, la raza y la herencia, llega a la misma conclusión: no puede atribuirse al suicidio causas genéticas. En primer término hace notar que el concepto de raza es vago y no muestra la objetividad y claridad que una ciencia exige. El cotejo entre varias razas no muestra una diferencia sustancial en la tasa de muertes voluntarias; por el contrario, pueden observarse dentro de una misma raza y, aún dentro de un mismo país -Alemania, por ejemplo- las más extremas divergencias de una región a otra.

La tercera hipótesis extrasocial establece una relación entre el suicidio y los factores cósmicos. Si los factores individuales por sí mismos no determinan el suicidio, podría ocurrir que ciertos factores cósmicos predispusieran a determinados sujetos a este acto de autodestrucción, de la misma manera que cierto ambiente físico favorece la aparición de ciertas enfermedades que permanecían en estado de germinación.

Entre los factores de esta naturaleza a los que se ha atribuido una influencia suicidógena se encuentran el clima y las temperaturas de las distintas estaciones:

- Con respecto al clima, el análisis estadístico comparativo de diferentes sociedades no muestra la existencia de correlación alguna.

- El análisis de las temperaturas de las diferentes estaciones, sin embargo, parecería ofrecer un punto de apoyo explicativo. Resulta sumamente interesante observar casi en todos los lugares y 76 veces por 100, que la tasa más alta de suicidios tienen lugar en verano siguiéndoles, en orden decreciente, la primavera, el otoño y finalmente el invierno.

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

A partir de estos datos, algunos autores han concluido que la temperatura tiene efecto indiscutible sobre el suicidio. Han pensado que el calor tiene un efecto perturbante sobre las funciones cerebrales que empuja al hombre hacia la muerte. Consideran que la excitabilidad del sistema nervioso producida por el calor origina un exceso de actividad que encontraría en los actos violentos forma de emplearse. Esta daría cuenta del hecho de que en el verano aumenten tanto las muertes voluntarias como los homicidios.

Durkheim difiere de estos autores. Apunta en primer término que el suicidio no siempre se produce en estados de sobreexcitación; por el contrario, frecuentemente es producto de estados de depresión profunda. Es imposible argumentar que el calor actúe de la misma manera que los suicidios exaltados que en los melancólicos; al estimular el primero, debería moldear el segundo.

Concluye Durkheim, entonces, que no existe ninguna relación entre la temperatura y el suicidio. Para explicar que la marcha del suicidio asciende a partir de enero continuamente hasta el mes de junio de aquí empieza a descender hasta el fin de año, considera los siguientes hechos:

- a) La existencia de un paralelismo perfecto entre la longitud media del día y la parte proporcional de cada mes en el total de los suicidios. Se observa la misma tasa de suicidios en meses diferentes que tienen días de aproximadamente la misma longitud.
- b) En todas las estaciones la mayor parte de los suicidios tienen lugar de día. Los suicidios de la mañana y de la tarde representan cuatro quintas partes del total y los primeros por sí solos representan tres quintas partes.
- c) Los suicidios disminuyen el fin de semana a partir del viernes.

El análisis de estos hechos llevan a Durkheim a establecer la relación entre la intensidad de la vida social y los suicidios. Antes de examinar las causas sociales del suicidio, analiza Durkheim el grado de influencia que sobre el suicidio puede ejercer la imitación. La

define de la siguiente manera: acto que tiene como antecedente la representación de otro acto semejante, anteriormente realizado por otro, sin que entre esta representación y la ejecución se intercale ninguna operación intelectual, explícita o implícita, que se relacione con los caracteres intrínsecos de los actos reproducidos. El suicidio contagioso solamente se presenta en individuos fuertemente predispuestos.

Los factores sociales.

La primera acción a la que se aboca Durkheim es a la constitución de los tipos sociales de suicidio, es decir a la constitución de las especies de suicidios según semejanzas y diferencias. De tal forma encontramos que los tipos sociales del suicidio son el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

El suicidio egoísta.

El examen de las diferentes confesiones religiosas y su relación con el suicidio, ofrece datos de interés. Dentro del grupo de los protestantes se presenta el mayor porcentaje de suicidios, con una diferencia que oscila entre un mínimo de 20 a 30 por ciento y un máximo de 300 por ciento. El catolicismo ocupa el segundo lugar, siendo los judíos el grupo en donde se presentan menos muertes voluntarias.

El protestantismo se da cabida con mayor amplitud al libre examen; existe dentro de esta confesión religiosa una mayor tolerancia a la libre interpretación de los textos bíblicos. Ahora bien, esta independencia mayor que tienen los protestantes, obedece al hecho de que tienen menos creencias y prácticas comunes. Por tanto, si los protestantes se matan más que los católicos, ello se debe a que su iglesia se encuentra menos integrada.

El análisis de la fuerza integrativa de la iglesia permite explicar, asimismo, la inmunidad que gozan los judíos. Es la iglesia judía la que presenta una mayor integración. La hostilidad que han padecido durante largo tiempo, los ha obligado a establecer fuertes lazos de solidaridad; han constituido comunidades que presentan una gran unidad, en donde las diferencias individuales son casi imposibles.

En resumen, puede postularse lo siguiente: el hombre se suicida a consecuencia del debilitamiento de la cohesión social, los grupos que ofrecen patrones de creencias y de comportamiento fuertemente consolidados, preservan en gran medida a sus miembros del suicidio.

Otro factor que estudia Durkheim en relación al suicidio es la familia; obteniendo los siguientes resultados:

1. -Los matrimonios más jóvenes (de 15 a 20 años), ejercen una influencia agravante en el suicidio que se manifiesta particularmente en los hombres.
2. -A partir de los 20 años, los casados de ambos sexos resultan beneficiados con un coeficiente de preservación en relación a los solteros..
3. -El sexo de los casados que presentan un mayor coeficiente de preservación varía en diferentes sociedades.
4. -La viudez disminuye el coeficiente de preservación de ambos esposos pero no lo suprime por completo. Los viudos se suicidan más que los casados, pero generalmente menos que los solteros.

Se puede plantear que la sociedad doméstica, al igual que la sociedad religiosa, es un poderoso medio de preservación del suicidio.

El análisis de las condiciones políticas y su correlación con el suicidio resulta interesante. Analiza Durkheim cómo, durante las grandes conmociones políticas -guerras, por ejemplo- se produce una disminución en la tasa de suicidios. Esta acción profiláctica de estos acontecimientos se explicaría porque aviva los sentimientos

colectivos, estimulan tanto el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política como la fe racional y, conectando las actividades a un mismo fin, determinan, al menos por cierto tiempo, una integración más fuerte de la sociedad.

Se puede concluir entonces, que el suicidio varía a razón directa al grado de integración de la sociedad religiosa, doméstica y política. Cuando el individuo pertenece a grupos debidamente integrados tendrá menos probabilidades del suicidio.

Se conviene en llamar egoísmo a aquel estado de conducta en el que el yo individual se afirma en mayor medida que el yo social y a expensas de este último, puede denominarse suicidio egoísta al que resulta de una individualización excesiva producto de una pobre integración social.

El suicidio altruista.

Se le denominará suicidio altruista a aquel que se presenta como un deber impuesto por la sociedad. Así como una individuación extrema conduce al suicidio -suicidio egoísta- una pobre individuación produce el mismo resultado. Llama la atención que entre los pueblos primitivos, el suicidio se encontraba ampliamente difundido. Todos los suicidios que ocurren en las sociedades primitivas no son producto del ejercicio del libre albedrío sino el resultado de la presión que ejerce la sociedad.

Para que la sociedad, analiza Durkheim, orille de esta forma al individuo a la muerte, es preciso que valore muy poco la personalidad individual. En estas agrupaciones el individuo ocupa un lugar sin importancia dentro de la vida colectiva. Se encuentra totalmente absorbido por el grupo y no le es permitida ninguna manifestación divergente de aquellas que predominan en la colectividad.

Este tipo de suicidio es producto de un estado en el que el yo no se pertenece, en el que el objeto de su vida esta situado fuera de él, en el grupo de que forma parte.

Dentro de este tipo de suicidio Durkheim reconoce dos subtipos que son el suicidio altruista facultativo y el suicidio altruista agudo.

Suicidio altruista facultativo.

En algunos casos la sociedad, sin importarle formalmente, los propicia. Se trata de aquellas sociedades en donde se considera digno de admiración aquél que tiene poco apego a la vida y se deshace de ella con soltura.

Suicidio altruista agudo.

Su prototipo es el suicidio místico. El individuo considera que no puede alcanzar más su plenitud despojándole de su vida y penetrando en otra, más acorde con su esencia.

Existe una diferencia sustancial entre este tipo de suicidio y el egoísta. Mientras que en este último el sujeto ha perdido todo lazo que lo ate a la existencia, experimenta melancolía y tristeza, en el primero, la persona tiene una finalidad situada fuera de esta vida y se mata con la esperanza y entusiasmo disfrutado por anticipado los goces que le esperan.

El suicidio anómico.

El suicidio anómico tiene como origen una ruptura en el equilibrio de la sociedad, provocada por cambios demasiado bruscos: súbitas crisis económicas o una repentina prosperidad en un país.

No es el individuo sino la sociedad quien establece un freno e impone límites a las pasiones y necesidades del ser humano. Este poder emanado de la sociedad no puede ser más mortal. El hombre, escribe Durkheim⁹⁴, recibe su ley no de un medio material que se le impone brutalmente, sino de una conciencia superior a la suya y cuya imperiosidad siente⁹⁴.

Sin embargo cuando la sociedad se encuentra trastornada debido a cambios demasiado abruptos -estados de anomía- pierde esta capacidad reguladora, lo que provoca una ascensión en la curva de suicidios.

El estado de anomia no es únicamente económico sino también conyugal. Por ejemplo, el divorcio implica un debilitamiento de la reglamentación matrimonial, contiene con menos energías a las pasiones que, al no encontrar diques suficientemente fuertes, tienden a desbordarse. No es posible encontrar fuertemente retenido por un lazo que a cada instante puede ser roto, sea un lado, sea de otro. No es posible dejar de mirar más allá del punto donde uno se encuentra cuando no se siente firme el terreno que se pisa⁹⁵.

La anomia matrimonial puede existir sin estar apoyada legalmente. No obstante, es solamente en aquellas sociedades en que ha encontrado un soporte legal en donde produce todas las consecuencias, mientras el derecho matrimonial no es modificado, sirve para refrenar materialmente las pasiones; impide que la anomia gane terreno, al reprobarla.

El suicidio es un fenómeno que obedece a causas sociales. El elemento base constituye su análisis sociológico en las cifras sociales de las muertes voluntarias. A partir del análisis de la correlación entre diferentes factores sociales y el índice de suicidios, construye una tipología de los mismos. Sostiene Durkheim que es la construcción

⁹⁴ Ibid. pp. 345.

⁹⁵ Op. Cit. pp. 375.

moral de la sociedad la que fija a cada instante el contingente de las muertes voluntarias⁹⁶.

La tendencia de cada grupo social por el suicidio es fruto de las corrientes de egoísmo, altruismo y anomia que fluyen dentro de la sociedad y que se concretizan a nivel individual en manifestaciones de la melancolía, renunciamientos colectivos, fatiga exasperada. Estas corrientes existen en el grupo antes de afectar al individuo y conformar dentro de él una existencia puramente interior.

El elemento medular lo constituye el estudio del grado de integración social del individuo al grupo, el que a su vez, depende de la estructura de la sociedad en que se encuentra. En efecto el suicidio egoísta es producto de una excesiva individuación debido a un debilitamiento de los lazos que unen al individuo con el grupo.

El suicidio egoísta carece de razón para soportar las miserias de la vida debido a que no es solidario de un grupo al que ame y con el cual se identifique. Cuando no tenemos más objetivos que nosotros mismos, no podemos escapar a la idea de que nuestros esfuerzos están destinados a perderse en la nada, puesto que a ésta debemos ir a parar⁹⁷.

Por el contrario el suicidio altruista se desarrolla como producto de una situación en la cual el individuo está absorbido por la sociedad de una forma tan considerable, que no desarrolla su individualidad sino de forma muy rudimentaria.

El suicidio anómico, al igual que el suicidio egoísta, se produce por no estar la sociedad lo suficientemente presente en el individuo. Difiere de éste en que el suicidio egoísta hace falta a la actividad colectiva; en el suicidio anómico son las pasiones individuales las que la necesitan. El brusco desequilibrio de la sociedad impide que

⁹⁶ *Ibid.*, pp. 408.

⁹⁷ *Op. Cit.*, pp. 287.

ésta -esa conciencia superior a la suya (del individuo) y cuya imperiosidad siente- reglamente su vida.

De acuerdo a Durkheim, la actividad humana no puede estar libre de todo freno. Así como los fenómenos naturales están regidos por leyes, igualmente el hombre necesita de un poder externo que lo sujete y lo dirija. No hay más que diferencias de grados y formas entre el material y el sujeto pensante. Lo que el hombre tiene de característico es que el freno a que está sometido no es físico sino moral, es decir social⁹⁸.

El Dr. Pan Pey-Chyou (1989) dentro de un estudio referente al Parasuicidio en la vejez, nos da un ejemplo retomado de Shichard & Bergman (1979), los cuales encontraron que el parasuicidio en Israel tubo índices muy altos en judíos nacidos en el este de Europa y América comparados en Asia y Africa como origen. Esto fue muy común tanto en familias de origen, en Asia y Africa atentando con la vida en la extención de la estructura familiar, tendiendo estos a la soledad en las regiones de Europa y América. La relativa soledad del aparente final lleva frecuentemente al suicidio anómico⁹⁹.

El suicidio en la tercera edad.

El suicidio en la población anciana representa un gran riesgo, latente y constante en comparación con cualquier otro grupo de edad. En Estados Unidos, por ejemplo, en el National Center for Health Statistics indican que los índices de suicidio para la población en general dentro del ciclo 1970 -1980 se ha incrementado de 11.6 a 11.9 por cada 100 mil personas. Durante éste período se presentan 287,322 suicidios es decir, aproximadamente uno cada veinte minutos. Los datos muestran que las personas que más se suicidan en relación al sexo , son los hombres los que representan las tres cuartas partes del índice total de suicidios o sea el 72.8 por ciento. Las personas de la tercera edad representan el 12 por ciento de la

⁹⁸ Ibid. pp. 345.

⁹⁹ Pan Pey Chyou (1989). *Parasuicide in the Elderly*. Hong Kong of Gerontology. 3(2), 39-42.

población, lo que apunta aproximadamente al 25 por ciento de todos los suicidios¹⁰².

En Inglaterra y Gales se estima que los índices de suicidio por población se ha incrementado en un 29 por ciento para los hombres y en un 63 por ciento para las mujeres entre 1968 y 1970 y 1978 a 1980. Entre 1975 y 1984 el índice de suicidio entre las mujeres fue bajando, no así para los hombres, los cuales presentaron un incremento del 30 por ciento; esto se ha marcado más entre los grupos de edades que comprenden de los 25 a los 54 años¹⁰³.

En Alemania se ha encontrado que la ocurrencia de suicidios en la vejez es de 37.5 por cada cien mil habitantes. La población que mantiene edades alrededor de los 65 años han mostrado suicidios comparados con un 19.4 de cada cien mil habitantes¹⁰⁴.

En un estudio realizado por Sorenson, S (1988) en el cual trabajó con una población de 2,393 México-Americanos encontrando que los mexicano-americanos nacidos en México, los cuales representan el 4.5 por ciento de la población mantienen un 2.7 equivalente al 6.3 por ciento en cuanto a la presencia de intentos suicidas; por otro lado, los México-Americanos nacidos en Estados Unidos que representan el 13.0 por ciento de la población mantiene un 10.0 que equivale a un 15.9 por ciento en cuanto a la presencia de intento suicida¹⁰⁵.

Depresión y suicidio en la tercera edad.

Para entender el suicidio en la vejez, debemos comprender uno de los padecimientos afectivos más frecuentes en esta edad: la depresión. Aunque la depresión es quizá una de las psicopatologías

¹⁰² Kinsling, R. (1986) Review of Suicide Among Elderly Person. *Psychological Reports*, 59, 359-366.

¹⁰³ Merril, J. y Awens, J. (1990) Age and Attempted Suicide. *Acta Paichiatry Escandinava*, 82, 385-388.

¹⁰⁴ Rudinger, V. y Wallferdof, M. (1990). Suicide and Mental Illness in the Elderly. *Psychopathology*, 22, 202-207.

¹⁰⁵ Sorenson, S. (1989). Prevalence of Suicide Attempts in a Mexican-American Population Implications of Immigration and Cultural Issues. *Suicide and Threatening Behavior*, 18 (4), 323-333.

más comunes probablemente sea la menos comprendida e investigada adecuadamente.

El Instituto Nacional de Salud Mental (Williams, Fiedman y Secunda, 1970) estima que de 4 a 8 millones de americanos pueden necesitar atención profesional por enfermedades depresivas. Además, a diferencia de otras psicopatologías, este desorden puede ser mortal, ya que "una de cada 100 personas que padece una enfermedad depresiva morirá por suicidio"¹⁰⁴.

Dentro de las causas de mortalidad más frecuentes se encuentra el suicidio, y llama poderosamente la atención que éste afecta a la población de la tercera edad dos veces más que a la población en general.

La depresión es uno de los padecimientos que más afecta al ser humano, especialmente en la la vejez. (Geriatría; 1990, Dr. Miguel Krassuevitch,; Valdes, M; 1988, Barnes, D. et al; 1991, Sanderland, T; 1990). Los factores que influyen sobre el anciano considerando su edad y sexo, son los biopsicosociales (eventos negativos de la vida) (Valdes, M; 1988, Barnes, D et al; 1991, Sanderland, T, 1990). Esto nos hace recordar que no estamos hablando de un ser estático sino que se encuentra en continuo movimiento y evolución dentro de su esfera biopsicosocial.

Algunas de las deficiones que sobre la depresión se han dado son:

1. Arieti, S. (1978): El pesar que nos disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en la relación con la causa precipitante, que no aparece vinculado con causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción ; inundando con una sensación de angustia que puede hacerse difícil de contener; tiende a

¹⁰⁴ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (1988). Apuntes de la Materia: Análisis Experimental de la Conducta: Depresión. México: UNAM.

veces a extenderse implacablemente en una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental; reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura. Este estado emocional se denomina generalmente depresión¹⁰⁵.

2. En el DSM III se menciona que la depresión puede considerarse como síntoma, enfermedad o síndrome, sus manifestaciones principales ocurren en el área cognitiva y las accesorias en la somática. También puede decirse que es un desorden funcional del humor que afecta en forma global a la personalidad esta alteración es relativamente persistente y se acompaña de otras manifestaciones tales como alteración del apetito, cambio en el peso, trastornos del sueño, agitación o retardo psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte e ideas de intento de suicidio.

3. Caraveo J. (1977) define a la depresión como un desorden funcional del humor que afecta en forma global a la personalidad; sus manifestaciones nucleares ocurren en la esfera mental y las accesorias en la somática. En la clínica se encuentra en forma única o acompañada de otras enfermedades.

En la etapa final de la existencia humana, condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales los estados depresivos suelen instalarse. De aquí que se establezca una diferencia entre la depresión en los ancianos y otras etapas del ciclo vital.

La depresión suele ser motivo de diagnóstico erróneo ya que su presentación puede ser atípica. En el anciano, la ansiedad y el pánico son en general manifestaciones de una depresión. La aparición del primer episodio depresivo en el anciano ocurre después de los 65 años, no existe una personalidad previa característica, las

¹⁰⁵ Herrera, S. y Cols. (1984). *Aspectos Clínicos de la Depresión en Ancianos Institucionalizados que cursan la octava década de la vida.* (Tesis de posgrado, Facultad de Medicina UNAM)

experiencias traumáticas tienen particular importancia como factores desencadenantes, y presentan un riesgo suicida elevado (A. L.Sosa, 1989; R. M., Kirsling R; 1986).

Epidemiología:

Se considera que los ancianos tienen una alta incidencia de enfermedades físicas y mentales, muchas de las cuales son irremediables.

En lo referente al aspecto psicosocial, se ha observado que la vejez es un período caracterizado por una cadena de pérdidas , a lo cual Valdes, M.(1988), afirma: Tal vez la pérdida sea el denominador común de los aconteceres de la senilidad, estas incluyen disminución de la salud y belleza física, vigor, capacidad mental, empleo, amigos, status social y financiero. También agrega pérdidas de perspectivas, de la posibilidad de poder modificar su entorno y evocaciones , pérdida del deseo de seguir existiendo. Es muy comprensible que estas pérdidas reduzcan la autoestima y favorezcan la depresión. Otros autores han considerado las siguientes pérdidas y factores precipitantes:

1.- Denise R. Barnes Nacoste et al (1991): Eventos negativos de la vida y pensamientos negativos.

2.- Geriatrika (1990):

Las características idiosincráticas de los roles sexuales y la edad.

3.- Herrera; S. (1984):

La situación social.

Físicas: Disminuciones de un órgano.

Emocionales: *Sentimientos de soledad derivadas de la ausencia o rechazo familiar.

4.- Calderón G. (1985):

Situacionales:-Fallecimiento de familiares de primer grado o cónyuges; situaciones de cambio en la resistencia o en la estructura familiar, conflictos, intereses en las esferas económico laboral, etc.

Somáticos: -Enfermedades físicas, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, depresión farmacógena, etc.- Detectar la intervención de factores ambientales psicoreactivos y somáticos en el desarrollo de las depresiones del sujeto de la edad proveya (adulto).

5.- Seligman, E. (1981):

- Aprendizaje de que respuestas y reforzamientos son independientes.
- Creencia en la inutilidad de la respuesta.

6.- Trey, S. y Cols (1990):

- Condiciones médicas.
- Limitación depresiva.
- Estrés
- Pensamientos suicidas.

7.- Salvarezza, L. (1988):

- Pérdida de objetos amados.
- No sabe utilizar el tiempo libre.
- Aspectos deficitarios corporales e intelectuales (rumiación).
- Conflicto generacional.
- Factores socioeconómicos y culturales.
- Pérdida de relaciones objetales.
- Enfermedades físicas.
- Ligado a la situación vital difícil que entrañan el envejecimiento y la vejez.
- Proceso de involución.

8.- Asencio, O. (1991):

- Factores y grupos de riesgo.

9.- Blazer, D. (1982):

Cambios fisiológicos:

-Intervención farmacológica.

Neurotransmisores,

-Acetilcolina (ACH).

-Serotonina (5-HT).

-Serotonina metabolizada con la enzima monoaminoxidasa (5-HIAA).

-Norepinefrina.

-Epinefrina.

-Dopamina. (del grupo de las catecolaminas; enzimas: catecolaminas, monoaminoxidasa (MAO), catecolometiltransferasa (COMT).

-Phenylalanina.-Dopamina.-Norepinefrina o epinefrina, (tirosina).

-Gaba.

-Sistema límbico.

-Hipotálamo.

-Sistema endócrino.

-Ritmo circadiano.

-Balance electrolítico.

-Satisfacción de la vida.

-Salud.

-Status económico.

-Participación social.

-Incomodidad.

-Preparativos de la vida.

Sobre la base de un incremento en la vulnerabilidad biológica, los estresores psicosociales o físicos pueden desencadenar o propiciar el episodio depresivo.

Los eventos que han demostrado ser más importantes son la pérdida de la pareja y la aparición de enfermedad física.

Clasificación y cuadro clínico

Desde el punto de vista clínico, el condicionamiento patoplástico de la edad avanzada se refleja ampliamente en todo el cuadro depresivo. en la sintomatología de las depresiones en el anciano, de acuerdo a diferentes autores encontramos:

-*Síntomas más frecuentes:

- Disminución del interés
- Humor triste
- Síntomas somáticos
- Disminución de la libido

-*Síntomas más o menos frecuentes:

- Llanto impulsivo
- Miedo y ansiedad
- Disminución de la autoestima
- Fatiga
- Alteración del sueño
- Dolor
- Enlentesimiento de los movimientos

-*Síntomas menos frecuentes:

- Irritabilidad
- Sensación de inutilidad
- Rumiación acerca de los problemas
- Ideas de conducta imperdonable
- Dificultad de concentración
- Disminución de la motivación (parálisis del futuro)
- Variación diurna del humor
- Disminución de peso
- enlentesimiento del discurso
- Humor agitado
- Sentimientos negativos acerca del yo
- Preocupación

- Sensación de desesperanza
- Ideas de inutilidad
- Alucinaciones auditivas
- Constipación
- Expresión facial de lamento
- No cooperación
- Impacto intestinal
- Retardo psicomotor
- Negativismo en el comer, en el beber y rigidez del cuerpo
- Suicidio
- Aumento de complicaciones médicas

Ubicar el trastorno depresivo en un esquema resulta difícil al estudiarlo. Esto se puede contextualizar de la siguiente manera:

En la obra editada por la materia de Análisis Experimental de la Conducta (1985) se habla de una clasificación del carácter endógeno-reactivo de la depresión. Lo endógeno es causado por factores internos (bioquímicos, hormonales y genéticos) mientras que los reactivos son causados por factores externos (estrés, traumas psicológicos y conflictos).

Por otra parte, Sene D. Cohen (1990) distingue una depresión primaria donde hay una ausencia de desordenes somáticos o por efecto de drogas y una depresión secundaria determinada por enfermedades físicas y problemas de salud y medicación. Salvarezza, L. (1988) distingue depresiones neuróticas donde hay un duelo patológico y descompensación de caracteropatías; depresiones psicóticas propias de los maniacodepresivos y melancolía ansiosa involutiva; depresiones secundarias que se refieren a otros trastornos no psiquiátricos y a la utilización de algunos medicamentos. Dan G. y Blazer (1982) enfatizan los desordenes depresivos asociados con la vejez donde incluyen desordenes afectivos bipolar y unipolar, neurosis depresiva y desordenes depresivos asociados con enfermedades físicas y abuso de alcohol. Por último Balager N. (1988) nos dice que las depresiones de

la vejez son distintas a las de los adultos. De tal forma hace una enumeración de la depresión endógena, depresión neurótica, depresión reactiva, depresiones seniles, depresiones atípicas, depresiones inhibidas, depresiones ansiosas y por último depresiones por agotamiento. Concluye Balager que "el paciente anciano padece más veces depresiones neuróticas que las restantes formas de presentación".

Son muchas las ideas y conceptualizaciones acerca de la depresión, pero hay que enfatizar que ésta, durante el proceso de la vejez, con sus pérdidas así como las características propias de personalidad van a ser un factor determinante para observar la gravedad o no de la depresión en el anciano.

Suicidio.

Epidemiología.

Ante el suicidio, el anciano presenta una alta incidencia en cuanto a su consumación. Al igual que en la depresión en el suicidio encontramos varios factores precipitantes.

Diversos autores han establecido una lista de factores que engloba el área Psicológica, Biológica y Social:

Biológica:

- Invalidez motora.
- Frigidez.
- Enfermedades orgánicas severas.
- Limitaciones físicas.

Psicológica:

- Soledad.
- Pérdida de la pareja.

- Ascetismo.
- Adicción alcohólica.
- Temor.
- Alteraciones depresivas de profundidad psicótica.
- Rasgos de personalidad tendentes a resolver problemas más por acciones que por adaptaciones pasivas.

Social :

- Jubilación.
- Sin amparo filial.
- Cambio de vivencia.
- Asentamiento habitual.

Cuadro Clínico

La Depresión ocupa un lugar esencial dentro de la conducta suicida. Aún cuando algunos síntomas son más frecuentes que otros, todos están presentes dentro del síndrome depresión-suicidio:

*Los síntomas más frecuentes:

- La Depresión (síndrome).

* Los síntomas más o menos frecuentes:

- Abuso de alcohol y medicamentos.
- Alteración mental.
- Conductas autodestructivas.
- Miedo y ansiedad.
- Fatiga. - Retiro social.

* Los síntomas menos frecuentes:

- Deterioro de la imagen corporal.
- Sensación de desamparo.
- Sensación de desesperanza.

- Inutilidad.
- Disminución de la autoestima.
- Pensamientos suicidas.
- Alteración del sueño.

CAPITULO IV: EL ASILO

Asilo es la institución benéfica en que se albergan los ancianos; la cual está destinada a su cuidado, protección y confinamiento.

El asilo mantiene un medio ambiente cambiante muy particular y diferente al hogar. El cual está determinado por el mismo espacio, una estructura física, un objeto, un elemento de decoración, una persona o la conducta colectiva de una serie de personas.

Una carencia ambiental supone una deficiencia en la persona, si el individuo es totalmente dependiente, el impacto de un déficit sobre su conducta será mayor. (Lawton y Simon, 1968 "Teoría de la dualidad ambiental")¹⁰⁶.

Esto nos indica que la población anciana es más vulnerable que los jóvenes y que, por lo tanto, el cambio en el ambiente les afecta aún más; por lo que el mejoramiento de éste tendría un efecto favorable.

Powel (1988) proporciona un análisis de lo que el llama las competencias personales . es decir, de las conductas necesarias para realizar funciones cotidianas en forma adecuada¹⁰⁷:

- La salud.
- La salud funcional.
- La cognición.
- La utilización del tiempo.
- La conducta social.

La Salud (biológica) es aquella que en la mayor parte de los casos se valora en los estudios médicos.

¹⁰⁶ Powel, L. (1988) Medio Ambiente y Satisfacción de Intereses en el Envejecimiento. Carstensen, L. (Ed) Gerontología Clínica. El envejecimiento y sus trastornos. México: Martínez Roca.

¹⁰⁷ *Ibid.*

La *Salud Funcional* incluye las actividades de la vida diaria (AVD): instrumentales y físicas, el recibir un empleo remunerado, así como el manejo de la economía.

La *Cognición* se refiere a varios elementos como la recepción sensorial, la percepción, la memoria, el condicionamiento clásico y operante, el pensamiento simbólico, la resolución de problemas y la innovación creativa.

La *utilización del tiempo* incluye actividades como variación de estímulos, curiosidad, recreación, exploración e Innovación creativa.

La *conducta social* incluye el contacto sensorial, el contacto casual y la intimidad. Con respecto a ésta última Varela V. (1983) nos habla de la privacidad, o lo que Powel menciona como intimidad; la cual se asocia con alcanzar un cierto nivel de madurez o independencia en relación al grupo social. A la vez nos indica que la privacidad puede describirse en términos de tres dimensiones que son: el self-ego; ambiental y personal, la crianza, el liderazgo, amor, paternidad y conducta altruista creativa.

Los tipos de competencia de conducta son un elemento necesario en el funcionamiento del individuo en diferentes ambientes. Por lo tanto, será indispensable conocer los puntos fuertes y débiles del anciano, antes de diseñar un ambiente satisfactorio para él.

El Ambiente Institucional

La institución es un lugar que resguarda o cuida a una serie de individuos; Edwing Goffman hace una descripción general de las instituciones, denominándolas totales, y definiendo a la institución como aquellos establecimientos sociales, a sitios tales como habitaciones, conjuntos habitacionales, edificios o plantas

industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad¹⁰⁸

Goffman hace una clasificación de cinco grupos de instituciones:

1) Instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivos; son los lugares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

2) Instituciones erigidas para cuidar de aquellas personas que incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios.

3) Instituciones organizadas para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos; pertenecen a este tipo las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración.

4) Ciertas instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral y que sólo se justifican por estos fundamentos instrumentales: los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias y las mansiones señoriales.

5) Hay establecimientos concebidos como refugiados del mundo, aunque con frecuencia, sirven también para la formación de religiosos: entre ellos las abadías, monasterios, conventos y otros claustros.

Características de las instituciones.

De acuerdo a Goffman (1984) El hombre en una sociedad moderna, tiende a ordenar actividades tales como: dormir, jugar y

¹⁰⁸ Goffman, E. (1984) Internados. Ensayo sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales. Buenos Aires: Amorrortu. (pp.379).

trabajar en diferentes lugares, con diferentes coparticipantes y autoridades. En las instituciones existe una ruptura de estos ámbitos de la vida. De tal manera podemos encontrar las siguientes características¹⁰⁹:

1) Todos los actos de la vida se llevan bajo el mismo techo y con la misma autoridad; en los asilos dependerá si hablamos de una estructura institucional o particular.

2) Todas las actividades diarias de la vida se llevan a cabo en compañía de otros. Como es común, siendo que estamos hablando de un sólo lugar que alberga a varias personas.

3) Todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas. Cuando hablamos de las autoridades que rigen el lugar.

4) Las actividades están bajo el mismo plan racional, concebido para el logro de los objetivos propios de la institución, no del institucionalizado.

El hecho clave de las instituciones consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles.

El mundo del interno:

Estar adentro o encerrado son circunstancias que no tienen para el interno un significado absoluto, sino dependiente del significado especial que tenga para él salir o quedar libre. En este sentido, las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres (Goffman; 1984).

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 381.

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo con ciertas disposiciones sociales estables que su medio habitual hicieron posible. Apenas entra, se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan. Comienzan para el interno una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. Se inician ciertas desviaciones radicales en su carrera moral, carrera propuesta por los cambios progresivos que ocurren en las creencias que tiene sobre sí mismo y sobre los otros significativos. El despojo que el anciano experimenta se relaciona de acuerdo a Covarrubias N. (1989) a la expropiación de sus pertenencias, familiares, amistades, costumbres o hábitos.

Las barreras que las instituciones totales erifican entre el interior y el exterior marca la primera mutilación del yo. En las instituciones totales se rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo dura todo el día, y puede continuar durante años (Goffman, E. ; 1984). En un anciano el haber sido desde un profesionista hasta un obrero o haber sido padre de familia, son corrompidos de manera abierta. Y todo esto queda en el tú fuiste y ya no puedes y porque ya no puedes tienes todas estas limitaciones.

El interno descubre así que ha perdido ciertos roles en virtud de la barrera que lo separa del mundo exterior. El proceso mismo de admisión acarrea típicamente otros tipos de pérdida y mortificaciones. En el anciano podemos encontrar las siguientes: (Covarrubias, N. 1989)

-Angustia: Como reacción al despojo en un ambiente agresivo para él, además de observar como otros integrantes se van deteriorando.

-Irritabilidad y Agresividad: Cuando no pueden canalizar su angustia y el no haber alguien que él esuche.

-Culpa: Al sentirse un estorbo para sus familiares y ante el personal de servicio.

-Abandono: Al no tener visitas de familiares y amigos.

-Insuperabilidad: Al ver como otros compañeros se van recuperando y él no puede.

-Cercanía de la muerte; el ver la muerte de otros compañeros del asilo.

-Indiferencia: Del personal encargado de atenderle, y en ocasiones maltrato o abuso.

-Regresión: A formas más seguras de Interacción durante el proceso de adaptación a esa vida, provocándole de paso una inseguridad vital (Murphy, E. ; 1985).

Es frecuente encontrar al personal ocupado en lo que se llama procedimientos de admisión, entre los que se incluyen, por ejemplo, historia social del individuo, tomar fotografías o impresiones digitales, controlar el peso, asignar números, efectuar registros, hacer una nómina de los efectos personales para enviarlos a depósito, desvestir al nuevo interno , bañarlo, desinfectarlo, cortarle el pelo, entregarle la ropa de la institución, instruirlo en las normas y asignarle los cuartos . Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor de preparación o de programación, que permite que lo clasifiquen como un objeto¹¹⁰. Aunque el elaborar un estudio sobre el anciano a institucionalizar es necesario en muchas ocasiones esto resulta molesto, porque más que como humano se le trata como un objeto de estudio. Las personas que realizan un estudio al anciano deberán de tomar en cuenta su situación y de ser posible darle una explicación de las evaluaciones que se le van a realizar; el darle su lugar como

¹¹⁰ Op. Cit. pp. 379.

persona será vital para su posterior comportamiento dentro de la institución.

Dentro de los procedimientos de admisión, Luria, J.(1988) comenta:" Desde el punto de vista Geriátrico y Gerontológico, se hace deseable e indispensable el estudio y evaluación integral de los ancianos que solicitan su ingreso en las casas hogar del país . es por ello que se requiere un amplio repertorio de parámetros fácilmente medibles y utilizables, que nos proporcionen una visión lo más cercano posible a la realidad de las circunstancias presentes y pasadas de la vida del anciano, que han ido conformando su carácter y temperamento actuales".

No hay que negar antes que el procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. Quizá la más significativa de estas pertenencias no es del todo física. (Goffman, 1984).

Una forma de mortificación ulterior propia de las instituciones totales se manifiesta ya en el ingreso, bajo la forma de:

1.-Se viola en primer término, la intimidad que guarda sobre sí mismo. Colocándalos en algunas ocasiones en habitaciones compartidas.

2.-Un interno puede tener que soportar, por ejemplo, que se sensure su correspondencia personal, y hasta que se haga burla de ella en su propia cara. Esto es muy común en instituciones asilares donde el anciano se le califica en muchas ocasiones de incompetente para manejar sus propias cosas.

Se han considerado algunas agresiones más elementales y directas contra el yo, varias formas de desfiguración y contaminación a través de las cuales el significado simbólico de los hechos que

ocurren en la presencia inmediata del interno refuta dramáticamente su autoconcepción anterior.

La primera ruptura que debemos considerar aquí es el looping: un estímulo que origina una reacción defensiva por parte del interno, tomando esta misma reacción como objetivo de su próximo ataque. El individuo comprueba que su respuesta defensiva falla en la nueva situación: no puede ya defenderse en la forma de costumbre, poniendo cierta distancia entre la situación mortificante y su yo.

En el curso normal de los acontecimientos, la segregación de públicos y roles que es propia de la sociedad civil, impide que las confesiones y reclamos implícitos que se hagan respecto al yo en un escenario físico de actividad, sean cotejados con el comportamiento demostrado en otros ambientes.

Se siente que una atmósfera de tolerancia alienta al interno a proyectar o sacar a luz sus dificultades características en la vida, hacia las que se puede luego atraer su atención en las sesiones de terapia de grupo.

La permanente interacción de sanciones emanadas de la superioridad invade la vida del interno, sobre todo durante el período inicial de su estadío, antes de que acepte sin pensar los reglamentos. Cada especificación priva al individuo de una oportunidad de equilibrar sus necesidades y sus objetivos en una forma personalmente eficiente, y expone su línea de acción a las sanciones. Se viola la autonomía misma del acto.

Uno de los medios más efectivos de desbaratar la economía de acción de una persona es obligarla a pedir permiso o elementos para las actividades menores que cualquiera puede cumplir por su cuenta en el mundo exterior, tales como fumar, afeitarse, ir al baño, hablar por teléfono, gastar dinero o despachar cartas. En los asilos es increíble observar el hecho de pedir permiso para salir o comprar un

objeto, en muchas ocasiones de gusto personal, el cual, al adquirirlo, les da un sentido de independencia.

Multiplicación de reglas impuestas:

1) Estas reglas suelen conectarse con la obligación de realizar la actividad regulada al unsono con grupos compactos de compañeros internos. Esto suele llamarse regimentación.

2) Estas reglas difusas se dan en un sistema autoritario, de tipo jerárquico: cualquier miembro del equipo de personal tienen ciertos derechos para disciplinar a cualquier miembro del grupo de los internos, lo que aumenta pronunciadamente las probabilidades de sanción. Por ejemplo, desde el Director del centro hasta el intendente.

El interno comienza a recibir instrucción formal e informal sobre lo que llamaremos el sistema de privilegios. Este le proporciona un amplio marco de referencia para su reorganización personal.

A) Las normas de la casa, un conjunto explícito y formal de prescripciones que detalla las condiciones principales a las que el interno debe ajustar su conducta. Estas normas especifican la austera rutina de su vida diaria. Esto puede ir desde los horarios para desayunar, comer y cenar e inclusive la hora y día en que deben bañarse.

B) Contrastando con este medio inflexible, se ofrece un pequeño número de recompensas y privilegios claramente definidos a cambio de la obediencia prestada al personal en acto y en espíritu.

C) Los castigos se definen como la consecuencia del quebrantamiento de las reglas.

El sistema de privilegios consta de una cantidad escasa de elementos, unidos con alguna intención racional y pregonados bien a

las claras a los participantes. Su consecuencia más general es conseguir la cooperación de personas que a menudo tienen motivos para no cooperar.

Como hemos revisado a lo largo de este capítulo, la incidiosa acción de la institución sobre el anciano y su personal es importante. ¿Qué pasa entonces con el personal dentro de la institución?

El trabajo constante con los ancianos puede generar en el individuo una actitud ante esta etapa de la vida. A lo mejor nosotros fuimos de esas personas que contamos con aquel abuelito bueno que nos contaba un cuento o de aquel que siempre teníamos que cuidar en nuestra casa porque ya no se valía por sí mismo. Si se mantiene una actitud negativa hacia el anciano en donde representa una carga para mí el cuidarlo y el ver en mí, mi propia ancianidad llena de enfermedades; esto va a tener dentro de la institución asilar grandes repercusiones. Sabemos que toda institución se maneja con un personal burocrático que en muchos de los casos solo están por recibir un sueldo, justificando sus acciones bajo la bandera de "así lo manda la institución".

Esta actitud deshumaniza e incide directamente sobre la conducta misma del anciano. Por ejemplo, Pietrokowitz, M y Cols (1991) encuentran que un cambio positivo en la actitud de las enfermeras auxiliares se refleja en la instrumentación, autonomía y aceptación personal hacia la institucionalización del anciano que tiene un valor práctico y afirma que este cambio tuvo un impacto positivo sobre el autoconcepto de los ancianos. Por instancia, la dimensión de la autonomía contribuye hacia la definición de éxito hacia la vejez (Rosencranz y Mc Nevin, 1969), especialmente dentro de los asilos, donde frecuentemente las políticas institucionales fomentan el aprender a dar cuidados. (Postrer; 1974, Halper; 1980, Kinsey, Tarbox y Bragg; 1981; Diamond, 1986). Todo esto lleva a

Pietrokowicz a concluir que en el proceso de institucionalización un papel importante lo va a llevar al personal a cargo¹¹¹.

La otra parte invariablemente la llevara el anciano, el cual podrá tener o no dificultades para adaptarse al internamiento en donde muchas veces sume al anciano en un profundo sentimiento de abandono y soledad que lo llevan a refugiarse en sí mismo, en sus fantasías y modelos anteriores lo que hace más patente su aislamiento.

Esta capacidad de adaptación tendrá y tiene un papel importante. Moncayo, G. (1989) menciona que la adaptación del individuo va unida a un estilo y a un esquema atribucional concreto a través de los cuales va a percibir de una manera determinada todos los eventos externos y en general, toda la dinámica de la vida del sujeto va a girar sobre este punto. En este juego de interrelaciones entre los distintos niveles propios del individuo (laboral, económico, social, asilar, etc.) va a desempeñar el adecuado o no ajuste del sujeto al medio ambiente que le rodea.

Todas las situaciones a las cuales se tiene que enfrentar en este caso los ancianos nos lleva a imaginar que la institucionalización tiene un efecto acelerado en su deterioro global, e insidiosamente en su estado de ánimo, (Depresión). El que una persona haya experimentado pérdidas importantes dentro de sus esferas biológica-psicológica y social aunada al aislamiento y restricción por parte de la institución lleva a muchos ancianos a perder interés en sí mismos y abandonarse en forma consecutiva.

Estas pérdidas son consideradas por Baugar (1977) y Mar Zuñiga (1979); quienes coinciden en que la idea del suicidio en los ancianos es producto de un impedimento social a intimar y de una idea de pérdida de relaciones de alto valor, relacionados con sentimientos de soledad con la cantidad de contactos sociales,

¹¹¹ Pietrokowicz, M. y Cols (1991). Nursing Home Staff Attitudes Toward Residents. *The Gerontologist*. 31 (1), 102-106.

agregando que parece ser de gran importancia el aislamiento voluntario como característica persistente en el estilo de vida. Patiño (1976) recalca que el fondo motivacional del suicidio radica en el aislamiento de la sociedad.

Para un mayor conocimiento de este problema y el aislamiento se incluyeron investigaciones y trabajos teóricos que aparecen dentro de la siguiente tabla (6):

**CAPITULO V: ANALISIS CUALITATIVO DE LA
INFORMACION. DEPRESION-
SUICIDIO.**

Dentro de las investigaciones empíricas muchos de los análisis están basados en la estadística. Para esta tesis de investigación documental, un análisis estadístico sería inadecuado por lo que se optó en diseñar una técnica a través del manejo de cuadros, puesto que se están retomando investigaciones que tienen que ver con la Depresión y el Suicidio.

Los cuadros se encuentran divididos en tres líneas de interés:

- I. Investigaciones de la Depresión-Suicidio.
- II. Frecuencia de Síntomas de Depresión-Suicidio.
- III. Cuadros comparativos de Síntomas.

I. Investigaciones de la Depresión-Suicidio.

Este comprende los cuadros número uno y tres los cuales se dividen en ocho columnas que comprenden:

1.1. Número: Que corresponde al orden progresivo en cuanto a la información encontrada.

1.2. Autor: referente al autor que publicó dicha información. A su vez esto nos puede permitir observar que autores trabajan más sobre el tema.

1.3. Año: La fecha en que se llevo a cabo dicho estudio.

1.4. Muestra: El cual se relaciona con las características de la población, el tamaño de la misma y la forma de seleccionarla.

1.5. Síntomas: que serán todas aquellas observaciones realizadas que revelan un trastorno funcional o una lesión.

1.6. Factores precipitantes: Que esta relacionado con aquellos eventos que anteceden a la sintomatología y que su ocurrencia es necesaria para que este se presente.

1.7. Enfermedades asociadas: Serán todas aquellas enfermedades que estan relacionadas con la Depresión-Suicidio.

1.8. Observaciones: Las cuales serán anotaciones del autor de la obra o del autor de esta tesis de investigación documental.

II. Frecuencia de Síntomas Depresión Suicidio.

Este comprende los cuadros número dos y cuatro los cuales se dividen en diez columnas para el cuadro de Depresión y quince para el cuadro de Suicidio. En ambos cuadros la primera columna esta representada por una lista de síntomas y en el resto de las columnas el nombre de los autores,

A través de este cuadro se fue marcando el síntoma que considera cada autor para sacar una frecuencia de los mismos.

III: Cuadro Comparativo de Síntomas entre la Depresión y el Suicidio.

Este va a estar comprendido por la comparación de síntomas entre la Depresión y el Suicidio. Esta dividido en: 1) Síntomas más frecuentes, 2) Síntomas más o menos frecuentes y 3) Síntomas menos frecuentes. Esta clasificación se realiza en base a un análisis de los cuadros dos y cuatro.

CUADRO I.

Muchos autores aquí vistos no realizan una descripción exacta del síndrome depresivo, así lo podemos ver en los trabajos de A. L. Sosa (1989), Valdes, M. (1988), Sirkka Liisa Kivela (1986 a y b; 1988), Denise R. Barnes Nacoste Et al (1991), Susan A. Gaylor y Cols. (1989), Herrera, R. (1984), Guillermo Calderón Navaes (1985) y Trey Sunderland M. D. y cols. (1990). No así, obtenemos de ellos aportaciones muy importantes como: 1) Los síntomas depresivos más frecuentes en cuanto al sexo, 2) Síntomas más frecuentes en las regiones de Finlandia, 3) Algunas consideraciones referentes al diagnóstico diferencial, como en la pseudodependencia, depresión enmascarada, y 4) Mostramos algunas consideraciones en cuanto a adicción.

La depresión puede estar conformada por varios síntomas, pero son ciertos síntomas los que nos llevan a considerar u observar este riesgo.

Autores como: los apuntes de la materia de Análisis experimental de la Conducta; (1985), Gene D. Cohen M. D. Ph D.; (1990), Salvarezza, I; (1988) y Dan G. Blazer M. D., Ph D; (1982). Han realizado una clasificación de la depresión encontrando desde Depresiones primarias y Secundarias, Neuróticas, psicóticas y Secundarias, depresión mayor, etc., de acuerdo a cada autor, proporcionandonos una descripción de estas; así como cuales de estas nos hablarían de un riesgo suicida. Lo que nos lleva a decir que no toda depresión lleva a un acto suicida, de ahí la importancia de un buen diagnóstico.

Otros autores que aparecen en este cuadro no hacen una revisión de síntomas, no así consideran a los factores precipitantes.

CUADRO I.

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
	A. L. Sosa	1989	Trabajo lectivo. Descriptivo. Revisión bibliográfica.	SOMÁTICOS: - Apatía - Síntomas paroxísicos - Sensitización por ansiedad y quejas hipocóndricas			
	Valdes, M.	1998	Trabajo científico descriptivo. Revisión bibliográfica.	SOMÁTICOS: - Trastornos del sueño. - Constipación. - Las quejas se refieren al tracto digestivo. - Preocupación por las funciones corporales. - Anorexia. - Ansiedad. - Dolor. - Psicopatías. - Síntomas de recordación. - Parasitosis. - Trastornos cardiovasculares. - Impotencia sexual. - Nauseas. - Cefaleas. *MENOS FRECUENTES: - Presencia de sentimientos de culpa. - Retardo psicomotor. *RELATIVAMENTE FRECUENTES: - Alucinaciones generalmente auditivas. - Los delirios de nubes oscuras. - Elirio suicida elevado. - Presencia gran variabilidad de manifestaciones. PERTURBACIONES PSÍQUICAS NO EXCLUIBLES EN LA ESFERA AFECTIVA: - Imposibilidad de mantener la situación activa. - Sensación de que la mañana es el peor momento del día. - Pérdida del interés. - Déficit de memoria fundamentalmente para los procesos de fijación. - Ideas pasivas. PERTURBACIONES AFECTIVAS: - Abatimiento. - Tristeza. - Sentimientos de culpa. - Pérdida de la autoestima. - Ansiedad. - Dificultad. - Impotencia real para transformar los estímulos y dificultades.		ENFERMEDADES ORGANICAS: - Fobias. - Colérgicas. - Endocrinas y su sintomatología. - Anemias. - Infecciosas. - Trastornos neurogénicos del SNC. INFECCIONES: - Malaria. - Hepatitis. - Lupus eritematoso. - Diabetes melitus. - Enfermedad de Alzheimer. - Espondilitis. - Neoplasias. - Metastasis cerebrales. - Carcinomas de columna. - Carcinomas pancreas. ANEMIAS: - Ferrípivas. - Megaloblásticas. - Parkison. NEUROLÓGICAS: - Parkison. - Alzheimer - mal de Alzheimer. - Hidrocéfalo.	

Persemita.
Depresiones severas

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de llanto. - Crisis de angustia. - Temor a padecer enfermedad mental. - Remisión de hechos poco significativos del pasado. 			
3	Enrica Lisa Kivela & Kimo Pakkala	1984	<ul style="list-style-type: none"> - Hombres. - Mujeres. - Jóvenes. - Ancianos. - Estudio comparativo 	<ul style="list-style-type: none"> - "Diminución de la autoestima. - Humor agitado con síntomas somáticos. 			Los resultados muestran que en el sexo y la edad se encuentran diferencias en la escala, alrededor de la población anciana.
4	Dennis P. Barnes & Norton et al.	1991	<p>TRES GENERACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jóvenes - Maduros - Ancianos. - Estudio comparativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto sobre el humor 	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos negativos de la vida - Pensamientos negativos. 		
5	S. I. Kivela y Cols	1986	<ul style="list-style-type: none"> - Ancianos entre 65-84 años. - Comparaciones Este-Sur-Oeste de Finlandia - Estudio comparativo 	<p>"ESTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminución de la Eudía. - Variación diurna - Vacuidad - Fuga - Diminución del apetito - Devaluación personal. <p>"SUR-OESTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminución del llanto. - Variación diurna - Vacuidad - Devaluación personal. - Irritabilidad. - Llanto constante. - Pensamientos suicidas. - Agitación ansiosa. - Diminución de peso - Efectos depresivos, comunes en Costa y Sur-Oeste <p>CITAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dientes - Dolor - Fango - Debilidad - Agonia - Doblamiento asociado a la memoria - Vértigo - Afeciones auditivas 			<p>No resulta tipo de depresión, sólo síntomas</p> <p>En la edad mediana y en la vejez hay un mayor número en cuanto a la presencia de depresión</p>

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<p>"SURSTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza -Dolor en articulaciones -Dolor muscular -Dolor de cuello -Dolor de pecho -Dientes en el estómago -Dolor estomacal -Náusea -Empoquetamiento de la memoria -Apatía -Debilidad -Fatiga -Déficit de sueño -Insomnio -Parestias -Problemas en la visión 			
6	Sofía Lina Echea & Karina Palacios	1988	Diferencias entre estos 60 años. Dos grupos Depresivos y no depresivos Estudio Comparativo	<p><i>Mujeres (Ancianas)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupación -Ansiedad constante -Distorsión -Estrés suicida -Dolores <p><i>Mujeres (Jóvenes)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Modo depresivo -Irritabilidad -Miedo <p><i>Hombres (Ancianos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Movimientos lentos -Dormir lento -Escases de gestulaciones -Disminución del interés -Sungu -Contemplación -Panicismo de los problemas -Disminución de la actividad -Disminución de la libido <p><i>Hombres (Jóvenes)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Menor concentración -En la formación de los signos y los síntomas son afectados por el proceso de socialización, el valor y las normas sociales <p>ACUSEES</p>			<p>"Estado diferente de sexo se deben qué a los diferentes roles sexuales "Otra explicación puede ser de bases biológicas. Es también teniendo dentro de las enfermedades también la depresión en la vejez (Murphy & Brown, 1980) exponiendo el punto de la enfermedad terminando diferentes signos y síntomas entre el género</p>

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes.	Enfermedades Asociadas	Observaciones
1				<ul style="list-style-type: none"> -Disminución de peso -Desamor: de la vivencia de la vida -Cansancio -Pérdida e disminución de la actividad 			
7	Susan A. Gayle y William W. E. Long y Carol D. Turner	1980	Elevada escolaridad Estrés Estrés Biológico	<ul style="list-style-type: none"> -Humor triste -Falta de interés -Apatía -Dificultad para dormir -Pérdida de apetito -Pérdida de libido -Falta de energía y fatiga -Sentimiento de impotencia -Sentimiento de indiferencia respecto al presente -Desesperanza respecto al futuro -Sentimientos de inutilidad -Tristeza respecto al pasado -Dificultad para conciliar el sueño -A medida que la depresión progresa -Pensamientos de culpabilidad -Pensamientos suicidas DEPRESIONES DE INICIO TARDIO (INTOLUTIVAS) -Apatía -Retraso psicomotor -Marcha lenta -Pérdida de energía -Expresión facial vaga o fijamente melancólica -Voz apagada y monótona -Dificultad para pensar -Pensamientos oscuros o letales *DEPRESION ENMASCARADA: -Síntomas físicos -Falta de energía -Apatía -Cambio de humor menos notable -Sensación de estar siempre exhausto -Oscilas vagas, persistentes -Sensación de molestias físicas -Epicendia 			<p>Estos últimos síntomas son responsables, al menos en parte, del diagnóstico incorrecto de un síndrome cerebral orgánico de la edad avanzada llamada pseudo demencia</p>
8	Genitzka	1990	163 personas.		<ul style="list-style-type: none"> -Las características idiosincráticas de los roles sexuales. -La edad 		<p>Las mujeres pusieron más alto. En la edad a medida que se pliega a la vejez para posteriormente, ir cediendo con el paso del tiempo.</p>

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
							1- No hay descripción de síntomas.
9	Dr. Jorge I. Curcio Andrade	1977	Tamaño al azar, mujeres de 55 años que buscan el servicio de consulta externa de medicina general. Diagnóstico				1- La depresión afectando al anciano se ha visto hasta sumamente profundamente como en la geriatría externa (Roth y Morney, 1952; Laska, 1975; Bronah, 1954 y Kraussowicz, 1973); encurtando un promedio de duración e ideas supresionadas
10	Covarrubias Newton, Heris	1969	10 Rentistas 10 Familiares 10 Empleados Estudio Comparativo				1- Se trata de establecer la relación entre los niveles de la vida y la depresión en las tres poblaciones. 2- Evitar en conclusiones 3- No descartar causas
11	Herrera Rosario Sal- vador y Celis	1984	Anamnesis de ambos sexos. Autoinformes de 30 años: 20 hombres y 9 mujeres 11 hombres 3 subgrupos divididos en: 1) Autoinformes (20 pts) 2) Autoinformes autoinformes 3) No autoinformes	<p>EVANESCENTES AUTOSUFICIENTES:</p> <p>"Área de riesgo"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la energía. - Falta de fuerza para vivir. - Pérdida de interés por los demás. - Sensación de estar triste como tal. <p>INHIBICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de lentificación de pensamiento. - Lentificación en acciones. En el transcurso del tiempo. - Apatía. - Débilidad para actuar. - Sensación de pérdida de función. <p>PARA LA ANGSTIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestaciones vegetativas: - Sensación de opresión en el pecho. - Nudo en la garganta. - Inquietud. <p>CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideas de culpa. - Robo. - Temor. - Desesperación. - Remordimiento. - Duda. 	La situación social del paciente determina su suerte		1- No se menciona el tipo de depresión. 1- Posiblemente depresión de nivel intermedio
				<p>FÍSICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la función de un órgano <p>EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de soledad derivados de la 		<ul style="list-style-type: none"> - Artritis. - Cardiopatías coronarias. - Hipertensión arterial. - Insuficiencia venosa periférica. 	1- Framedeo de edad. 83.6 años. 1- Promedio de estancia en el san: 49.3 meses. 1- La incidencia de depresión fue mayor en las mujeres, con una relación aproximada de 2 a 1

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
11					<ul style="list-style-type: none"> -Inseguridad económica familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Eufemismo pulmonar obstructivo crónico -Pérdida -Comunicación sesgada -Ceguera -Padrón patriarcal -Constatación materna -Desarrollo en la función de su unidad. 	<p>Las causas desencadenantes fueron en primer lugar la sensación de inutilidad producida por las limitaciones físicas que padecían los hermanos y de manera similar o combinada con el rechazo familiar o ausencia de los hermanos con la sensación de soledad.</p> <p>No todos los hermanos se separaron por estar con condiciones favorables dentro del país.</p> <p>Además que una buena parte de ellos eligieron por cuenta propia su estancia en el extranjero.</p> <p>...</p> <p>Cualquier grupo de hermanos institucionalizados deben considerarse como una población de alto riesgo para depresión, puesto que la integración "voluntaria" u obligada es fuente de estrés y, cuando una buena opción para estos asuntos son alternativas terapéuticas en base al reforzamiento de todas aquellas poblaciones que son favorecidas o al menos han logrado mantenerse a través, fomentando un acercamiento más estrecho entre todos aquellos que laboran y habitan el país, mediante la participación profesional del psicólogo, integrando un equipo multidisciplinario, para orientar y dirigir en forma sistemática la organización social ya existente con la finalidad de incrementar de acuerdo a las características propias de su de ellos. Su interés y su capacidad tanto creativa como productiva. Esperando lograr con ello una disminución en la existencia que disminuya el riesgo depresivo.</p> <p>...</p> <p>No hubo presencia de ideación o intento de suicidio en este grupo de hermanos debido probablemente a que ninguno de ellos se presentó depresión mayor como tal.</p>
12	Guillermo Calderón Nivasci.	1985	Trabajo teórico. Descriptivo. Revisión Bibliográfica	<p>*CUADRO CLÍNICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No existe ración válida para mantener la entidad "neurología involuntaria". 2) Debe tenerse en cuenta que el estado de salud física tiene relación estadística con el comienzo de cuadros depresivos en los hermanos ya que occa frecuencia dos o tres meses de 	<p>1. SITUACIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fallecimiento de familiares de primer grado o cónyuges; obstrucción de cambios en la residencia o en la estructura familiar, conflictos internos en las unidades familiar y económica-laboral, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Numerosos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad. 	

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<p>Una enfermedad importante o de una intervención quirúrgica suele aparecer el síndrome depresivo.</p> <p>3) No existe una relación causal entre autoconcierto en la vejez y la depresión de la vejez, aunque entre los sujetos entrevistados esta se ve con relativa frecuencia.</p> <p>4) Aumento de amoniosas.</p> <p>5) Algunas depresiones son la primera manifestación de un síndrome psicósomático.</p> <p>6) Una gran cantidad de cuadros psicógenos orgánicos que suelen presentarse durante la vejez pueden imitar un cuadro depresivo.</p> <p>7) El médico debe tener en cuenta la frase, de que se encuentra lo que no se busca.</p> <p>8) Siempre se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona de edad avanzada exige más tiempo para su estudio. - La vista deteriorada permite explorar el medio ambiente del mismo. - La persona de edad avanzada merece el privilegio de ser respetada. - Necesidad de una buena anamnesis. - Utilidad en cuanto a la descripción de un día normal. - Reacción emocional debido a los cambios en su área social. 	<p>ZOOMATÍCOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades físicas, traumatismo. - Intervenciones quirúrgicas, depresión farmacológica, etc. - Detectar la intervención de factores ambientales psicógenos y somáticos en el desarrollo de las depresiones del sujeto de la edad avanzada. 		
13	Aguarés de la Justina Análisis Experimental de la Conducta	1985	Revisión teórica - Descriptiva. Revisión Bibliográfica.	<p>*Tristeza.</p> <p>*Pensamiento.</p> <p>*Cambios del sueño.</p> <p>*Pensamientos suicidas.</p> <p>*Sentimientos de desesperanza.</p> <p>*Desamparo.</p> <p>*Desvalorización.</p> <p>*Indecisión.</p> <p>*Falta de interés en el mundo.</p> <p>*Pérdida de apetito.</p> <p>*Susceptibilidad a la familia.</p> <p>*Abandono (síntomas - comunes).</p> <p style="text-align: center;">CUATRO CLASES DE SÍNTOMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectivos. - Cognoscitivos. - Motivacionales. - Físicos. <p style="text-align: center;">DEPRESION ENDÓGENA:</p> <p>*Retardo.</p>			<p>La clasificación de la APA considera dos divisiones principales de los trastornos afectivos: el psicótico y el no psicótico.</p> <p>---</p> <p>La clasificación del concepto endógeno-activo se basa principalmente en la etiología. Las depresiones endógenas propiamente son causadas por factores internos (bioquímicos, hormonales o genéticos) mientras que las depresiones reactivas son formadas por factores externos (stress, traumas psicológicos y orgánicos).</p> <ul style="list-style-type: none"> *Estrés no preceptivo. *Intervalos de insomnio no anómalo. *Falta de autoconciencia. *Furtivos de episodios previos. *Pérdida de peso. *Exhaustión en las mutuas. *Culpa.

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> 1) Depresión severa. 2) Falta de reactividad. 3) Escasidad de placer en la vida. 4) Sueños extraños. 			<ul style="list-style-type: none"> 1) Ausencia de raras de personalidad histérica o maníaco-depresiva. 2) Estado Depresión reactiva. 3) Menos estado. 4) Una depresión menos severa. 5) Más reactividad al ambiente. 6) Menos períodos de anorexia en la vida. 7) Menos anemias sintomáticas. 8) Estrés prepotente. 9) Menos intervenciones de tratamiento psíquico. 10) Más autoimpulsió. 11) Menos episodios previos.
	Winkler	1979	Estudio de constataciones en familias con trastornos afectivos.	<p>1) Atención normal, que puede ser equivalente a la Depresión reactiva.</p> <p>2) Depresión secundaria que consiste en un episodio depresivo en presencia de una psicopatología no afectiva presentemente por diagnóstico.</p> <p>3) Trastorno afectivo primario, que es una manía o depresión en ningún otro trastorno psiquiátrico. Se divide además en los tipos unipolar (depresivo) y bipolar (maníaco-depresivo).</p> <p>El tipo unipolar se subdivide en:</p> <p>1) Enfermedad depresiva pura (unipolar)</p> <p>2) Enfermedad depresiva bipolar (bipolar)</p>			
	Kraepelin	1921		<p>Demencia precoz es un trastorno progresivo deteriorante.</p> <p>Demencia-maníaco-depresiva es episódica y no deteriorante, hereditaria.</p>			<p>Ayudó la demencia maníaco-depresiva como una variedad de enfermedad.</p> <p>Separó la locura maníaco-depresiva de la demencia precoz.</p>
14	Seligman Martin E. P.	1981	Tecnia Descriptivo. Revisión Bibliográfica	<p>INDEFINICION APRENDIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frustración -Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio -Se descompone con el tiempo. -Falta de agresión. -Pérdida de peso. -Pérdida de apetito. -Déficit asociados. -Déficit sexual. -Disminución de la reproductiva y actividad colinérgica. <p>DEPREION</p>	<p>Aprendizaje de que respuestas y refuerzos son independientes.</p>	<p>Úlceras y tensiones</p>	

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> *Paro del *Disposición cognitiva negativa *Ciclo temporal *Habilidad deteriorada *Falta de peso *Falta de apetito *Déficit social *Déficit sexual *Desarrollo de neurosis y ansiedad crónica 	<ul style="list-style-type: none"> *Crecimiento en la cantidad de la respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> *Úlceras (?) y tumores 	
15	Wyer Sander, Jani, R. D. y Reis	1990	<ul style="list-style-type: none"> Revisión teórica Factores Asociados Terapias Revisión Bibliográfica 	<ul style="list-style-type: none"> *Disminución de la memoria *Aumento de los médicos *Panic attacks *Abuso de alcohol <p>SINTOMAS ATÍPICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Aletargamiento *Incremento de las preocupaciones médicas *Desorden de la memoria *Reducción del interés en la familia *Preocupaciones financieras <p>SINTOMAS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Alucinaciones somáticas *Disminución de peso *Aletargamiento general *Anhedonia *Problemas en el sueño *Irritabilidad *Dolor crónico 	<ul style="list-style-type: none"> *Condiciones médicas *Limitación de la respuesta *Stress <p>*Presencia de ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Atenas avanzadas *Acreditaciones endémicas *Desórdenes neurológicos *Problemas metabólicos *Cancer *Características psiquiátricas *Hipertensión 	<p>El alto índice de suicidios obedeció a una mayor frecuencia en cuanto a los pensamientos suicidas</p>
16	Gene D. Cohen M. D. Ph.D.	1990	<ul style="list-style-type: none"> Revisión teórica Descriptiva Revisión Bibliográfica 	<p>DEPRESION PRIMARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de desórdenes o síntomas o por efecto de drogas <p>DEPRESION SECUNDARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades físicas por problemas de salud física y medicación 			<ul style="list-style-type: none"> - Muchos estudios que se han realizado con base en la depresión en diversas investigaciones concluyen. Esto se basa en dos razones: 1) Se relaciona con la determinación del diagnóstico por inspección comunitaria o por entrevista clínica. 2) Discrepancias en cuanto a las diferencias en los estudios epidemiológicos en cuanto a la clasificación de la depresión
17	Salmavansa, L.	1988	<ul style="list-style-type: none"> Revisión teórica Descriptiva Revisión Bibliográfica 	<p>DEPRESION NEUROTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Etapas D. E. 1) El libro incluye las conductas definitivas mecánicas, entre las cuales adquiere preponderancia la negación en un primer paso diagnóstico y proyectivo con intento de 	<ul style="list-style-type: none"> *Pérdida de objetos amados 	<ul style="list-style-type: none"> *Disforia *Dispepsia *Constipación *Malestares cardíacos *El deseo sexual disminuye 	<p>DEPRESIONES NEUROTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dúo patológico - Descompensación de características <p>DEPRESIONES PSICOTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maníaco-depresiva

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<p>Deposición de la culpa en depósitos externos. En algunas oportunidades las conductas delictivas que tienen por lo suficientemente ofensas, el yo es castigado por la sociedad y pueden serse episodios transitorios de despersonalización. Estos psicodramas se manifiestan generalmente aparejados como agitación, llanto, protestas, desahogo y negación de la pérdida.</p> <p>2 En la segunda fase del duelo patológico, el sujeto se internaliza y el yo adquiere diversos grados de identificación con aquel, pero en la internalización se reinstala la primera relación simbólica, entonces el yo queda atrapado en ella convirtiéndose en su víctima.</p> <p>3 En la tercera etapa la resolución trasciende.</p>			<p>Muchas veces.</p> <p>DEPRESIONES SECUNDARIAS:</p> <p>A otros trastornos no psicóticos.</p> <p>A la eliminación de algunos medicamentos.</p>
				<p>DESCOMPENSACION DE CARACTEROPATIAS</p> <p>*Euforcismo.</p> <p>*Temor.</p> <p>*Humor triste.</p> <p>*Comienzo tardío.</p> <p>*Preocupación hipocóndrica.</p> <p>*Retraición de ocupaciones habituales.</p> <p>*Retraso diagnóstico.</p> <p>*Reproches.</p> <p>*Diminución de la autoestima.</p> <p>*Debilidad.</p> <p>*Desamparo.</p> <p>*Sentido de la realidad conservado.</p> <p>*Idios de suicidio.</p> <p>DEPRESIONES PSICOTICAS</p> <p>MANICOS-MANICO-DEPRESIVAS:</p> <p>*Períodos de elación.</p> <p>*Ambición.</p> <p>*Cordialidad.</p> <p>*Entusiasmo.</p> <p>*Optimismo.</p> <p>*Mucha energía.</p> <p>*Períodos de depresión.</p> <p>*Preocupación.</p> <p>*Pesimismo.</p> <p>*Poca energía.</p> <p>*Sentimientos de inutilidad.</p> <p>*Comienzo brusco.</p> <p>*Modificación de la expresión facial.</p> <p>*Contracciones volitivas.</p>	<p>*No sabe utilizar su tiempo libre.</p> <p>*Aspectos definitivos corporales e intelectuales (sumisión).</p> <p>*Conflicto generacional.</p> <p>*Factores socio-culturales y culturales.</p>	<p>*Polimorfos y de intensidad variable.</p> <p>*Quejas hipocóndricas.</p> <p>*Diarrea.</p> <p>*Distiga.</p> <p>*Vértigo.</p> <p>*Cefalea.</p> <p>*Lipomanía.</p> <p>*Precordialgia.</p> <p>*Sensación de frío en las manos y pies.</p> <p>*Distintos grados de compromiso a la sensibilidad.</p> <p>*Episodios de euforia.</p>	<p>*Muchas de las personas que presentan lo que se denomina "reacción de adaptación a la vejez" deben ser consideradas dentro del cuadro que se describe.</p> <p>*Al considerar estos síntomas no hay que olvidar el aspecto de "beneficio secundario" que suele tener.</p> <p>*M. Strejand, 1978, a señalado que es posible observar casos que desarrollan su primer episodio después de los 50 años.</p> <p>*Lo que habitualmente vemos en la consulta son pacientes con una historia de episodios de duración e intensidad variables, previos a los 60 años.</p> <p>*El patrón de conducta se manifiesta por períodos recurrentes y cíclicos de relación y depresión. Los períodos de elación se caracterizan por ambición, cordialidad, entusiasmo y mucha energía.</p>
					<p>*Aparentemente no hay un factor precipitante.</p>		<p>Círculo vicioso</p> <p>+++ Autoestima+++</p> <p>+ +</p> <p>+ Culpa</p>

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones	
				<ul style="list-style-type: none"> *Muy pocas veces viste lagunas *Laberinto patrimonial - desde los estilos leves hasta los empreses) *Oscilación *Voz baja, lenta y pesada *Síntomas intercalados *Ideas culpables *Autoreproches *Conductas autoaprensivas de características auterminales *Temores hipocóndricos *Perturbación de la seguridad *Sentido de la realidad alterado *Disminución de la autoestima *Disminución del interés *Las funciones intelectuales se emborran *El tratamiento se resista *Estridencia *Poco somnoliento *Soledad *Peligro de suicidio <p>Hasta se da sentido el sujeto se recupera.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Trastorno del dormir *Estrés 			<ul style="list-style-type: none"> *Fértil de peso *Fuerza física y seca *Anorexia *Dispepsia *Constipación *El deseo sexual se extingue *Cefalea *Percepción *Vértigo *Aurículas *Cenizas 	<p style="text-align: center;">--Autoreproches--</p>
				<p style="text-align: center;">MELANCOLIA ANSIOSA EVOLUTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Comienza leve *Pródromos *Dignato *Ansiedad *Trastorno digestivo *Correlación positiva de insomnio *Agotamiento de la energía biológica *Perturbación del ritmo palmar *Relacional *Retirada de las esteras biológicas *Alejamiento del objeto mismo *En esta situación adquiere fundamentalmente importancia el concepto de nacimiento *Inestabilidad *Entorpecimiento o agitación *Juicio de la realidad alterado *Temores melancólicos *Ideaciones hipocóndricas 	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de relaciones objetivas -Enfermedades físicas -Ligado a la situación vital difícil que entrañan el envejecimiento y la vejez -Proceso de evolución 	<ul style="list-style-type: none"> -Demencia -Pérdida de peso -Deshidratación -Fuerza seca -Frecuente prurito 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece por primera vez después de los 55 años, sin antecedentes de episodios depresivos previos - El Ey (1969) describe tres formas clínicas de melancolía ansiosa: - Crónica - Débil 	

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la autoestima - Alteraciones - Cambios - Escasa atención personal - Alteraciones sexuales - Alteraciones nutritivas - Alteraciones conductuales - Perseveración de tipo anímico - El estudio es de temores: hacia la ignominia e hipersensibilidad hacia las críticas de los demás - Depresión reactiva 			<ul style="list-style-type: none"> - En los cuadros de este tipo que más a menudo se ve que algunas pueden provocar cuadros similares como los - Crímenes - Ambicomas - Ambaromas - Ambaromas - En realidad lo que hace falta con respecto al diagnóstico es el primer estudio de estos estados, en los cuales predomina siempre la personalidad de que sobre lo que se genera la situación
18	Asanacio, C. Dr.	1991			*Factores y grupos de riesgo.		<ul style="list-style-type: none"> - Los métodos para el diagnóstico de la depresión han surgido, explicado y descrito - Aparecen el cuadro de melancolía acerca de la personalidad depresiva, sero, diferencias genéticas, endocrínicas, y otros factores psicológicos al igual que niveles sociales e historia vital
19	Don G. Blazer II M.D. Ph.D	1982	Revisión teórica. Descriptiva. Revisión Bibliográfica.	<p style="text-align: center;">EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor triste. - "Disminución de la satisfacción de la vida. - "Disminución del interés - "Falta de impulso - "Inestabilidad. - "Sensación de vacío - "Cansancio y ansiedad. - "Sentimientos negativos acerca del yo. - "Preocupación. - "Sensación de desamparo - "Sensación de desesperanza. - "Sensación de fracaso - "Soledad. - "Inestabilidad. 	<p style="text-align: center;">CAMBIO FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Intervención farmacológica - "NEUROTRANSMISORES - Acetilcolina - Serotonina (5-HT) - Serotonina interrelacionada con la amíndala (5-HTAA) - Noradrenalina - Epinefrina - Dopamina - (Del grupo de las catecolaminas, aminas: catecolaminas, mono- aminoaridas (MAO), catecolaminotransferasa (COMT). - Fenyletilamina 	<p style="text-align: center;">DESORDENES DEPRESIVOS ASOCIADOS CON LA VEJEZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Trastornos afectivos bipolares y unipolares - "Neurosis depresivas. - "Desórdenes depresivos asociados con enfermedades físicas y abuso de alcohol 	

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> *Diminución de peso *Temperatura <li style="text-align: center;">RETARDO PSICOMOTOR *Entorpecimiento del habla *Entorpecimiento de los movimientos *Movimientos de los gemas *Aumento de posiciónmente al andar *Aumentos (en marcha reversa) *Discurso o temblor (en casos reversa) *Fenómeno de la mariposa y entorpecimiento *Cambio o eliminación del papado (en marcha reversa) <li style="text-align: center;">AGITACIÓN PSICOMOTORA *Comodidad de la necesidad *Temblor de las manos *Fracaso en la piel con ulceraciones *Paros (7) *Sudor equivo *Avulsas y otras. <li style="text-align: center;">CONDUCTA INAPROPIADA O SIERRA *Graves suicidios o amenazas *Negativismo, negándose a comer, beber y cuidar de el cuerpo *Agresión *Cambio hacia otras (?) 			
20	Salazar, M.	1988	529 Amante	<ul style="list-style-type: none"> -Astenia -Fragilidad pronta y fácil espontáneamente manifiesta -Sensación de torpeza motora -Apatía -Abulia -Disinterés por todo tipo de actividades. -Dificultad en la erección. -Dificultad en la concentración. -Dificultad en el aprendizaje asociado a pérdida de memoria -Cefaleas de tipo tenso o vasculares -Molestias de opresión en la garganta. -Sensación de constipación y ocupación. -Dolores crónicos pseudo-reumáticos, osteoarticulares -Síndromes disépticos. -Anorexia -Retardamiento -Vértigo -Sensación de inestabilidad 			<ul style="list-style-type: none"> *Las depresiones de la vejez son crónicas a la del adulto *Todos ellos han dado nombres a distintas formas de depresión, que hacen intersección en la enfermedad. De una manera muy amplia trazos: *Depresiones endógenas: cuando el carácter es hipocósmico, y no es observable una observación causal aparente *Depresiones neuróticas: cuando el carácter es de normalidad de una personalidad del paciente, en clara responsabilidad propia. *Depresiones sintomáticas: serían aquellas que están ligadas de alguna forma a una enfermedad orgánica, endocrina, inmunológica, neurológica, etc. Curan con días *Depresiones reactivas: se determinan aquellas que se encuentran ligadas a conflictos personales, es el dolor psicológico reactiva

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores Precipitantes	Enfermedades Asociadas	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> - Paranoia - Deseos - Invasión fraudulenta - Insidia - Con tendencia al finis tertii - Ideas de culpabilidad y auto desprecio (pánico) - Ideas de muerte con tendencias suicidas. - Amoralidad - Premonición - Irritabilidad - Estados de paroxismo - El cielo dice que las cosas 			<ul style="list-style-type: none"> - Depresiones crónicas relacionadas con la edad senil, y asociadas a veces en personalidad obsesivo-compulsiva. No admitidas por todos - Depresiones seniles, que pueden ser los tipos más de los desahucos - Depresiones súbitas emancipadas - Depresiones obituarias que frecuentemente expresan una característica clínica determinada - Depresiones seniles cuando este tipo predomina. Depresiones por agotamiento, por descarga, etc... - "Entre una sola depresión. Focos patogénicos, y muchas desencadenantes - "El paciente senil no padece más veces depresión neurotíca, que las restantes formas de presentación.

Para saber cuales son los síntomas depresivos que los investigadores refieren como más frecuentes se encunetra el cuadro No. 2 el cual arrojó los siguientes resultados:

CUADRO II.

Como se puede observar en este cuadro existe una tendencia en cuanto a cual síntoma, los diferentes autores consideran más importante(s).

Hay autores como: Herrera R; Calderon, G; Apuntes; Salvarezza; Dan, G; Valdes M. y Susan, A. que ven al *Humor triste* como un síntoma relevante Para quienes llevan la práctica clínica con ancianos es común encontrar a estos refiriendo tristeza por razones que van desde la desaparición de un ser querido ,hasta el que sus hijos ya no estan con ellos.

El no tener elementos que den un sentido a la vida genera en muchos casos una *disminución del Interes* , síntoma considerado por autores como : Valdes, M; Sirkka, L.; Susan, A.; Herrera, R.; Calderon, G; Apuntes; Salvarezza y Dan, G.

En muchas ocasiones un malestar físico tiene su origen en un malestar psicológico y es a lo que llamariamos *somatización* y que también es un síntoma considerado con frecuencia por: A.L. Sosa; Valdes, M; Sirkka, L; Trey, S; Salvarezza y Dan, G;

La *disminución de la libido* es otro de los síntomas considerado en la depresión de los ancianos., como importante.

Estos síntomas que mantienen mayor frecuencia entre los autores ya mencionados tienen como ya se ha observado una relación muy estrecha con la depresión.

Síntomas	A.L.	Núñez	Strika	Denise	S.L.	Strika	Susan	Geriatrics	Caraveo	Covarrubias	Herrera	Calderón	Apizaco	Seigman	Trey	Gene	Salvarezza	Ascencio	Dra G.	
	Bosa	M.	L.	R.	Kivela	L.	A.		J.	N.	R.	G.		M.	S.	D.C.		O.		
-Debilidad					X															1
-Vértigo					X															1
-Afecciones auditivas					X															1
-Nausea		X																		1
-Frecuentes		X																		1
-Problemas en la visión					X															1
-Disminución en la actividad						X							X							2
-Retardo y disminución de la actividad						X														1
-Sentimiento de melancolía con respecto al presente							X				X									2
-Postura desahogada							X													1
-Voz apagada							X													1
-Disminución de la energía											X									1
-Sensación de identificación del pensamiento											X									1
-Identificación en el transcurso del tiempo											X									1
-Dificultad para estar		X									X									1
-Sensación de pérdida de fuerza											X									1
-Pasividad													X							1
-Indecisión													X							1

En síntomas más o menos frecuentes, en relación a los autores que los consideran encontramos:

Miedo y ansiedad: Valdes, M; Susan, A.; Apuntes; Salvarezza y Dan G.

Disminución de la autoestima: Valdes, M; Sirkka, L. Apuntes; Salvarezza y Dan, G.

Fatiga: Valdes, M; Sirkka, L; S. L. Kivela; Susan, A; Calderón, G y Dan, G.

Alteración del sueño: Apuntes; Trey, S. Salvarezza; Dan, G; Valdes, M. y Susan, A.

Dolor: Sirkka, L.; S.L. Kivela; Herrera, L; Calderon, G; Trey, S. y Dan, G.

Entretimiento de los movimientos: Sirkka, L; Susan, A; Herrera, R; Trey, S. y Dan, G.

En cuanto a los síntomas menos frecuentes podemos encontrar a Irritabilidad, sensación de inutilidad, rumiación acerca de los problemas, ideas de conducta imperdonable, dificultad de concentración, disminución de la motivación entre otros que aparecen en el cuadro con una frecuencia de 1.

CUADRO III.

Dentro del cuadro #3 observamos que algunos estudios en cuanto al suicidio únicamente describen un sólo síntoma, Ej. como Valdes, M. (1988) y Blai Boris (1989), Simon, R. I. ; (1989), Otros que manejan varios síntomas y consideran a la depresión como uno de ellos; siendo que los síntomas emanados son propios de la depresión,

Núm.	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
1	Valdes, M.	1988	Trabajo teórico. Descriptivo. Revisión Bibliográfica.	*Ideas suicidas (depreman profunda).	<ul style="list-style-type: none"> *Soledad *Pérdida reciente de la pareja *Asociativo *Inestable motora. *Adicción alcohólica. *Impotencia. *Ergidiz *Enfermedades orgánicas serenas *Temor o incertidumbre de padecer de cáncer. *Alteraciones depresivas de profundidad pasadas *Soledad *Sin empleo fíal *Limitaciones físicas. *Principalmente soltero. *Jubilación. *Cambio de vivienda. *Aislamiento habitual. Ebert (1965) a) Pérdida de afectos cercanos. b) Concepción egoísta o individualista. c) Fallos en la integración. d) Rasgos de personalidad tendientes a resolver problemas, más por acciones que por adaptaciones pasivas e) Antecedentes de suicidio en la familia. aceptación o identificación de gesto suicidario como recurso ante situaciones insuperables de su vida 		*Fue de quedar como pocos pasivos de morir e intentos suicidas en forma de suicidios, tanto formalmente planificados como los que se cumen por caídas accidentales.
2	Jansen Fama- ceiba	1987	Trabajo teórico. Descriptivo Revisión Bibliográfica.	<ul style="list-style-type: none"> *Cambios en el modelo del suicidio. *Pérdida del apego *Falta extrema. *Abuso de alcohol o de medicamentos *Rendimiento social *Confesión o ansiedad súbita *Depresión *Exposición verbal de intenciones de suicidio. *Obsesión por las armas de fuego o cuchillos *Comunicar sus deseos de suicidarse. *Intentar ser suicidas por girones. 	<ul style="list-style-type: none"> *Falta de amor *Afecto *Falta: *Profund: rechaza a su persona (otro) *Falta del control de su medio social *Detiene en el financiero *Falta de un ser querido. *Jubilación *Enfermedad física grave. *Síndrome de abandono *Depresión maníaca *Intento de suicidio previo *Dificultades económicas 	*Alteraciones que coexisten con dolor crónico e inamovible manifestando o pérdida de la movilidad socialmente desacomodadas *Destroce en el funcionamiento mental	<ul style="list-style-type: none"> *Se suicidan más los hombres en una proporción de 1:2 *Se suicidan más los que no tienen convicción religiosa. *Se suicidan más los viudos y solteros. *Los suicidas pueden presentar un síndrome de abandono *Hay enumeración de síntomas y se relaciona a la dep. como summa suada que los síntomas enumerados se manifiestan de la depresión

Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
Cagood N J	1962	Trabajo teórico Descriptivo Revisión Bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> *Manejado de vicio *Falta de motivación para el trabajo *Falta de motivación para la diversión *Falta de la motivación para la vida misma *Depresión *Quejas somáticas *Cambios en el patrón de sueño *Cambios en el patrón de alimentación *Fuga. *Aumento en la frecuencia de falta. *Cefalea *Dolores musculares. *Constipación. *Estronamiento por otras afecciones corporales. *Pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> *Pérdida del rol social en el trabajo *Pérdida del rol en la familia *Pérdida del rol en la escuela *Pérdida del rol en la comunidad *Pérdida de amigos *Pérdida de poder *Estrés de status y prestigio *Pérdida de salud física *Pérdida de seres queridos *Soledad *Depresión *Incapacidad para valerse por sí mismo *Dependencia hacia otras personas *Cambio en el orden de vida 		<ul style="list-style-type: none"> *Principalmente el hombre presenta un tipo de síntomas voluntariosos como síntomas depresivos.
J. Merrill J. Owens.	1990	Comparación entre grupos de edad	<ul style="list-style-type: none"> *Autoprescripción médica (paracetamol). *Ansiedad. *Insomnio. *Que son parte de una constante presión clínica 	<ul style="list-style-type: none"> *Alterado con familiares o amistades cercanas *Pérdida de roles sociales *Duelo *Cambios negativos en la alimentación, defecación, motivación, y en el cuidado personal. *Incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas 		
Robert A. Kiring	1986	Revisión teórica Descriptivo Revisión Bibliográfica		<ul style="list-style-type: none"> *Las relaciones interpersonales personales. *Fidelidad. *Enfermedad psiquiátrica *Empeoramiento previo. *Enfermedades físicas *Soledad. *Historia psiquiátrica pasada *Seguimiento psiquiátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> *Complementos depresivos. *Retiro. *Pérdida de ingreso económico *Pérdida de status *Duelo *Nivel de tolerancia 	<ul style="list-style-type: none"> *Mayor atención en personas mayores de 55 años

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
6	Oscar D. Cohen M.D., Ph.D.	1990	Revisión teórica. Desarrollo Revisión Bibliográfica.		"La depresión.		"Prevalencia en personas de 65 años
7	V. Soni Raleigin y Cota.	1990	Análisis del periodo de 1970-78. -Estrés sobre el suicidio de inmigrantes en la edad.				"Por ser un estudio general solo muestra índices, para población de 65 años o más indica que de un total de 145 hombres "3" se suicidaron y que de un total de 86 mujeres sólo 1 se suicidó. "La confrontación con la "edad" no fue utilizada para el análisis estadístico en contra del aspecto Biopsicosocial. "Hay nuevo tipo de muertes que aquí no se encuentran estudiadas.
8	I. Michael Ms. Gama, M.D.	1987	Estratificación basada en prejuicios médicos		"Factores económicos "Económicos "Sociales "Etno "Salud "Solidaridad		"A través de las bulas se observa que se suicidan más los ancianos que los adultos jóvenes.
9	Susan E. Sorenson, Ph.D. y Col.	1985	Estratificación				-Alertamos suicidios, en México-Americanos.
10	Rudiger Veget. Londres Wolkstein	1958	510 pacientes en psiquiatría psiquiátricos en Alemania	"Ideas patológicas "Temor "Sentimientos de per- secución. "Alteración mental.	"Edad. "Factores no médicos "Confianza familiar. "Conciencia e identi- ficación percibida con el entorno. "Muerte de pacientes		"Los resultados mostraron que la edad es un factor de riesgo significativo y que no debe ser confundido con la morbilidad psiquiátrica "Importancia del aspecto psicosocial sobre estos pacientes
11	Dr. John Espirito	1985	Estudio de 485 personas de 18 años de 1965-80	"Ideas patológicas. "Conductas auto destructivas "Abuso de drogas	"Sistemas psiquiátricos "Conductas interpersonales electivas "Eficacia de fines "Complejos y muerte de personas significativas.	"Crisis orgánica cerebral.	"Los resultados observados en un estudio longitudinal.

Número	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
12	Molina, V.	1988	Registros estadísticos de 184 casos de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio.		<ul style="list-style-type: none"> *Etnia. *Sexo. *Lugar de origen. *Religión. *Ocupación. *Estratificación. *Estación del año. *Antecedentes heredofamiliares. *Polifarmacia. *Tratamiento farmacológico previo. 		*Intento de suicidio.
13	Arizola, E. Kalle	1988	*Casos observados en Finlandia en 1988.	<ul style="list-style-type: none"> *Aislamiento. *Injerencia hacia la autoconciencia. *Ansiedad. *Inseguridad. *Distorsión de la imagen corporal. *Distorsión de la salud. *Distorsión depresiva. *Síntomas somáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> *Disminución de los cuidados. *Disminución del rol social. *Disminución del status económico. 		
14	Yanger, Susan.	1990	Atmósfera psicológica.		<ul style="list-style-type: none"> *Cáncer. *Soledad. *No soporte de la institucionalización. 		
15	Arizola, E. Kalle	1988	Revisión teórica. Desesperanza. Revisión Bibliográfica.	<ul style="list-style-type: none"> *Sentimientos de desamparo. *Sentimientos de desesperanza. *Frustración. *Sensación de fracaso. 	<ul style="list-style-type: none"> *Aislamiento. *Soledad. *Enfermedades somáticas. 		
16	Carter, H.R.	1988	Desampliación de 1980-1984 de 104 casos.		<ul style="list-style-type: none"> *Alcohol. *Drogas. *Cambios cerebrales asociados. *Personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> *Depresión. *Dolor. 	
17	Mc Intosh, John, L.	1988-1989	Datos dados por gente suizena.		*Decide en la etapa final.		

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
18	Stoenfels, Kimo Dustin	1988	Revisión literaria		*Disminución de la vitalidad *Frustración de objetivos *Autoevaluación negativa de la vida.		
19	Boch, -A.	1988	Discusión teórica Descriptivo Revisión Bibliográfica		*Soledad psicológica *Regretón histórico.		
20	Bidmmer, Norbert.	1988	Revisión de la literatura existente		*Enfermedad médica psiquiátrica *Funcionamiento *Sociopsicológicos *Procesos psicológicos *Susceptibilidad de los eventos de la vida.		
21	Amato-Las	1988	Discusión teórica Desarrollo Revisión Bibliográfica	*Desarrollo anómalo *Aislamiento *Injuria hacia la autoestima *Vejez *Imagen del cuerpo *Depresión *Sensibilización de días- experimenta *Ostracismo. *Frustración.	-Aislamiento. -Soledad -Enfermedades somáticas -Depresión.		
22	Ein, Boris	1989	Revisión literaria	-Derechos	-Ausencia de una figura de apoyo. -Sensación de ser perseguido.		
23	Said, - Sidney -F. et. A.	1988- 1987	Conceptos sociocultu- rales, reporte de una sesión grupal.				El rango de los sentimientos de posturas o negativas
24	Ms. Inoch, J. Hobson J. W.	1996	Discusión	-Trenas i -Tobaqueas -Alucinaciones -Adicción a drogas -Consumo de alcohol			

Núm	Autor	Año	Muestra	Síntomas	Factores	Enfermedades	Observaciones
25	Casooli, Nancy	1989	Empleadas a través de un mismo negocio y profesoras	-Depresión -Alcoholismo -Preparación de la muerte	-Estrés de la familia -Estrés		
26	Samoa, F. L.	1989	Empleadas banca	-Depresión			-El estudio de su vida anterior, de lo que se determinó el riesgo
27	Shapiro, Elaine Diemich	1985	Examen de rutina		-Decreimiento de la actividad -Estrés en el trabajo -Negativa en la supervivencia de la vida		
28	Tennar, Jean F.	1989	Desempeño de rutina del tiempo en el trabajo en el sistema	-Depresión -Falta de comer y beber -Falta de tratamiento de las enfermedades crónicas			-Sudor frío

como lo hacen: Jansen farmacéutica; (1987), Osgood N. J. ;(1982 y 1989), Achte-Kalle ; (1988). También encontramos lista de síntomas muy escuetos que nos llamarían a la necesidad de tener mayor información.

Por ejemplo: Por otro lado, se obtuvieron algunas observaciones de autores como: Valdes, M. (1988), Simon, R. I. ; (1989), y Terrier, Jean F. ; (1989) que consideraron no solamente al acto suicida, sino que también mencionan la existencia de conductas que pueden tomarse como una forma de suicidio pasivo (accidente, descuido en el cuidado del organismo) Estos autores en sus observaciones destacan la importancia que tiene el detectar en forma oportuna el riesgo suicida.

CUADRO IV.

De acuerdo al cuadro los síntomas detectados fueron los siguientes:

Los síntomas más frecuentes encontrados en el suicidio de ancianos son:

-Depresión,

Los síntomas más o menos frecuentes:

-Abuso de alcohol y medicamentos.

-Alteración ambiental.

-Conductas autodestructivas.

-Miedo y ansiedad.

-Fatiga.

-Retiro social.

Los síntomas menos frecuentes:

Síntomas	Valdes. M.	Jansen. F.	Osgood. N.	J. Merrill	Rodríguez. V.	Dr. Pan Rey Ch.	Achet. 1	K.Achet. 2	K.Achet. 3	Blad. Soris.	Meintom. N.	Osgood. R.	Simon. R.	Fessler. J.	
-Duración de la cooperación durante el sueño			X												
Apariencia															
-Frotarse los ojos															
-Expresión facial de lamentación															
-No cooperación															
-Retiro social		X				X			X						3
-Hostilidad															
-Surrender					X										1
-Confianza y obtundición de la conciencia															
-Variación de tipo del humor.															
-Apariencia de ansiedad (en casos severos).															
-Ocasionalmente alteraciones de la piel															
-Llanto o gemitos.															
-Ocasionales ulceraciones en la boca															
-Disminución de peso.															
-Impeto intestinal															
Rebardo Psicomotor															
-Entendimiento del discurso.									X						1

- Deterioro de la imagen corporal.
- Sensación de desamparo.
- Sensación de desesperanza.
- Inutilidad.
- Disminución de la autoestima.
- Pensamientos suicidas.
- Alteración del sueño.

CUADRO V

Se muestra aquí una lista comparativa de los síntomas depresivos con los del suicidio . Es importante observar que la Depresión ocupa un lugar esencial dentro de la conducta suicida. Aún cuando algunos síntomas son más frecuentes que otros, todos están presentes dentro del síndrome depresivo.

CUADRO COMPARATIVO DE SÍNTOMAS	
Síntomas más frecuentes en "Depresión".	Síntomas más frecuentes en "Suicidio"
<ul style="list-style-type: none"> -Disminución del interés -Humor triste. -Síntomas somáticos -Disminución de la libido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Depresión
Síntomas más o menos frecuentes	Síntomas más o menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> -Llanto impulsivo -Miedo y ansiedad -Disminución de la autoestima. -Fatiga -Alteración del sueño -Dolor. -Entorpecimiento de los movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Abuso de alcohol y medicamentos -Alteración mental -Conductas autodestructivas. -Miedo y ansiedad -Fatiga -Retiro social.
Síntomas menos frecuentes	Síntomas menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidad -Sensación de inutilidad. -Rumiación a cerca de los problemas -Ideas de conducta imperdonable. -Dificultad de concentración -Disminución de la motivación: "Parálisis del futuro". -Variación diurna del humor. -Disminución de peso -Entorpecimiento del discurso. -Humor agitado. -Sentimientos negativos a cerca del yo. -Preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Deterioro de la imagen corporal. -Sensación de desamparo. -Sensación de desesperanza -Inutilidad -Disminución de la autoestima. -Pensamientos suicidas. -Alteración del sueño.

CUADRO COMPARATIVO DE SINTOMAS	
-Sensación de desesperanza.	
-Ideas de inutilidad	
-Alucinaciones auditivas.	
-Constipación.	
-Expresión facial de lamento.	
-No cooperación	
-Impacto intestinal.	
-Retardo psicomotor	
-Negativismo refiriéndose al comer, beber, y rigidez del cuerpo.	
-Suicidio	
-Aumento de complicaciones médicas	

ANALISIS Y DISCUSION.

Este trabajo, se ha enfocado a la revisión teórica y al análisis de las investigaciones realizadas alrededor del problema del suicidio en ancianos institucionalizados.

Evidentemente en el desarrollo del hombre los cambios biológicos, psicológicos y sociales son importantes y representan factores precipitantes en el suicidio.

Dentro de los factores biológicos encontrados Valdes, M (1988) hace referencia a las limitaciones físicas. Estas pueden relacionarse con la capacidad motora, auditiva y/o visual del individuo senecto los cuales pueden generar dificultad para la adaptación psicosocial, pues interfieren en la interacción y convivencia con otras personas .

De tal forma que un cambio físico demanda al individuo un mayor empleo de energía para adaptarse. El individuo se vuelve suspicaz y proyecta en los demás sus sentimientos de inseguridad, creando a su alrededor un ambiente tenso que empuja a los que le rodean a separarse generando un menor contacto interpersonal del anciano con su entorno.

El cambio biológico no está exento de la vejez, ni de cualquier otro grupo de edad, en los trabajos referentes al suicidio en ancianos, los cambios biológicos son un factor precipitante detectándose que en un 15.5 por ciento de los estudios revisados estos cambios tienen un papel importante.

En lo que se refiere a los cambios psicológicos, es importante considerar, que el individuo se percibe a sí mismo a través de ese factor psicológico. Por lo que un cambio a nivel físico va a tener un manejo por el anciano a nivel psicológico y una consecuencia a nivel social.

Por ejemplo, Robert, A. Kirsling(1986) hace referencia como factor psicológico a los complementos depresivos que están

relacionados con una dificultad física en donde al senecto le propicia una dependencia, considerando cualquier ausencia como abandono, de tal forma que afecte su autoestima y generándole "síntomas depresivos" y de privación social. Dentro de estos factores encontramos una representación del 40 por ciento en las investigaciones.

Por las limitaciones antes referidas, el envejecimiento puede traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy amplios parece existir una restricción en los espacios para los viejos, a ello contribuyen, la jubilación, la muerte de familiares y amigos, la posibilidad de asociarse con otros, la estrechez económica y las enfermedades, lo que propicia aislamiento voluntario, lo anterior representa una serie de factores sociales considerados en las investigaciones teniendo una representación del 44.5 por ciento en el problema del suicidio.

La aparición simultánea de estos tres factores en los trabajos muestran significativamente su efecto sobre la condición de vida en el anciano.

Ante estos, el individuo puede ser víctima de un aislamiento social, viéndose segregado y acudiendo de tal forma- por que no hay de otra- al asilo.

La situación de confinamiento en asilos, casas de reposo, etc., cualquiera que sean las condiciones de esta plantean un reto más para el anciano, ya que este deberá realizar ajustes para adaptarse a una nueva situación de vida.

El internamiento remueve ansiedades, viendolo como un rechazo de sus familiares y temiendoles al *futuro rechazo* de la nueva sociedad a la que ingresa de tal forma que se ven obligados a elaborar un duelo ante pérdidas materiales y personales que representan su contacto con el mundo y su propia seguridad.

En el asilo tienen que adaptarse a nuevas restricciones, acatamiento de normas, horarios y disposiciones. Esto puede generar dificultades para adaptarse, que en ocasiones sumen al anciano en un profundo sentimiento de soledad y abandono que lo llevan a refugiarse en sí mismo poniendo en peligro su integridad física, acabando con su vida. Pues sí a esto sumamos las pérdidas en las áreas biológica, psicológica y social, la imposición de reglas implica como entrada una mutilación a su integridad personal.

La importancia de estudiar el suicidio en asilos estaría apoyada en la siguiente idea:

Ortega, A.(1989) realizó un estudio referente a las condiciones hospitalarias; detecta la importancia que tiene que el hospitalizado tenga una mayor participación en su ambiente con el objeto de que este le proporcione las condiciones adecuadas para su recuperación. Lo que nos hablaría que a mejor ambiente; encontraremos un mejor estado de ánimo. Esto se relaciona con el hecho de que diversos factores o características ambientales pueden afectar el comportamiento de las personas mayores, pues cada ambiente tiene su personalidad e impactará de diferente forma a todo nuevo organismo que se intruduzca a él, ocasionando de tal forma conductas consideradas como inapropiadas(Férrnandez,B;1992).Esto permite inferir que aún a pesar de los deterioros en la vejez el mejoramiento del ambiente en vez de contribuir a un mayor deterioro podría participar en el mejoramiento del geronte.

En la revisión de trabajos enfocados al estudio de los asilos, las investigaciones son escasas, aún a pesar de lo anteriormente expresado, pues sólo se a dado importancia al individuo y no al ambiente que le rodea; pues de cinco investigaciones encontradas, solo una exploró el suicidio en ancianos institucionalizados y el resto Depresión en ancianos asilados.

Si se observan los cuadros del capítulo V se encontró un total de 49 estudios, donde 20 hacen referencia a la Depresión y

29 al suicidio. Pareciera ser que hay mayor importancia en el suicidio, pero esto no se confirma al realizar una exploración de estos. Pues se da un mayor énfasis en cuanto al estudio de la depresión con 107 síntomas y el suicidio con solo 35.

Roche, B(1993) comenta: "La depresión es uno de los problemas de salud menos comprendidos". Con esto uno puede atreverse a comentar y ¿con el suicidio? coloquialmente puede hablarse de él, pero que es en realidad, cuales son sus causas, sus síntomas, sus efectos, como puede controlarse y como hay que prepararse para hacerlo. Aunque esta información haya sido localizada, no es representativa por que no hay una mayor inquietud en descubrir más de lo que ya se conoce.

Esto es perceptible al observar la línea que siguen los trabajos encontrándose un mayor porcentaje en cuanto a las revisiones bibliograficas que representan un 48%, los análisis estadísticos un 27.5% y las investigaciones empíricas son de un 24.5%. Lo que permite inferir que la información solo ha sido repetida y no a proporcionando datos realmente relevantes.

Dentro de la prevención del suicidio se han observado ciertas tendencias de las cuales podemos observar las siguientes:

a) *Incremento de los mecanismos de integración, familiar y social que permitan al anciano sentirse útil* (Valdes, M; 1989, Kirsling, A.; 1986, Sorenson, S.; 1988).

b) *Detección de las personas que acudan con anterioridad a centros médicos para solucionar problemas físicos* (Kirsling, A.; 1986).

c) *Responsabilidades e iniciativas sociales del post y pretratamiento de consejo y educación* (Kirsling, A.; 1986, Mc. Ginnis, M.; 1987)

d) *Sistema de ayuda por teléfono* a través de voluntarios previamente capacitados (Sorenson, S.; 1988, Pan Pey; 1989).

e) *Accesibilidad de servicios de atención* (Mc. Ginnis, M.; 1987, Pan Pey; 1989).

f) *Preparación del personal para la detección y tratamiento* (Mc. Ginnis, M.; 1987, Pan Pey; 1989).

g) *Servicios de atención en crisis* (Pan Pey; 1989).

En cuanto a cuales son las modificaciones que se podían implantar en las instituciones para que pudiera resultar un ambiente más estimulante para el anciano y disminuir así el riesgo suicida sería necesario crear programas que soslayarán las áreas propias de disminución en la vejez que abarcarían desde la creación de programas de autocuidado, respeto a la integridad personal, reasignación de actividades que permitan recuperar un rol, terapia individual, grupal, dinámicas grupales, establecimiento de talleres industriales, programa de terapia ocupacional, entre otros. Todos estos, conjugados de manera adecuada y que cubran las tres áreas permitirán al anciano tener un ambiente más adecuado y de esta manera también disminuir la presencia del suicidio.

Con base en los objetivos planteados en esta investigación; se encontró que de acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de Salud, las cuales indican que en un día se suicidan en promedio 1,000 personas y otras tantas fallan en su intento.

En México, las cifras muestran que el índice encontrado de suicidios responde al 2.5 por cada 100,000 habitantes, lo que significa que una persona se suicida cada 10 a 20 minutos (Congreso Nacional de México; 1988). En el hospital Español, con base en un estudio realizado para determinar el perfil del sujeto anciano con intento suicida, se encontró que había 194 expedientes con intento suicida, de los cuales 20 eran mayores de 65 años (Molina, V.; 1991).

Sobre este punto, no existiendo estadísticas que muestren el porcentaje de personas de la tercera edad que mueren por causa de suicidio, diversos autores como: Rudinger, V. y Walforsdoff, M.; (1989) y Kirsling, R. (1986) y otros; han demostrado que en otros países existe un incremento de personas mayores de 65 años que atentan voluntariamente contra su vida. Estos autores señalan que estadísticamente se calcula que aproximadamente el 25% de los suicidios se dan en senectos.

Nosotros podríamos considerarnos con información escasa en cuanto a la confiabilidad, puesto que muchas muertes por cuestiones legales y familiares se declaran en otro tipo de muertes además que el reconocer que alguien se suicida es difícil de aceptar. Y esto no se refiere a nivel mundial, si no a nivel Nacional donde la información e investigaciones relacionadas con el tema son casi nulos.

En lo que se refiere a: las alternativas de atención al anciano en la institución y para la prevención del suicidio. Estas propuestas se harán con base en las competencias personales de Powel (1988) y que abarcan las áreas de salud, salud funcional, cognición, utilización del tiempo y conducta social.

En la *competencia de salud* será conveniente que la elaboración de los estudios propios al anciano, salvo que sean necesarios; se hagan con el conocimiento previo y respetando su integridad.

En cuanto a la *Competencia de la Salud Funcional*: ésta nos hablaría de las actividades de la vida diaria que incluye el manejo de la economía, el empleo remunerado, AVD instrumentales y físicas. Aquí se podría enfatizar en primer grado la elaboración de programas de autocuidado donde el propio anciano sea el promotor de su avance, en base al conocimiento de las diferencias actuales. Además del establecimiento de terapia laboral y ocupacional así como la participación de la terapia física como estimulante necesario en estas

areas. No hay que dejar de la mano en este punto la importancia que representa para el anciano la remuneración de las actividades que desempeña y más si estas se pueden relacionar con la terapia laboral.

Es importante fomentarlo de manera que el anciano se haga responsable de tratamientos estableciendo una adherencia terapéutica para su bienestar físico, emocional y social.

**Competencia de cognición:* Esta competencia incluye la recepción sensorial que estaría apoyada con los señalamientos, los colores, la adecuación de las áreas que permiten una mejor utilidad. En lo que se refiere a memoria, Bab, P. (1988) nos dice: las medidas para la estimulación de la memoria están encaminadas en gran medida a orientar al anciano en tiempo, lugar y persona.

Habiendo múltiples técnicas en terapia a aplicar, deberá valorarse cual es la más adecuada para la persona en forma particular.

El objetivo(s) para el uso de estas técnicas o terapias son:

- a) Mantener el autoestima e integridad de la persona.
- b) Mantener conciencia del entorno.
- c) Mantener integridad y participación social.
- d) Mantener la capacidad de adaptación ante el cambio.
- e) Mantener la capacidad para confrontar el stress.

Los objetivos individuales deben ser realistas a las circunstancias de esa persona, a partir de que ella es un ente Bio-psico-social-cultural y espiritual.

El comportamiento requerido por parte del asistente gerontológico, así como de los miembros de la familia, son:

- I. Actitudes de apoyo.

- II. Desarrollo de habilidades para identificar y valorar cambios.
- III. Establecer un clima de confianza mutua.
- IV. Desarrollar comportamientos terapéuticos.
- V. Procurar propiciar energía en forma mutua.

Al ofrecer las diversas terapias deben formularse criterios para identificar quien padece pérdida de la memoria de forma moderada o severos grados variables de confusión, desorientación a persona, tiempo y lugar.

Terapia de orientación de la realidad:

Esta terapia es un esfuerzo concertado para incrementar el conocimiento y reconocimiento de la persona, tiempo, lugar y situación. Es mucho más eficiente cuando se involucra a todo el personal que interactúa con el paciente, a sus familiares y en base a una continuidad de 24 horas.

Es a través de esta terapia que se recuerda a la persona su nombre y se mantiene su sentido de identidad. Hay que hablar con ella de su pasado (ocupación, eventos, personas significativas, etc), su presente que valore, haga comentarios de su apariencia y presentación. También es importante colocarlo frente a un espejo para que se observe además de involucrarlo en la planeación de actividades que se harán con él y para él.

Es importante ofrecer la orientación necesaria para que se ubique en su medio físico; recordándole donde está, poniendo letreros, relojes, calendarios, decoraciones alusivas a la época del año, etc.

La conciencia de la situación que rodea al paciente, se logra a través de estimulación sensorial (uso del olor, tacto, sabor, etc.) y minimizando las distorsiones sensoriales como el uso de lentes, audífonos, dentaduras adecuadas, etc.

II. *Terapia de resocialización:*

El trabajo en grupo ha demostrado ser muy benéfico en el proceso de resocialización del anciano institucionalizado. Existen tres objetivos importantes: 1) Mejorar comunicación, 2) Disminuir retraimiento y aislamiento social, 3) Aprender a, gozar de la presencia de otros.

El proceso de institucionalizar al anciano, genera en la mayoría de los casos aislamiento, despersonalización y sensación de desesperanza.

Un buen liderazgo de grupo propicia la liberación de este tipo de sentimientos y promueve relaciones interpersonales de apoyo mutuo entre los miembros.

Es válido para este tipo de terapia, música, refrescos, eventos comunes, etc.

Terapia de reminiscencia:

Esta alternativa se puede llevar a cabo en forma individual o grupal.

La terapia de reminiscencia, es vista como un intento de resolución de los conflictos surgidos en el transcurso del ciclo de vital en preparación a la muerte.

El proceso de reminiscencia, estimula el pensamiento y para aquellas personas deprimidas el hablar del pasado donde pudieron haberse sentido muy satisfechos consigo mismos, puede tener efectos terapéuticos muy positivos.

En la actividad grupal se obtiene el reconocimiento y/o aceptación de los demás participantes por los logros, lo cual genera

en la persona un grado de satisfacción íntima para valorar sus esfuerzos, existiendo los siguientes parámetros.

1. Mayor conciencia de la presencia de uno mismo y de los demás.
2. Re-desarrollo de controles, para asumir un rol de adulto, inicia y participa en interacciones de grupo, se siente a gusto en estas actividades, reconoce y acepta la participación de los demás.
3. Incrementar de los comportamientos sociales. Menos incontinencia, más energía, más verbal. Necesidad de menos ayuda en las actividades del diario vivir, menos enojo o dependencia del personal.
4. Aumento en la sensación de auto-valoría.
5. Apertura y brillo de ojos.
6. Presta atención, sonríe y habla con los demás.
7. Expresa sus sentimientos.
8. Capacidad para concentrarse en eventos, hechos o palabras externas de sí mismo.

Aquí también quedaría incluido el desarrollo del programa de autocuidado, reconociendo a este como el estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud no es nada más la simple ausencia de enfermedad o incapacidad, la adaptación del envejecimiento estará en función del conocimiento de las conductas y la salud, las cuales incluyen a la estructura cognitiva.

En cuanto a la *Competencia de la utilización del tiempo libre* sería indispensable considerar en un inicio las aptitudes, necesidades e intereses del anciano para así en forma adecuada planear las diferentes actividades que promuevan la activación e intereses del

anciano así como la estimulación a la comunidad del desarrollo personal dentro de la institución.

La *competencia de conducta social*: sería necesario promover relaciones interpersonales a través de la participación en dinámicas grupales, actividades recreativas en grupo, actividades deportivas y culturales, círculos de lectura, participación grupal en terapia ocupacional, etc. Todo aquello que eleve la calidad de vida del anciano que sea una motivación para él. En cuanto a la intimidad, nos hablaría del derecho de realizar y tener actividades individuales, así como, el respeto a la privacidad y a su espacio vital.

Dentro de la competencia social es importante considerar la relevancia que tiene el rol dentro de la vida del anciano por eso Bertone, A.(1989) propone la creación de asambleas dentro del ambiente institucional, en donde el público que asiste a estas es parte de los residentes. El primer objetivo planteado en la primera reunión se refirió al cuidado de la calidad de vida de sus residentes, encontrándose así una participación importante de los residentes y lo cual contribuyo a un restablecimiento emocional importante. Lo que permite: otorgar a las personas un papel dentro de la institución dando una mejor calidad de vida para ellos, pues de esta manera se puede romper la barrera existente entre el exterior y el interior. El generar un proceso de reaprendizaje se promueve una actitud activa, en contraposición del estereotipo del viejo quieto (Bertone, A.; 1989).

Díaz, R. (1990) comenta: El anciano dentro de una residencia tiene derechos y estos van encaminados a la protección de los legítimos intereses económicos y sociales. Esto no puede ser una utopía, porque hablamos de seres humanos y una parte del rol esta encaminada a los derechos.

Es importancia señalar la programación de atención primaria, donde los servicios deben ser prestados dentro de la comunidad, en el seno de la familia y con la participación de todos los miembros de la sociedad.

La recomendación #4 del Plan de Acción Internacional dice, que para mantener el bienestar y la independencia de las personas de edad, se debe fomentar el cuidado de sí mismos mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades, para lo que se requieren nuevas orientaciones y actitudes que deberán proporcionarse tanto a las personas de edad, a sus familias, a la población en general y a los trabajadores de los servicios de salud y bienestar social de las comunidades locales, de modo que los viejos puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad el mayor tiempo posible (González, A.; 1990).

La recomendación #6 dice: Debe perseguirse actualmente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales; la nutrición, los estilos de vida, el autocuidado y la autoayuda, deben ser promovidos a nivel público, incluidas las personas de edad, tanto en zonas urbanas como rurales y formar parte de las prestaciones de servicios hacia las comunidades (González, A.; 1990).

Otra de las acciones que influirían para proporcionar una buena atención, consistiría en la elección adecuada del personal así como la capacitación. Además de establecer un programa de rotación del personal para evitar vicios que repercutan en el trato con el anciano.

En algunas actividades recreativas y culturales, sería necesario romper con la asimetría que existe en cuanto al trabajador aislado y en lo generacional.

Diagnóstico oportuno y tratamientos específicos (medicamentos, psicoterapia, etc.).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Toda investigación tiene sus pormenores en el desarrollo, en esta los más comunes se refieren:

1) Cuando hablamos del tema del suicidio la bibliografía se torno difícil de encontrar y más que esta debería ser reciente. En los diferentes lugares donde se fue a solicitar, uno de los comentarios rudo hacerca de que en México la vejez es uno de los problemas sociales más olvidados para su estudio, lo que nos hace retomar esto como una verdad.

2) El suicidio en ancianos de forma directa conformo una gran dificultad encontrandose solamente una investigación y la cual solo se relacionaba con pérfil sociodemográfico de la población con intento suicida .

3) En cuanto a los asilos la información se relacionaba más a fenómenos que se llevaban ahí (depresión) y no como un elemento que pueda contribuir en el fenómeno del suicidio como tal.

4) Si hablamos de la información Nacional e Internacional relacionada con el tema del suicidio en ancianos institucionalizados y temas afines, el 95% de esta información es Internacional. Esto es algo grave que debe ser concientizado pues hay problemas que no pueden ser oculatdos por mucho tiempo.

5) Un problema muy real es que este tema de investigación representa una dificultad en su manejo., y más cuando se relacionan con tres ideas que generan miedo en el individuo:

- Suicidio
- Vejez.
- Asilos.

Estas tres ideas se relacionan visiblemente con el fin del ciclo vital del individuo y realmente son pocas las personas que se cuestionan alrededor de estos.

6) Otras de las limitaciones a las cuales se enfrentó esta investigación fue el generar una forma idónea para mejor manejo de la información.

Sugerencias:

1) Una de las sugerencias iniciales va encaminada a invitar a la realización de más investigaciones relacionadas con el tema.

2) Concientizar a la gente que trabaja con ancianos sobre la necesidad de realizar estudios relacionados con esta área.

3) Que se implementen realmente programas que ayuden a la adaptación de los ancianos en el ingreso a los asilos así como orientación a los familiares sobre la vejez y sus cambios para un mejor trato a sus ancianos y a su vejez futura.

4) Desarrollo de programas para la capacitación de personal en el manejo de personas de la tercera edad, sabiendo que el personal representa uno de los factores que ayudan a la adaptación en los asilos.

5) Generar dentro de las empresas y comunidades temas relacionados con la vejez, el envejecimiento así como los factores sociales alrededor de ella, esto en base a que el conocimiento pueda generar menos conflicto ya en la edad proveya.

6) Buscar que los asilos estimulen la participación del anciano dentro de las actividades que se desarrollan, dándole así un clima de familiaridad y un medio de mejor desarrollo de sus capacidades presentes así como estimulación y mantenimiento de otras.

GLOSARIO.

1. - *Alucinaciones*: Una falsa percepción que no es una distorsión sensorial, ni una falsa interpretación, sino que aparece al mismo tiempo que las percepciones reales.

Auditivas: Estas pueden ser elementales, en forma de ruidos, o parcialmente organizadas, como: música, o completamente desorganizadas como voces alucinatorias. **Visuales:** Estas pueden ser elementales en forma de destellos de luz, parcialmente organizadas de acuerdo con algún modelo o completamente organizadas como visiones de la gente, animales u objetos.

Olfatorias: Las alucinaciones olfatorias pueden aparecer en los esquizofrénicos, en los estados orgánicos y en los depresivos. Sin embargo, puede ser difícil estar seguro de si son alucinaciones o ilusiones.

***Táctiles:** Estas habitualmente se perciben como una sensación de que se deslizan animales por el cuerpo.

2. - *Inteligencia*: La habilidad para pensar y actuar racional y lógicamente.
3. - *Inhibición o retardo del Pensamiento*: El curso del pensamiento es lento y el número de ideas e imágenes mentales que ellas mismas presentan están disminuidas.
4. - *Bloqueo del Pensamiento*: Aquí se presenta una súbita interrupción del curso del pensamiento y del comienzo de uno nuevo.
5. - *Delirio*: Un delirio es una creencia falsa e inamovible que se presenta fuera del contexto social y cultural del paciente.

6. - *Ansiedad*: Sensación de peligro inminente totalmente indeterminado. Estado de alerta que invade al sujeto. Suele llevar consigo una serie de trastornos neurovegetativos.
7. - *Factor insuficiente*: Embotamiento emocional, indiferencia o apatía. Sensibilidad insuficiente respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor emocional.
8. - *Dolor*: Dolor que no corresponde a un problema orgánico.
9. - *Parestesias*: Cambios en la sensibilidad habitual de miembros superiores e inferiores.
10. - *Síntomas somáticos*: Molestias físicas primaria o secundariamente psíquicas, ejemplo, cordelazos de la depresión, la angustia y quejas hipocondríacas.
11. - *Aumento de la atención en las funciones corporales*: Preocupación excesiva por la salud, el cuerpo, la historia médica pasada, al funcionamiento sexual y enfermedades imaginarias.
12. - *Fatiga*: Incluye cansancio, fatiga, abulia, y falta de energía y/o mental, no debidamente por causas orgánicas, también se refiere a sensación subjetiva y objetiva de disminución de rendimiento.
13. - *Alteraciones en el sueño*: Se valoran las horas de sueño perdido. Y también se valora exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas atemorizantes y dormir inquieto.
14. - *Irritabilidad*: Se valora explosividad e impaciencia. También se incluye la hipersensibilidad, o sea, cuando siente coraje o resentimiento pero es capaz de controlarlos.
15. - *Disminución de la concentración*: Falta de concentración en las actividades cotidianas, el trabajo, la lectura y conversaciones.

16. - *Animo depresivo*: Se valoran estados de tristeza, falta de ánimo o de alegría.
17. - *Ideas depresivas*: Si hay sospecha de estado depresivo.
18. - *Despersonalización*: El término se emplea para significar una vivencia subjetiva de cambio, ya sea en relación a un mundo externo o en la persona del paciente. La vivencia se caracteriza por ser desagradable y molesta al sujeto; abarca tanto la experiencia neurótica como psicótica.
19. - *Beneficios secundarios*: Defensa del yo.
20. - *Proyección*: De acuerdo a Freud, mecanismo de defensa que se caracteriza por la atribución de los pensamientos propios inaceptables a otra persona.
21. - *Regresión*: De acuerdo a Freud, mecanismo de defensa caracterizado por el rechazo inconsciente de las situaciones productoras de ansiedad.
22. - *Senescencia*: Período de la vida acompañado por decremento de las funciones corporales; muestra diferencias individuales.
23. - *Retardo psicomotor*: Aparece una franca lentitud en la expresión. En los casos típicos hay una pausa prolongada antes de iniciar la actividad que se intenta, y una vez que se inicia es ejecutada lentamente y como si requiriera un esfuerzo doloroso.
24. - *Hipocondría*: La atención del paciente se concentra exageradamente sobre su propio cuerpo; está deprimido y sus pensamientos son una preocupación obsesiva por algún órgano corporal; el paciente está convencido de que dicho órgano sufre una enfermedad incurable, aunque no se pueda demostrar ningún proceso patológico.

25. - *Angustia*: Es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente.
26. - *Estados oníricos*: La conciencia habitualmente está trastornada, y en algunos casos está tan obnubilada y oscura que el paciente no se da cuenta de lo que en realidad le rodea. Aparecen alucinaciones visuales y auditivas en respuesta a las cuales el paciente ejecuta actos complicados, como huir o cometer actos de violencia. El estado crepuscular puede durar de varios minutos a varios días.
27. - *Memoria*: Es la función a través de la cual se almacenan los datos adquiridos y presentados a la conciencia por medio de la atención, para posteriormente citarse y presentarse de nuevo ante la conciencia misma.
28. - *Geriatría*: rama de la medicina que se encarga del proceso del envejecimiento y de los ancianos.
29. - *Gerontología*: estudio de los ancianos y el proceso de envejecimiento.
30. - *DNA (Acido desoxirribonucleico)*: El azúcar que lo forma es desoxirribosa; las bases son adenina, guanina, citosina y timina. este se encuentra en el núcleo de la célula.
31. - *Fibrillas*: Se encuentran en muchas células y su presencia es notable en células nerviosas y musculares.
- 32.- *Miofibrillas*: de las células musculares ,son unidades que se contraen.
33. - *Neurofibrillas (Neurofilamentos)*: son prolongaciones parecidas al pelo, dispuestas en red, por todos los cuerpos y prolongaciones de las células nerviosas.

34. - *Acetilcolina (ACH)*: Se ha demostrado que es el transmisor en la unión neuromuscular. Se cree que es transmisor en ciertas regiones cerebrales, por ejemplo en las regiones del hipotálamo y la corteza cerebral.
35. - *Espinas dendríticas*: En las dendritas de las células nerviosas se presentan cierto tipo de sinapsis con protuberancias diminutas o botones que se hallan en la membrana postsináptica.
36. - *Noradrenalina (Norepinefrina)*: Es el transmisor en ciertas sinapsis autónomas periféricas y es así mismo liberada por las glándulas adrenales. Químicamente, es un tipo de compuesto llamado amina.
37. - *Dopamina*: Se halla en un sistema que envuelve la sustancia nigra, una colección mesencefálica de células de apariencia oscura que proyectan los ganglios basales del prosencéfalo.
38. - *Insuficiencia cardíaca*: Es la incapacidad del corazón para hacer circular toda la cantidad de sangre que el organismo necesita.
39. - *Angina de Pecho*: Es un trastorno cardíaco caracterizado por la aparición brusca de un dolor torácico producido por insuficiente irrigación sanguínea, momentánea y reversible, del músculo que forma las paredes del corazón (miocardio).
40. - *Infarto al miocardio*: Es la muerte de las células de una zona más o menos extensa del músculo que forma las paredes del corazón (miocardio) producida por la falta de irrigación de dicha zona.
41. - *Hipertensión*: Hipertenso; tiene la presión alta, lo que significa que muestra una elevación permanente de la presión arterial con respecto a los valores medios normales.
42. - *Arterioesclerosis*: Es una afección generalizada del organismo, debida al endurecimiento, determinación e inelasticidad de la

pared de las arterias, lo que determina la mala circulación de la sangre.

43. - *Estenosis pulmonar*: estrechamiento de la válvula o de la arteria pulmonar. Provoca un mal funcionamiento del ventrículo izquierdo.
44. - *Bronquitis*: Es una inflamación aguda o crónica de los bronquios -principalmente de las venas de mayor diámetro- que produce tos y expectoración.
45. - *Efisema*: Es una dilatación exagerada de los pulmones provocada por la presencia momentánea o constante de gases o de aire en los alveolos.
46. - *Náusea*: La náusea es una sensación de malestar, con pérdida de apetito y de repugnancia a los alimentos, que se encuentra en la garganta y en la parte superior del abdomen.
47. - *Vómito*.- El vómito es un complicado fenómeno de origen nervioso. El centro regulador del vómito está en el bulbo raquídeo, situado en la parte posterior del cuello.
48. - *Gastritis*: Es la inflamación de la mucosa del estómago originada por un agente irritante.
49. - *Úlcera gastroduodenal*: Es una erosión de las diferentes capas que forman la pared del estómago o del duodeno.
50. - *Constipación (Estreñimiento)*: Se trata de un trastorno agudo o crónico de la defecación que origina pausas de más de 48 hrs. entre las deposiciones y da lugar a la evacuación de heces muy duras y en pequeñas cantidades.
51. - *Eneuresis*: es la emisión involuntaria de orina, usualmente de noche y durante el sueño.

52. - *Anorexia*: la carencia o falta notable de apetito, que puede ser de origen constitucional o adquirida.
53. - *Epilepsia*: es un trastorno crónico del SNC que se caracteriza por la aparición de crisis paroxísticas que ceden por sí mismas.
54. - *Parkinson*: Es una enfermedad crónica, lenta y progresiva del SNC. Se debe a la atrofia o degeneración de las células de los ganglios basales, estructuras anatómicas situadas en la masa o sustancia gris del cerebro. Se le conoce también como Síndrome de Parking.
55. - *Jaqueca, migraña o hemicránea*: Crisis de cefalea continua por contracción de la musculatura de la cabeza y del cuello.
56. - *Cefaléa histamínica*: Cefaléa pulsátil de inicio brusco y muchas veces nocturno.
57. - *Cefaléa de tensión o por contractura muscular*: Cefaléa continua por contracción de la musculatura de la cabeza y del cuello.
58. - *Impotencia*: Es la imposibilidad de realizar el coito de manera normal.
59. - *Prurito*: Conocido, vulgarmente como picor o picazón, es una sensación cutánea desagradable que provocan deseo de rascar o de frotar la piel.
60. - *Amiloide*: Es una sustancia que está compuesta por hidratos de carbono y proteínas, y no sólo puede depositarse en los tejidos, sino que puede infiltrar cualquier órgano.
61. - *Atonía*.- Falta de tono muscular.

62. - *Paranoia*.- Consiste en la formulación gradual de un sistema delirante, el cual es muy complejo, elaborado e intrincado, este sistema de delirios está basado en interpretaciones erróneas de situaciones, sucesos reales.

*Síntomas:

*Delirio de persecución.

*Delirio de grandeza.

*Ideas delirantes.

63. - *Genóma*.- Conjunto de cromosomas de un núcleo, célula o individuo.

64. - *Aspecto*: El aspecto físico del paciente; su atuendo, el estado de higiene corporal. Observe las expresiones faciales, los movimientos del cuerpo y de las extremidades

65. - *Procesos de Adaptación*: El desarrollo de la conducta comunicativa, de exploración y encaminada a resolver problemas, en especial el lenguaje y los procesos del pensamiento, tienen que considerarse como de capital importancia.

66. - *Aprendizaje*: El aprendizaje se interesa por, lo general, en todo aquello que acelera o retarda la adquisición de esta capacidad.

67. - *Estrategias mnémicas*: Son todas aquellas técnicas que llevan a un mejor aprendizaje del material estudiado.

68. - *Actitud*: Estar preparado o dispuesto a responder a determinadas situaciones de manera específica, para enfrentarse a estas situaciones y a otras parecidas, tiene a su disposición un repertorio de acciones posibles, a través de los miles de estados particulares de disposición a responder existen algunas uniformidades, algunas maneras estables de reaccionar.

69. - *Adaptación*: Grupo perfecto de desenvolvimiento y de satisfacción que un organismo experimenta en una determinada situación.
70. - *Suicidio*: Todos aquellos actos directos o indirectos cometidos por el individuo y que merman contra su integridad física, provocandole la muerte.
71. - *Intento de suicidio*.- Cuando el atentado no llega al suicidio.
72. - *Coefficiente de preservación*: Llamase así al número que indica cuántas veces menos se tratan los individuos de un grupo ,que los de otros de la misma edad.
73. - *Gaba*.- El ácido gammaaminobutírico puede medir en la inhibición sináptica. Esta sustancia abunda mucho en el sistema nervioso central de los mamíferos; su existencia se ha comprobado en la corteza cerebral y en el cerebelo donde parece estar en relación con las células de Purkinje; cuya función se considera inhibidora. De estos y otros datos experimentales se infiere que el GABA posiblemente sea un mediador en las sinápsis inhibitoras.
74. - *Serotonina (5-hidroxitriptamina)*: (5-HT)72.1.- 5-HIAA.- Serotonina Metabolizada con la enzima monoaminooxidasa.
75. - *Neurotransmisores*.- En las sinápsis del Sistema Nervioso de muchos invertebrados y de los vertebrados, la transmisión parece llevarse a cabo por medio de sustancias químicas de cuya acción depende el efecto que el impulso nervioso, llegado a la unión sináptica.
76. - *Astrocitos*.- Son células de aspecto estrellado. Son muy abundantes y se han descrito numerosas variedades tomando en cuenta su reacción con las neuronas, los vasos sanguíneos, o la

pía, y según la longitud, número y disposición de sus prolongaciones.

77. - *Lipofucsina*: Es parte de los pigmentos lipoarómicos, constituido en gran proporción por lípidos y se observan en forma de gránulos en las neuronas y parece depositarse a partir de la edad adulta y aumentar con el envejecimiento.
78. - *Citoesqueleto*: Formado por los microtúbulos y neurofilamentos.
79. - *Autocuidado*: Todas aquellas acciones y desiciones que los individuos toman para prevenir, diagnosticar y controlar su propia salud, todas aquellas acciones dirigidas a mantenerla y mejorarla y las desiciones para utilizar y participar en los sistemas y servicios de salud tanto oficiales como privados.
80. - *Anomia*: F. Soc. falta de normas.
81. - *Vesánico*: F. demencia, furia.
82. - *Actig-out*: episodios breves de naturaleza circunscrita y episódica. Con frecuencia la conducta de acting-out es yo-sintónica para en individuo.
Freud menciona al acting-out por primera vez en La psicopatología de la vida cotidiana.
En el caso de Dora relaciona la terminación prematura del análisis con un acting-out de ciertos recuerdos y fantasías infantiles. Y también en un trabajo sobre la técnica, asocia claramente el acting-out a la transferencia y a la resistencia.
83. - *Los mecanismos de defensa*: las defensas del yo se ,pueden dividir en:a) Defensas exitosas, que dan lugar a la sensación de lo que se rechaza, y b) Defensas ineficaces, que obligan a una repetición o pépetuación del proceso de rechazo, u objetivo de evitar la erupción de los impulsos rechazados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. -Jepp, I. (1976). Psicoanálisis de la Muerte. Ediciones Carbohohle.
2. -Abadi, M. et al (1973). La Fascinación de la muerte. Buenos Aires : Edit. paidós.
3. -Louis, V. (1983). Antropología de la Muerte. Primera edición. México: Fondo de Cultura Económica.
4. -Osgood, N. J. (1982). *Suicide in the elderly: Are we heeding the Warnings* Posgraduate Medicine, 72(2) 123:130
5. -Diccionario de la Lengua Española. Decima Novena edición.
6. -Peña, G. (1986). El Suicidio: Análisis Comparativo de los Estudios Sociológicos, psicoanalítico y psiquiátrico. (Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México).
7. -Congreso Nacional de Psicoanálisis (1988) México, Guanajuato.
8. -Wilheim, A. (1979). Diccionario de Psicología, Madrid: Ediciones Rioduero.
9. -Barabtarlo, A. (s/a). Geriatría y Gerontología. Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología. México.
10. -Caballero García, J. C. (1989). *Recursos económicos en la Vejez y sus Repercusiones Sociales*. Geriátrica, 5,(2) 111-114.
11. -Brown, M. (1982). Informe sobre la situación de los Situación de los Senecentes en México: Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología.
12. -Herce Mendoza, J. M. (1990). *Psicología del Atardecer en el Anciano*. Geriatrika. 6 (9) ,451-454.

13. -Contreras, E. (1982). Aspectos psicológicos de la Vejez. Sociedad de Geriátría y Gerontología de México (Ed) pp. 5.
14. -González F. (1987). Aspectos Psicosociales de la Tercera Edad. Geriatrika, 3 (7) ,286-299.
15. -Plemons K., J. y Cols (1978). Modificación en el fluido de la Inteligencia en la Vejez. Journal of Gerontology, 33 (2) ,224-223.
16. -Hayflick, L. (1989). Biología Celular y Bases Teóricas del Envejecimiento Humano. Carstensen, L. (Ed.) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Transtornos. (pp. 15-29).México,Martínez Roca.
17. -Cattanach, L. y Kraemer, T. (1991). The Nature of Elder Impairment and its Impact on Family Caregivers Health and Psychosocial Functioning. Gerontology Society of América; 31 (2)
18. - Geriatrika(1990). Enfermedades Psicosomáticas en la Vejez. Geriatrika, 6 (9) ,433-436.
19. -Salvarezza, L. (1988). Psicogeriatría Teoría y Clínica. (1a Ed.). Buenos Aires. Paidós. 221 pp.
20. -Zarit, J. y Zarit, M. (1989). Envejecimiento Molar: Fisiología y Psicología del Envejecimiento Normal. Carstensen, L. (Ed.) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Transtornos (pp.30-45). México: Martínez Roca.
21. -Lehr, V. (1980). Psicología de la Senectud. (Ed.) Barcelona: Herder.
22. -Balaguer, L. (1988). Depresión en la Tercera Edad. La Versión Internista. Tratamiento. Geriatrika,37-43 ..

23. -Caraveo, J. (1977). Estudio Clínico de la Depresión en el Anciano: Un enfoque fenomenológico. (Tesis de especialidad. Facultad de medicina, UNAM. México0
24. -Geriatrika(1990). *La Influencia del Sexo y la Edad. en la Depresión en el Anciano.*Geriatrika 6(10) ,501 pp.
25. -Gaylord, S. (1989). *Transtornos Afectivos en el Envejecimiento.* Carstensen, I. et al (Ed) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Trastornos (pp. 90-110).México:Martínez Roca.
26. -Bize, P.R. (Dr) C. (1973). La Tercera Edad. Bilbao: Mensajero. (pp. 61-650).
27. -Martínez. J. (1989). *Envejecimiento Cerebral; Demencia de Alzheimer y enfermedad de Parkinson.* Revista Mexicana de Geriatría y Gerontología. "Ab-Jun.". 1 (2) ,952-2958.
28. -Epstein, I. (1989). *Envejecimiento.* Goldman (Ed) Psiquiatría General, Personalidad en el Anciano. México pp. 86.
29. - Buller, N. (1989). *Psiquiatría Geriatrika.* Kaplan (Ed) Compendio de Psiquiatría.(pp. 1951-1952.);México:Manual Moderno.
30. -Bellak, I. (1979). *Los problemas de la psiquis.* Bellak (Ed) Tratado de Gerontología.(119-138).México:Ateneo.
31. -Flores, R. (1988). Psicopatología y psicoterapia en la Vejez. Instituto nacional de Delegados INSEN y Profesionales de la Asistencia a la Vejez.
32. - Valdez, M. (1988). *La Depresión en la Tercera Edad.* Revista de Hospital psiquiátrico de la habana. ,.173-183

33. -Kivela, S. y Pahkala, K. (1986). *Sex and Age Differences of Factor Pattern and Reability of the Zung Self-Rating Depression Scale in a Finnish Elderly Population.* Psicological Reports, 587-597
34. -Kivela, S y Pahakala, K. (1988.) *Clinician Rated Symtoms and Signs of Depression in Aged Find* The International Journal of Social Psychiatry . 34(4),74-284 .
35. -Barnes, D. (1991). *The Relationship among negative life Events, Cognitions, and Depression within three Generations.* The gerontologist. 31(3) ,397-401.
36. -Covarrubias, N. (1989). Depresión en el Asilo. (Tesis para Especialidad. Facultad de Medicina. UNAM).
37. -Herrera, S. (1984). Aspectos Clínicos de la Depresión en el Ancianos Institucionalizados que cursan la octava década de la vida. (Tesis para especialidad. Facultad de medicina. UNAM).
38. -Merrill, J. et al (1990). *Age and Attempted Suicide.*Acta psychiatry Scandinava. 82:,385-388 .
39. -Kirsling, R. (1986). *Review of Suicide among Elderly Persons.* Psicologycal Reports (59),359-366
40. -Cohen, G. (1990). *Prevalence of Psychiatric Problems in Oder Adults.* Psychiatric Annals. 20 (8),433-438 .
41. -Ellis, T. (1988). *Classification of Suicidal Behavior: A Review* Behavior. 18 (4) 358:371
42. -Sunderland, T. et al (1990). *Treatment Aproches to Atypical Depression in the Elderly.* Psychiatric annals. (8),474:478 .

43. -Raleigh, V. (1990). *Suicides Among Immigrants from the Indian Subcontinental*. British Journal of Psychiatry : (1560),46-50.
44. -Sorenson, S. (1988). *Prevalence of Suicide Attempts in a Mexican-American Population: Prevention Suicide and life threatening behavior* . 18(4),322-333.
45. -Mc Ginnis, M (1987). *Suicide in América- moving Up the Public Health Agenda*. Suicide and Life Threatening Behavior. 17 (1) 18:31.
46. -Vogel, R. (1990). *Suicide and Mental Illness in the Elderly* .Psychopathology (22),202:207.
47. -Chyou, P. (1989). *Parasuicide in the Elderly: A Long Neglected Problem*. Hong Kong of Gerontology 3(2),39-42.
48. -Flores, M. (1985). *Las Actitudes de los Médicos hacia la Muerte*. (Tesis de posgrado. Facultad de Psicología. UNAM).
49. -Kivela, S. (1986). *Prevalence of Depressive and Other Symptomss in elderly Finnish Men*. Acta Psychiatric Scandinavica. (73) 93:100 .
50. -Sidney, J. (1990). *CSF 5-HIAA and HVA Concentrations in Elderly Depressed Patients who Attempted Suicide*. American Journal Psychiatry 147 (9),1225-1227.
51. -Loster, H. (1990). *Do Suicides who Write Notes Differ from those who do not? A Study of suicide in West Berlin*. Acta Psychiatri Scandinavica (82),372:373.
52. -Apter, A. et al (1989). *Defense Mecanisms in Rick of Suicide and Rick of Violence*. American Journal Psychiatry 146 (8) 1027:1031 .

53. -Bertone, M. (1989). Experiencia en una Institución total. Hogar de Ancianos Adolfo Hirsch. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Viena-austria.
54. -Babb, P. (1989). El Asistente Gerontológico y la Familia ante las Alteraciones de la Memoria en el Viejo. Revista Mexicana de Geriatría y Gerontología. 1(4), 123:126.
55. -Powell, M. (1988). Medio Ambiente y Satisfacción de Necesidades en el Envejecimiento. Carstensen, L. (Ed) Psicogerontología Clínica. (46:53 pp) México: Martínez Roca..
56. -González, J. (1989). Autocuidado en la Vejez . Revista Mexicana de Geriatría y Gerontología. 1(1) 19-22
57. -Lazcano, M. (1989). Programa Educativo de Salud y Autocuidado de Senectos Institucionalizados. Revista Mexicana de Geriatría y Gerontología. 1(3) 81-89.
58. -Goffman, E. (1984). Internados. (Segunda reimpresión) Argentina: Amarrortu Editores.
59. -Rodríguez, J. (1990). Los Derechos del consumidor y las residencias de ancianos. Geriatrika. 6(1) 59-61
60. -Ortega, P. et al (1988). Participación de los Usuarios en la Evaluación ambiental y en la Remodelación de Instituciones Hospitalarias. Revista Mexicana de Psicología.. 6(1) 45-54.
61. -García, J. y Mosquera, P. (1988). Alternativa Asistencial a la Población de Edad: Modelo Geriátrico de la Sociedad norte. Geriatrika. 5(5) 45-61.
62. -Herrero, J. (1988). Atención Geriátrica en los Servicios Sociales. Geriatrika .. 5 (5) 62-72.

63. -Valdespino, M. (1988). Suicidio en el Anciano. (Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. UNAM).
64. -Varela, V. (1983). El Hacinamiento como Resultado de la Reducción de privacidad: Un Estudio Piloto con Jóvenes Bachilleres. (Tesis de Posgrado. Facultad de Psicología. UNAM).
65. -Berti, J. (1988). *La Atención Terapéutica Ambiental en el Anciano*. Geriatría. 2(6) 304-311.
66. -Botella, L. (1991). *Tres Niveles de Intervención Psicológico en Centros Geriátricos*. Geriatría. 7(1) 32-35.
67. -Biedemharn, P. (1991) . *Elderly Community Residents: Reactions to the Nursing Home: An Analogist*. 31(10) 107-115.
68. -Pietrokowicz, m. (1991). *Lising Life Histories to individualize Nursing Home Staff Attitudes Toward Residents*. the Gerontologist. 31 (1) 102-106.
69. -Lurfa, J. (PIA). Estudio y evaluación Clínica Integral del Anciano Institucionalizado. Sociedad de Geriatria y Gerontología en México. 1-3 pp.
70. Moncayo, G. (1989). *Estilos de Vida y vejez. Marco de Intervención Psicogeriátrica*. Geriatría. 5(8) 70-72 .
71. -Reyes, A. (1990). El suicidio. Curso Instituto Nacional de la Senectud.
72. -Jansen (1987). *La tercera Edad*. Jansen Farmacéutica. 1(2).
73. -Freud, S. (1973). Contribuciones al Simposio sobre el Suicidio. Obras completas de Sigmund Freud. Vol. 11, Madrid: Biblioteca Nueva. pp. 1636-1637.

74. -Freud, S. (1973). Duelo o Melancolla. Obras completas de Freud. Vol. 11, Madrid: Biblioteca Nueva. pp. 2097.
75. -Freud, S. (1973). Más allá del Principio del Placer, obras completas de Freud. Vol. 11, Madrid: Biblioteca Nueva. pp. 2525.
76. -Durkheim, E. (1983). El Suicidio. México: UNAM pp. 55.
77. Echavarría, M. (1989). La Actitud hacia los Ancianos en un grupo de Adolescentes. (Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM).
78. -Blazer, D. (1982). Depresión In late Life. E.U.A. The C.V. Mosby Company.
79. -Kalle, A. (1988). Suicidal Tendencies in the Elderly. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 18(1) 55-65.
80. -Yunger, S. (1990). Availability of Knowledgeable Informants for a Psychological Autopsy Study of Suicides Committed by Elderly People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 38(11) 1169-1175.
81. -Kulle, A. (1988). Suicidal Tendencies in the Elderly. *Socijalna Psihijatrija*. 16(1) 57-66.
82. -Cattel, H. (1988). Elderly Suicide in London: An amol y sis of Coroner' Inquests. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*. 3(4) 251-261.
83. -Mc Intosh and John, L. (1988). Official U.S. Elderly Suicide data bases: Levels Availability Smissions. *Omega Journal of Death and Dying*. 19(4) 337-350.

84. -Stumpfe and Cols (1988). *The Psychodynamics of Suicides In old age.* Zeitschrift fur Gerontology. . 21(1) 45-51.
85. -Beiffin, A. (1988). *The Suicide in Elderly People.* Psychologie-medicule. 20(6) 807-809.
86. -Baudelot, Ch. y Establet, R. (1988). *Sociología del Suicidio.* Mundo Científico. (4).
87. -Jiménez, F. (1990). *Psicología de la Senectud.* Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología.
88. -Calderón, G. (1985). Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México: edit. Trillas.
89. -Sánchez, J. (1985). La Vejez y sus mitos. Barcelona: Salvat Editores.
90. -Jiménez, A. (1990). El Autoconcepto en el Anciano en tres Situaciones de Estancia Diferentes. (Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM).
91. -Leep, I. (1967). Psicoanálisis de la Muerte. Buenos Aires: Lohle.
92. -Aburto, A. (1988). Conceptualización de la Vejez: Marginados en las Sociedades Desarrolladas. Martes 5 de febrero de 1988. Excelsior, sección Metropolitana. 1 y 9 pp.
93. -Instituto Nacional de la senectud (1988). Psicología de la vejez. Enero.
94. -Molina, V. 91988). Suicidio en el anciano (Tesis posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México).
95. -Borras, T. y Sainz, F. (1953). Diccionario de la Sabiduria, Frases y Conceptos. Madrid: Aguilar.

96. -Gazzano, a. (1973). Clinica y Terapéutica del Suicidio, Abadi, M. y cols (Ed) La fascinación de la Muerte.(pp. 193). Buenos Aires: Paidós.
97. -Garma, A. (1973). Los Suicidios. Abadi, M. y Cols (Ed) La Fascinación de la Muerte. (pp. 63.). Buenos Aires: Paidós.
98. -Reyes, A. (1988). Los Suicidios y Prevención. Instituto Nacional de la Senectud (Ed) Suicidios y prevención. México.
99. -Botella, G. (1991). Tres niveles de intervención psicológica en centros Geriátricos. Geriatriska, 7 (1): (32-35 pp.).
100. -Fonichel, O. (1986). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós. (814 pp.).
101. - Bellak, L. Small, L. (1980). Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Editorial Pax México. (381 pp.).
102. -Hayflick, K (1989). Biología Celular y Bases Teóricas del Envejecimiento Humano. Carstensen, L et al (Ed) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Transtornos (pp. 15-29).México:Martínez Roca.
103. -Cueli,J. y Reid,L(1976) Teorías de la personalidad .México:Trillas (pp.30).
104. - Velasco,S(1965) Metapsicología del Suicidio. (Tesis de Licenciatura.Facultad de Psicología.UNAM)
105. -Bustos,R y cols(1984) Curso de platicas de tercer nivel,Social Unidimensional.México:Facultad de Psicología.UNAM:(pp.215).
106. -D.H.Clark (1982),La Terapla social en Psiquiatría. España: Ediciones Morata.

- 107.-Arriaga,G.G. (1988) La anciana en el Contexto familiar y Social.(Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana).
- 108.-Crisis,M.M. (1988)Estructura Familiar y Social.Intituto Nacional de la senectud.
- 109.-I thompson,R.(1984) Fundamentos de psicología fisiológica. México: Trillas.
- 110.-López,A.(1983).Anatomía funcional del Sistema Nervioso. México: Limusa.
- 111.-Fernández,R. et al. Evaluación e intervención Psicológica en la vejez. México: Martínez Roca.
- 112.-Enciclopedia Familiar de la salud (1983) Guía de la Salud en Preguntas y respuestas. Tomo I y II.México"Promexa.
- 113.-Enciclopedia Salvat de la Familia.(1981) El libro Gula de la Medicina Familiar.Tomo I y II.España:Salvat.
- 114.-Roche,B.(1993) El manejo de la depresión en el anciano. Asistencia Privada(Ed) Segundo taller. El mejoramiento de la calidad de vida del anciano asistido en las instituciones privadas.Mexico.
- 115.-Ortega,A (1989) Participación de los usuarios en la evaluación ambiental y en la remodelación de instalaciones hospitalarias.Revista Mexicana de Psicología.6(1)45-53.
- 116.-Pharmaton(1982) Un problema en constante aumento...y una contribución válida para su solución.Suiza:Departamento médico científico(pp.1-24).

ANEXO.

Autor	Año	Título	Población	Temas o Métodos	Resultados	Observaciones
J. Covarrubias Newton, Jcaiz El Depresión en el área	1989		10 residentes 10 familiares 10 empleados Institución asilar Hochuacah.	Hipótesis 1) La depresión en la institución asilar estudiada abarca a sus residentes, familiares y responsables de estos y a su personal. 2) Los eventos de la vida de los residentes, de sus familiares de la institución estudiada son vividos con una tensión significativa, por lo menos moderada. 3) Existe concordancia entre las escalas Hamilton y Zung en estos, familiares responsables de estos y personal de la institución asilar estudiada. 4) Existe concordancia entre las escalas Hamilton, Zung y Deprean geriatricas, en el grupo de viejos aridos estudiados. Diseño estadístico. Grupo 1. Pacientes Esc. de DD Esc. de Hamilton Esc. de Zung Esc. de Eventos de la vida. Grupo 2. Familiares Esc. Hamilton Esc. Zung Esc. Eventos de la vida. Grupo 3. Empleados Esc. Hamilton Esc. Zung	1) En las muestras estudiadas no hay depresión. 2) a) Se encuentra un evento significativo en los residentes que es la enfermedad seria o lesión significativa. b) En los familiares hubo tres eventos significativos: - En la salud o conducta de algún miembro de la familia. - Problemas con pacientes. - Número de discusiones con el conyuge. c) En el personal no se encontraron eventos significativos. 3) - En la muestra de residentes no hay concordancia en los tres casos de depresión medida en la escala Zung y Hamilton. - En la escala de familiares no hay concordancia entre las escalas de Hamilton y Zung a nivel individual. - En el personal no hay concordancia En el único caso de depresión, detectado con la escala Hamilton, con la escala Zung 4) - Entre la escala Hamilton y la escala Zung no hay concordancia. - Entre la escala de hamilton y la EDG hay concordancia en 2 de los 3 casos de depresión medida con la escala Hamilton. - Entre la escala Zung y la EDG si hay concordancia en los 3 casos de depresión medida con la escala Zung.	1) La primera hipótesis no se corroboró. - Los resultados no son muy significativos por el poco manejo de población

CUADRO No. 6

Autor	Año	Título	Población	Términos o Método	Resultados	Observaciones
				Esc. Eventos de la vida. "Vs" Edad en años, sexo, peso, diagnóstico, enfermedades agudas, eventos vitales, signos vitales, escala de depresión, ejecución. Estudio Sistemático		
Herrera Rosado Salvador y Col.	1984	Asilo en Tlalpa, de mujeres.	Anuncio de ambos sexos de 80 a 90 años. 11 hombres y 9 mujeres. Anillo en Tlalpa, de mujeres.	-Dar respuestas a preguntas planteadas (Cuestionario) a los sujetos. -¿Por qué no todos los ancianos sufren depresión? -¿Por qué los ancianos que viven en casas de asistencia e instituciones padecen más enfermedades físicas, son menos capaces de mantener su independencia, tienden al aislamiento y aparentemente tienen una peor evolución que los ancianos que viven en su propia casa? -¿Cuáles son los síntomas psíquicos predominantes? -¿Cuáles fueron las causas desencadenantes del cuadro o en su defecto la ausencia de ellas? -¿Cuántos hubo intentos de suicidio? -¿Cuántos padecieron una enfermedad física concomitante que ocasionara o agravara la depresión? -Se formaron 3 grupos. *Autónomos. *Parcialmente autónomos. *No autónomos.	Autoinformes. 10 ancianos, 7 mujeres y 3 hombres. Hubo manifestaciones depresivas. Como causas desencadenantes se encontró: Físicas: -Pérdida o disminución en la función de un órgano. Emocional. -Sentimiento de soledad. Enfermedades físicas concomitantes. -Artritis. -Cardiopatías crónicas. -Hipertensión arterial. -Insuficiencia venosa periférica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. -Pérdida o disminución sensorial. -Quistes. -Retardo para la marcha. -Contusión cerebral. -Disminución en la función de extremidades. *Las causas desencadenantes en los casos resultaron: -Sentimiento de soledad. -Rechazo familiar.	*El investigador de las siguientes definiciones como parte de un diagnóstico diferencial: -Depresión. -Depresión entusiasmada. -Duelo no complicado. -Demencia. -Pseudodemencia. -Delirio. -Desmoralización. -Ansiedad. -Angustia. -Confusión mental. -Ira, resentimiento y suicidio consumado. -Euforía del finis. -Causa desencadenante. - *Autor. Al igual que en otros grupos de edad, las manifestaciones depresivas encontradas están mínimamente relacionadas con factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo estos últimos de particular interés para los ancianos estudiados en este trabajo. - -Comparados con estudios previos en el estado de un diagnóstico en portadores de la depresión después de los 80 años de edad. -
Herrera Rosado	1984	Asistencia domiciliar de la		-Asistencia de	-Se sometió a las preguntas del Cuestionario, al mismo para	*Se considera que este o cualquier otro grupo de ancianos

CUADRO No. 6

Autor	Año	Título	Población	Técnica o Método	Resultados	Observaciones
Salvador y Cols.		depresión en el anciano institucionalizado que cursa la octava década de la vida		<ul style="list-style-type: none"> -Una entrevista psiquiátrica semiestructurada. -Exploración física completa. -Valoración geriátrica. 	<p>este grupo no todos los ancianos se deprimen porque en su mayoría ellos gozan de condiciones favorables dentro del asilo, además de que una buena parte de ellos dependían por cuenta propia su estancia en el mismo.</p> <p>"No encontramos ideación o intentos de suicidio en este grupo de ancianos debido posiblemente a que en ninguno de ellos se presentó depresión mayor"</p>	<p>instituciones- traidos deben considerarse como una población de alto riesgo para depresión puesto que la marginación "voluntaria" u obligada es fuente de esta por sí misma. una buena opción para estos ancianos son alternativas terapéuticas en base al refortecimiento de todas aquellas condiciones que han favorecido o al menos han logrado mantenerlos activos, fomentando en acercamiento más estrecho entre todos aquellos que laboran y habitan el asilo.</p>
Molina Valdes Pico (1986)	1988	Suicidio en el anciano	Registro estadístico de expedientes con diagnóstico de intento de suicidio	<p>Planteamiento del problema.</p> <p>Existen numerosos estudios en torno a la epidemiología del suicidio, no embargo en el área geriátrica, en nuestro país no se ha convertido en un área problemática de peso, por lo que se ha puesto poco énfasis en los estudios sobre el tema en nuestra población. Dado que nuestro hospital (Español) muestra un volumen importante de pacientes suicidas. El conocimiento de las variables más frecuentes de nuestra población de alto riesgo, nos permiten, al tenerlas en cuenta, a fin de plantear estrategias preventivas.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>Existen características demográficas en la población geriátrica del Hospital Español, que difiere significativamente a las reportadas en otras poblaciones.</p> <p>Objetivo</p> <p>Conocer las características demográficas y la frecuencia de asociación de los factores de alto riesgo mencionados en la literatura, de los pacientes geriátricos ingresados en el Hospital Español, con diagnóstico de suicidio.</p> <p>Estudio</p> <p>Retrospectivo de tipo descriptivo del período de enero de 1986 al 1 de septiembre de 1987</p>	<p>"En cuanto a la prevalencia, se encuentra que los intentos de suicidio en ancianos, representaron un 10.3% del total de pacientes registrados por esta causa en nuestro Hospital.</p> <p>"La edad se encontró en un rango de 65-84 años. Con una medida para valores de 75.8 y 72.2 para mujeres.</p> <p>"En lo tocante al sexo, los intentos de suicidio en un 70% fueron realizados por mujeres y un 30% por varones. De estos suicidios, el 20% se consumaron en suicidios consumados.</p> <p>"De los suicidios consumados 3 pacientes eran del sexo femenino lo que corresponde a un 77%.</p> <p>"Los antecedentes hereditarios se encontraron presentes sólo en 1 paciente, lo que corresponde a un porcentaje de 5%.</p> <p>"En cuanto al estado civil el 55% correspondió a viudos, seguido por los casados con un 29% y el 10% restante entre divorciados y solteros.</p> <p>"La estación más frecuente es la primavera. Los meses de mayor frecuencia fueron: enero, marzo, junio.</p> <p>"En cuanto al diagnóstico psiquiátrico previo, este se encontró en un 65% de los pacientes. De estos el 65% también diagnosticados como portadores de un trastorno depresivo, 10% correspondió a trastorno bipolar y un 10% se encontraron con diagnósticos de abuso psicótico y abuso de alcohol.</p> <p>"Lugar de origen: el 55% eran mexicanos, el resto extranjeros, en su mayoría europeos, representando estos un 35%.</p>	<p>"Estudio típico en su género el que aborda la utilización de un perfil socio demográfico en la población, según los intentos de suicidio</p>

CUADRO No. 6

Autor	Año	Título	Población	Técnicas o Método	Resultados	Observaciones
					<p>*Ocupación: El 65% se reportaron como desempleados y un 35% ayudaban a las labores del hogar, podíamos considerar aquí la mayor tendencia a realizar el acto suicida en gente en ocupación is-burial</p> <p>*Estratificación: Podemos situar al 47% por nivel Preparatorio o Universitario, el 68.27% a nivel</p>	
					<p>Secundario o Técnico, esto de alguna forma ocurre con el estrato sociocultural al que pertenecían estos individuos, con un nivel escolar mayor al de la media de la población en la etapa en la que deberían estar sus estudios</p> <p>*El 100% de los pacientes, eran portadores de padecimientos is-matros crónicos. El 69% eran de origen cardiovascular y el 50% padecía diabetes melita o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p> <p>*En cuanto a los antecedentes de intento de suicidio, se encontraron en el 35% de la muestra</p> <p>*Con lo que respecta con el tipo de intento realizado el 79% utilizaron medicamentos, 10% proyección al vacío, 10% por arma blanca y 5% por aborrecimiento.</p>	
Jiménez, A.	1990	El autoconcepto en el anciano: en tres estancias de estancias diferentes	Ancianos procedentes de tres estancias diferentes	<p>*El interés fundamental del presente estudio fue el comparar el autoconcepto de tres grupos de ancianos a través de la escala Teste de Autoconcepto de W. H. Fets, para conocer si los ancianos que viven en el albergue tienen un autoconcepto más devaluado que aquellos que son residentes o afilados</p>	<p>*El grupo de los ancianos albergados casi siempre reportó puntuaciones más bajas</p> <p>*El puntaje más alto fue el de los afilados, ocupando las áreas del yo: Buro Moral, autoestima y atribución, en donde los albergados pasan a tomar el segundo sitio</p> <p>*Los ancianos afilados fue el grupo que manifestó puntuaciones más altas en las áreas de la escala de Teste de Autoconcepto, siguiendo esto, que las personas se encuentran contentas consigo mismas sienten que son dignas e merecedoras, uno mismo de su propio valor, se adaptan, son hábiles a los estándares establecidos. Este grupo tiene una concepción de sí mismos favorable</p> <p>En el grupo de los ancianos residentes se observó un comportamiento estadístico intermedio en comparación con los otros grupos (afilados y albergados), en con</p>	<p>*El bajo nivel de autoconcepto reportado por los ancianos albergados trae consigo sentimientos de inadecuación, de poco valor, y poca fe y confianza en sí mismo, lo que repercute en su conducta, la situación de estar institucionalizado refuerza dichos sentimientos inadecuados ya que hay una privación de privación de libertad, de contacto familiar, social y laboral, y algo muy importante, el contacto afectivo que tanta falta hace en esta etapa de la vida (Kurt, Erikson, Madurez)</p> <p>*Los ancianos institucionalizados son muy rigidos con ellos mismos y como alternativa ante esto se refugian en las posibilidades que brinda la religión</p> <p>*Los ancianos afilados reportan sentimientos de adecuación de valor y bienestar y confianza en sí mismos, su conducta se reporta adecuada con respecto a los estándares socialmente vigentes, lo que les da seguridad y autoestima</p> <p>*La conclusión más lógica que se le puede dar es hallar</p>

CUADRO No. 6

Autor	Año	Título	Población	Temas o Método	Resultados	Observaciones
					<p>todas las áreas de la escuela Tennessee, a excepción de las áreas del yo Ebro-Morri, Autoconciencia y autoestima, encontrándose que dicho grupo manifestó tener una capacidad de autoestima mayor. Sin embargo su nivel de autoconcepto no sufre alteración en virtud de que se mantiene inalterado.</p> <p>Los ancianos ALBERGADOS obtienen un nivel de AUTOCONCEPTO más bajo, lo cual hace que se caractericen como personas que no se sienten contentas consigo mismas, autoperubándose como poco dignas y por encima de su propio valor y que se vean a sí mismas como indeseables o rechazadas por los demás.</p> <p>provocándose en su soledad, deprimida y como consecuencia sufriendo. A pesar de la soledad de sujeto que viven los ancianos albergados, estos muestran dificultades para establecer relaciones interpersonales; por lo que el temor de ser rechazados se aulan y esto pudiera tener su explicación en el abandono de la familia, que lejos de haberles propiciado seguridad, comprensión y confianza y afecto, los abandonó generando así desconfianza y el desprecio hacia sí mismo, haciéndole sentir no merecedor del amor de otros y en consecuencia incapaz de dar amor a los demás.</p>	<p>es que tuvo puntuaciones intermedias porque fue un grupo mediano dado que aunque no se encontraba en condiciones de autoconciencia como los albergados, tampoco se encontraba en condiciones de no autoconciencia como los viejitos en virtud de que los ancianos residentes asumen a las residencias dadas para incorporarse a un círculo social, actividades productivas otras escuelas a la residencia por que no tienen familiares con los cuales convivir, otros porque su situación de salud les provoca mucha soledad y acuden a la residencia para mitigarla, otros porque es la residencia en donde sienten que realizan cosas productivas y así disminuye un poco la tensión que les causa el ser rechazados en un trabajo. Así es que de esta forma los residentes están en una etapa de transición de la no autoconciencia a la posibilidad de la aceptación.</p> <p>"El aislamiento no sólo físico, sino laboral, social y emocional de que son objeto las personas senectas es un problema que va en aumento cada día.</p> <p>"Dada las actuales condiciones socioeconómicas en las que se vive el abandono moral del senectos tiende a hacerse más frecuente en tanto que las necesidades económicas son mayores y la satisfacción de las mismas es casi imposible, esto, entre otros factores propicia la separación, la falta de convivencia y el deterioro de las relaciones entre los miembros de la tercera edad con sus semejantes y familiares, situación que hace que los viejos se encuentren en permanente decreencia, es decir, abandonados moral y físicamente.</p>