

302925

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO¹⁴

Con Estudios Incorporados a la UNAM

2ej



Escuela de Psicología

FALLA DE ORIGEN
**"Factores Desencadenantes de la
Depresión en la Vejez"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
RUIZ GONZALEZ ALEJANDRA

Director de Tesis: Lic. Lucrecia Molinet Sosa

México D.F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 2 |
| OBJETIVOS | 4 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| PRIMERA PARTE | 8 |
| I. Etapas de desarrollo del ego (Yo) de Erikson..... | 8 |
| 1.- Confianza Básica Vs. desconfianza | 11 |
| 2. Autonomía Vs. Vergüenza y Duda | 12 |
| 3. Iniciativa contra Culpa | 12 |
| 4. Laboriosidad contra inferioridad | 13 |
| 5. Identidad contra confusión de papeles..... | 14 |
| 6. Intimidad contra aislamiento..... | 15 |
| 7. Generatividad contra estancamiento | 15 |
| 8. Integridad del Ego (Yo) contra desesperación | 16 |
| II. El funcionamiento físico de la Vejez | 18 |
| SEGUNDA PARTE | 25 |
| III. Depresión | 25 |
| III.1 Definición..... | 25 |
| III.2 Características Clínicas | 26 |
| III.3 Factores Precipitantes | 31 |
| III.4 Clasificación | 33 |
| 1. ¿Clasificación unitarias, binarias o múltiples? | 34 |
| 2. ¿Clasificaciones categoriales o dimensionales? | 34 |
| IV. Depresión en la Vejez | 41 |
| TERCERA PARTE..... | 45 |
| V. ¿A qué edad se es viejo ? | 45 |
| • La teoría programada..... | 46 |
| • La teoría del gen..... | 46 |

| | |
|---|-----|
| * Teoría de la terminación del programa genético | 47 |
| * Teoría de la mutación somática | 47 |
| * Teoría de las ligaduras cruzadas | 48 |
| * Teoría de los radicales libres | 48 |
| * Teoría del acumulo de metabolitos | 48 |
| * Teoría del error | 49 |
| * Teoría del desgaste y la destrucción | 49 |
| * Teoría ambiental | 49 |
| VI. Definición de Vejez | 50 |
| VII. Desarrollo psicológico de la vejez | 54 |
| Crisis de identidad | 54 |
| Crisis de Autonomía | 61 |
| La enfermedad o fallos físicos | 65 |
| La insuficiencia de los recursos | 65 |
| La presión del entorno | 66 |
| Crisis de pertenencia | 68 |
| 1. Fase Remota | 69 |
| 2. Fase de cercanía | 70 |
| 3. Fase de Luna de Miel | 70 |
| 4. Fase de desencanto | 70 |
| 5. Fase de reorientación | 71 |
| 6. Fase de estabilidad | 71 |
| 7. Fase de terminación | 71 |
| CUARTA PARTE | 79 |
| VIII. El anciano dentro de la familia y su segregación por la misma | 79 |
| La familia que incluye a un miembro anciano | 82 |
| La familia que segrega a un anciano | 83 |
| QUINTA PARTE | 89 |
| IX. La situación del anciano en la sociedad contemporánea | 89 |
| X. Teorías socioculturales sobre la vejez | 92 |
| a) Desvinculación | 92 |
| b) Actividad | 93 |
| c) Tiempo Social | 95 |
| d) Estratificación por edades | 96 |
| e) Brecha generacional de Margaret Mead | 99 |
| 1) Culturas posfigurativas | 99 |
| 2) Culturas cofigurativas | 100 |

| | |
|--|------------|
| 3) Cultura prefigurativa..... | 101 |
| SEXTA PARTE..... | 103 |
| XI, El Desafío de seguir viviendo..... | 103 |
| METODOLOGIA..... | 106 |
| Planteamiento del problema..... | 106 |
| Delimitación..... | 108 |
| Hipótesis..... | 109 |
| Hipótesis Alternativa..... | 109 |
| Hipótesis Nula..... | 109 |
| Variables..... | 110 |
| Variable Independiente..... | 110 |
| Variable Dependiente..... | 110 |
| Instrumento..... | 111 |
| Población Utilizada..... | 118 |
| Muestra..... | 118 |
| Diseño..... | 119 |
| Procedimiento..... | 120 |
| Sistematización de datos..... | 121 |
| Datos Estadísticos..... | 122 |
| Análisis e Interpretación de resultados..... | 130 |
| CONCLUSIONES..... | 133 |
| ANEXOS..... | 136 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 140 |
| CITAS..... | 147 |

La Vejez también tiene
su honor y su fardo de afanes.

La muerte todo clausura,
y, no obstante,
todavía cabe
ejecutar un trabajo de noble factura
que no avergüence a los hombres
que osaron enfrentarse a los dioses.
Desde los acantilados,
comienzan a parpadear los faros;
declinan el largo día,
la lenta luz asciende,
y por doquier el insondable abismo
gime con una miríada de voces:
-Venid, amigos,
aún no es demasiado tarde
para encontrar un nuevo mundo

Tennyson

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza con el propósito de profundizar en el tema de la vejez; particularmente en la depresión por la cual atraviesan las personas que están en dicha etapa; de igual forma saber si la depresión se incrementa cuando las personas se encuentran dentro de su núcleo familiar o en una Institución.

Por otra parte se dará a conocer la forma de entender y comprender a éste grupo de personas. Al realizar ésta investigación se encuentra que en el tema de la vejez se desconoce información de la depresión en las personas que están dentro de los Asilos. Generalmente encontramos información respecto al estado físico, es decir, su funcionamiento y cómo éste se altera con el paso del tiempo; por lo que en el campo psicológico falta por investigar y profundizar este tema.

Se abarcarán aspectos muy generales en las 8 etapas de la teoría del desarrollo, pero considerando más la última (Octava etapa - Vejez); tomando como referencia al autor Erik Erikson; se incluirán definiciones así como aspectos del desarrollo psicológico de la senectud, depresión, así mismo se revisará como el anciano se relaciona con la familia y que sucede cuando la persona es segregada por ésta. Por último se hablará como funciona éste dentro de la sociedad, motivaciones, frustraciones, autoestima, etc.. así como también:

"El Desafío de seguir viviendo".

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con el objetivo de ampliar y profundizar en el tema de la Vejez, es decir abarcar tanto los aspectos físicos y principalmente los psicológicos del sujeto dentro de ésta etapa.

El tema del trabajo es tomado en cuenta debido a que dentro de la Psicología, el estudio psicológico de la Depresión así como el desafío al cual se enfrenta la persona que está dentro de dicha etapa ha sido poco investigado y por tal motivo se pretende ampliar.

Considerando que la población actual en su mayoría es joven; No nos hemos puesto a pensar
..... ¿ Qué va ha suceder con dicha población en los años venideros ?
¿Cómo se les puede brindar la ayuda necesaria?
.....

Hemos observado que el ser humano tiene que cumplir con un determinado ciclo de vida y muchos de los investigadores se han dado a la tarea de ahondar más acerca de las otras etapas de la vida como son: la niñez, adolescencia y madurez; pero la etapa de la Vejez debería de ser también objeto de profundizar más en ella. Esta etapa es relativamente nueva y en su mayoría se desconocen algunos aspectos psicológicos de la senectud; por ésta razón no sabemos como tratar a las personas (ancianas), como ayudarlas y comprenderlas, y ¿Por qué no tratar de abarcar este campo de la Psicología?

Se ha observado que las personas que se encuentran dentro de las Instituciones (Asilo) en algunas ocasiones son sumamente agresivas, son poco sociables, tienden a la depresión y al aislamiento; así mismo se desconoce la forma de cómo modificar las conductas negativas que presentan.

Gran parte de las investigaciones realizadas acerca del tema de Vejez, en su mayoría las han realizado países extranjeros y no se pueden generalizar todos los hallazgos encontrados; porque se debe considerar que en México somos culturalmente diferentes; así que tenemos la tarea de profundizar en dicho tema, con el fin de ampliar nuestros conocimientos acerca de la población de ancianos para un futuro próximo.

Hay que tomar en cuenta que actualmente es posible llegar a ser viejo. En otros tiempos, esto era sólo accesible a una minoría de la población existente; hoy en día un gran número de personas llega a ser senescente. Este es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad, el envejecimiento de la población aparece como un reto que hay que afrontar; en síntesis como se va a dar solución a las demandas psicológicas que requiere ésta población sin no se investiga en este momento en el que la población de ancianos es menor, y hay que tener presente que dentro de algunos años se incrementará progresivamente, la población que atravesará por la etapa de la Vejez.

OBJETIVOS

Dar a conocer algunos aspectos físicos que ocurren en la Vejez. Y sobre todo se abarcarán aspectos psicológicos que suceden dentro de ésta etapa, tales como la depresión; dicho estudio incluirá a las personas que se encuentran en una Institución (Asilo); así como las que viven con sus familias respectivamente.

Se conocerá qué está pasando psicológicamente con la persona y como se le puede brindar la ayuda adecuada en un determinado momento; entenderla y comprenderla.

En muchas ocasiones el ser humano tiende a No querer saber que va ha suceder con él en un futuro, y cuando se encuentra en ésta última etapa de la vida (Ultima etapa del ciclo vital) se le presenta el dilema:

"No ser comprendido por el mundo que le rodea",

"No comprender el mundo que le rodea",

"No ser nada",

"La vida no tiene sentido", etc

Y porqué no brindarle la ayuda necesaria para comprender el mundo, hacerle sentir que es algo o alguien y que la vida tiene sentido, es decir tratar de percibir lo que sucede psicológicamente con la persona que atraviesa por la etapa de la Vejez.

MARCO TEÓRICO

Las investigaciones científicas acerca del envejecimiento han sido consideradas durante mucho tiempo exclusivas de la medicina. Ya que ha desempeñado un papel decisivo, a este respecto, el deseo por prolongar la vida, así como el descubrimiento de posibilidades y medios para alcanzar ésta prolongación.

Con lo anterior se comprende, pues, que, aún hoy en día; la mayoría de las tentativas para definir al progreso de envejecimiento arranquen de fundamentos biológicos y que se orienten con las teorías biológico - fisiológicas.

Pero dichas investigaciones no sólo se deben centrar en el aspecto biológico sino también se deben considerar los aspectos somáticos, psíquicos y sociales de los ancianos. Ya que la rama de la medicina que se encarga de las investigaciones de los senescentes es la Gerontología, y el objeto de ésta no puede ser tan sólo la edad avanzada, sino también el envejecimiento, el proceso entero de envejecer; por lo tanto necesita la ayuda de psicólogos, sociólogos, médicos y otras áreas afines; para poder englobar las investigaciones realizadas; con la finalidad de ayudar a dicha población.

Aristóteles (384 -211 a. C) traza una imagen negativa de la vejez; por que ésta última etapa de la vida equivale a deterioro y rutina; así como también la considera una enfermedad "Natural".

Por el contrario Cicerón (106 -43 a.C.) considera que todas las facultades que se refieren al mundo espiritual crecen con la edad; así mismo los ancianos poseen

mayor entendimiento, razón y capacidad reflexiva, ya que él considera que no es con la fuerza corporal, la agilidad o la rapidez como se hacen grandes cosas, sino por medio del pensamiento, la superioridad de la mente y la preeminencia de la propia opinión, cualidades de la vejez que no tan sólo se encuentran sino que se incrementan en mayor medida.

Con esto nos damos cuenta que la Vejez no sólo es una época difícil sino que ofrece aspectos positivos y agradables.

El Psicólogo Stanley Hall en 1992, publicó: "Senescense, the last half of life", con el que desea contribuir a una mejor y correcta comprensión de la naturaleza y funciones de la edad avanzada (Vejez); ya que estaba convencido de que el status psíquico de los ancianos tiene gran importancia. La senectud, al igual que la adolescencia, posee sus propios pensamientos y sentimientos, así como su psicología propia.

Erik Erikson es un autor que toma en consideración como la última etapa del ciclo vital del ser humano a la Vejez; ya que él considera que la integridad del ego (Yo) constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis o tareas a resolver en el desarrollo a lo largo de la vida. Erikson nos habla acerca de un amor postnarcisista del Yo humano (no del ser) como una experiencia que nos conduce a un ordenamiento del mundo y a un sentido de espiritualidad. Este amor del ego (Yo) implica una aceptación de la vida que se ha vivido, sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho. Implica la aceptación próxima de la muerte como un fin inevitable de la existencia de la propia vida. Quien

ha fallado en tratar de resolver las tareas o crisis, que se presentan en cada una de las etapas del ciclo vital; teme desesperadamente a la muerte.

Kastenbaum Robert, en sus escritos nos menciona que los viejos 1980:

" que se enfrentan a situaciones difíciles en la vida, o que tienen problemas emocionales internos, son beneficiados por las consultas psicológicas. No obstante, esta posibilidad rara vez que se les ocurre, puesto que muchos crecieron en la era pre-psicoterapéutica. También debemos decir que hay relativamente pocos consejeros y terapeutas que valoran la contribución que pueden hacer a esta área. Durante muchos años se supuso que los viejos no eran candidatos apropiados para la terapia" (10)

Krassoievitch Miguel considera que los individuos de la tercera edad, en vista de su peculiar situación biológica, psicológica, social y cultural, necesitan un tratamiento diferente al de los sujetos de otras edades; y así mismo una mayor profundidad acerca de dicho tema.

PRIMERA PARTE

I. ETAPAS DE DESARROLLO DEL EGO (YO) DE ERIKSON

Erik Homburger Erikson, en su teoría abarca un área más amplia que la teoría psicoanalítica de Freud, centrando sus intereses más allá de la fuerza moldeadora de la vida inicial del niño y del romance edípico familiar, en el mundo social en general, donde los niños interactúan con los amigos, maestros, la ética del país, y con las expectativas de su comunidad.

Amplió los elementos de la teoría de la sexualidad infantil de Freud, centrándose en el desarrollo del niño más allá de la pubertad, rechazando así la noción de que la experiencia infantil es el único determinante de las pautas de conducta y personalidad de toda la vida.

Erikson propone el criterio de que el desarrollo de la personalidad consiste principalmente en el crecimiento de ego (Yo), conforme la persona afronta las principales tareas de la vida.

Muchos conflictos son producto del choque entre las necesidades y deseos del niño así como las expectativas y limitaciones que le impone la cultura. Cualquier conducta determinada puede ser entendida en función de adaptaciones biológicas, psicológicas y sociales.

Erikson no observa al ego (Yo) como indefenso sirviente de impulsos básicos, o como títere de un medio ambiente todo poderoso ni la víctima de un superego tiránico; sino más bien como un agente activo dentro de la personalidad, que coordina las necesidades del organismo con las demandas del ambiente. El ego (Yo) adquiere fuerza, si se desarrolla normalmente a la largo de las ocho etapas de la vida propuestas por Erikson; ya que el ego (Yo) es el instrumento por el que la persona organiza información procedente del exterior,

examina la percepción, selecciona los recuerdos, gobierna la acción adaptativamente e integra las capacidades de orientación y planificación.

Erikson realizó un diagrama epigenético para el desarrollo de la personalidad haciendo hincapié de las características yóicas. En cada una de las etapas específica la particular cualidad yóica (la tarea significativa a realizar), que debe surgir si el sentimiento de identidad de la persona se desarrolla adecuadamente.

Durante cada una de las etapas que propone Erikson, se produce una crisis que adopta la forma de conflicto entre dos cualidades yóicas alternativas; una de las cuales es la que se requiere para un desarrollo normal y saludable del ego (Yo) es decir, para tener una personalidad sana; y la otra alternativa está asociada al desarrollo anormal. La crisis se resuelve cuando la cualidad yóica saludable prevalece sobre la patológica.

Un resumen de las ocho etapas de desarrollo de Erikson aparece en el cuadro No. 1

CUADRO No. 1 RESUMEN DE LAS OCHO ETAPAS DE ERIKSON

| Etapa | Edad Cronológica | Crisis del ego | Tarea significativa |
|-------------------|---------------------|--|---|
| 1. Infancia | 0 - 1 | Confianza Vs Desconfianza | Afirmación mutua de la madre y el hijo |
| 2. Niñez Temprana | 2 - 3 | Autonomía Vs vergüenza y duda | Diferenciación entre lo bueno y lo malo |
| 3. Edad de juegos | 4 - 5 | Iniciativa Vs Culpa | Experimentación de papeles |
| 4. Edad Escolar | 6 - 12 | Laboriosidad Vs Inferioridad | Aprendizaje de habilidades |
| 5. Adolescencia | 13 - 18 | Identidad Vs Confusión de papeles | Establecimiento de la filosofía de la vida |
| 6. Juventud | 19 - 25 | Intimidad Vs Aislamiento | Relaciones sociales mutuamente satisfactorias |
| 7. Adulthood | 26 - 59 | Generatividad Vs Estancamiento | Perpetuación de la cultura. |
| 8. Vejez | 60 años en adelante | Integridad del ego (Yo) Vs Desesperación | Aceptación de la conclusión de la vida. |

Brevemente se mencionará las características de cada una de ellas.

1.- CONFIANZA BÁSICA VS. DESCONFIANZA

Erikson afirma que durante el primer año de vida del ser humano, afronta su primer desafío importante, cuyo vencimiento ejerce un efecto profundo en todos los desarrollos posteriores.

El lactante se encuentra con el dilema de confiar o desconfiar de las cosas, y gente que lo rodea. El sentido de confiar se desarrolla, si las necesidades del lactante son complacidas sin demasiada frustración. El desarrollo de la confianza en el yo propio origina la seguridad en sí mismo, lo cual nos capacita para tomar decisiones en situaciones adversas.

La confianza es un sentimiento de ser aceptado por uno mismo y seguro de satisfacer las necesidades por parte de los demás, el cual, si se desarrolla completamente conduce a la virtud de la esperanza, una perspectiva optimista de la vida.

La desconfianza es falta de confianza con los demás; suspicacia, introversión y una temerosa y angustiada preocupación respecto a la seguridad.

¿Cómo se puede infundir un sentido de confianza? ante ésta pregunta Erikson ofrece la siguiente sugerencia:

Dicaprio 1989:

".... Las madres infunden en el niño un sentido de confianza, mediante la clase de sus cuidados la cual en su calidad combina la atención sensible de las necesidades individuales del bebé y un firme sentido de honradez personal, dentro de la estructura confiable del estilo de vida de su comunidad. Esto forma la misma base en el niño para un componente del sentido de identidad, que

posteriormente combinará con un sentimiento de "ser correcto", de ser uno mismo y de convertirse en lo que otras personas confían que uno se convertirá" (4)

2. AUTONOMÍA VS. VERGÜENZA Y DUDA (VOLUNTAD)

Con el desarrollo de habilidades perceptuales y musculares, el niño consigue una creciente autonomía de acción. Dos formas de enfrentarse a su entorno, aunque existieran, previamente en forma primitiva, se vuelven maneras dominantes de comportamiento: aferrarse y desprenderse de las cosas. Estas son expresiones de la voluntad en desarrollo. Este paso necesario del crecimiento en ocasiones pone al niño en serios problemas con sus padres. Esto debido a la inmadurez de las facultades psicológicas del niño, carece de discreción en el uso de esas modalidades y puede oponerse a las demandas de sus padres con tenacidad obstinada; en el entrenamiento del control de esfínteres, es capaz de rehusarse a cooperar con los deseos de la madre. Sus actitudes pueden ser hostiles y agresivas, creando fricción y conflictos, y la inmadurez puede hacerlo en extremo vulnerable a los sentimientos de vergüenza y duda.

La vergüenza significa el sentimiento de no ser aceptado por los demás mientras que la duda es el temor a la autoafirmación. Para que quede más claro los conceptos de vergüenza y duda mencionaremos un ejemplo:

Dicaprio 1989:

"..... Si los padres, profesores y niños mayores rebajan o degradan los logros del niño, éste puede sentirse inútil, sucio, malo y comenzar a creer que nada de lo que produce tiene valor" (4)

En resumen, algunas actitudes fundamentales se forman durante la 2a. etapa de desarrollo, cuando la necesidad de autonomía crea una crisis. La formación de dichas actitudes dependen del grado de éxito con que se resuelva la crisis y cómo sale de ella el ego (Yo). Si la persona desarrolla un sentido de

autonomía a un grado inusitado, demostrará las virtudes de valor, autocontrol y poder de la voluntad.

3. INICIATIVA CONTRA CULPA

Entre los 3 y 5 años de edad, la creciente necesidad de autonomía se observa más acentuada ya que se vuelve más coordinada, eficiente, espontánea y tiene un objeto. El satisfacer las necesidades y los deseos de una manera ordenada es otra dimensión importante de la vida sana. El tener un propósito en la vida le da un significado. El sentido de iniciativa es auxiliado por nuestros objetivos a corto plazo y largo plazo y fomenta una aproximación vigorosa a la vida.

El sentido de iniciativa es influido en gran medida por el desarrollo del superego. Este consta de dos componentes: conciencia (reglamentos internos, reglas y tabúes) y el ideal del ego (imágenes y modelos internalizados de conducta aceptable).

La culpa es sentida como indignidad, insatisfacción con el ego (Yo) y a menudo depresión.

Erikson menciona que el principal logro del ego (Yo) es el sentimiento de iniciativa y el fracasar en ésta tarea se interpreta como culpa.

Dicaprio 1989:

" La iniciativa se refiere a un sentido dirigido internamente de lo correcto o equivocado para uno mismo; la experimentación con papeles diferentes, la adopción de papeles que culturalmente aceptamos con ayuda del superego. Culpa: sentirse indigno o inaceptable para el propio ego (Yo), sentirse perverso " (4)

4. LABORIOSIDAD CONTRA INFERIORIDAD

En un sentido básico de confianza, un sentido adecuado de autonomía y una dosis apropiada de iniciativa, el niño entra en la etapa de desarrollar la laboriosidad. Los juegos continúan, pero se esperan del niño el trabajo productivo y los logros. Es preciso adquirir habilidades y conocimientos.

El sentido de laboriosidad apoyada por la competencia en áreas necesarias de ejecución es otro logro del ego (Yo). La vida con éxito en cualquier sociedad depende de las habilidades que uno tenga, ya que con estas nos valoramos a nosotros mismos.

En otras palabras la laboriosidad se refiere al desarrollo de habilidades y a la adquisición de los conocimientos. Es decir en esta etapa el niño es como aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta. El niño comienza a desarrollar dos virtudes importantes que son métodos y competencia; el niño que no desarrolla correctamente sus habilidades o la adquisición de conocimientos al igual que sus compañeros se siente inferior que no puede realizar dicha tarea o reto.

5. IDENTIDAD CONTRA CONFUSIÓN DE PAPELES

Erikson afirma que la búsqueda de la identidad, a pesar de que siempre se presenta a lo largo de la vida, alcanza su punto crítico en la adolescencia, ya que en ésta hay muchos cambios significativos para la persona, pero sobre todo en el ego (Yo)

La adolescencia es el resultado en el que el joven se encuentra atrapado en un problema de identidad; ya que es un niño en algunos aspectos, aunque con necesidades de adulto; aún es dependiente, aunque se espera que se comporte con dependencia, ya que es sexualmente maduro, pero incapaz de satisfacer sus necesidades sexuales, por lo que el adolescente no sabe quien es en realidad.

Para Erikson la identidad del ego (Yo) es una continuidad interna o igualdad interna; debe tomarse simplemente como un papel central del ego (Yo), que es aceptable para el individuo y para el círculo de personas importantes para él. La incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina según Erikson, confusión de papeles

El lograr un sentido de identidad ayuda a resolver muchos conflictos importantes en nuestras vidas. De no lograrse, la confusión de roles prevalecerá, sin que se pueda establecer una identidad adecuada, ya sea sexual u ocupacional.

6. INTIMIDAD CONTRA AISLAMIENTO

El sentido de intimidad es uno de los logros humanos más distintivos. Su ingrediente esencial, la capacidad de amar enriquece en gran medida nuestra vida. El sentido de intimidad está formado por algunas de nuestras más nobles emociones, y sentimientos -compasión; simpatía, mutilidad, afecto, etc. Cuando las personas no tienen claro dicho concepto sentirán que establecer intimidad con otra persona es arriesgarse a fundirse con el otro en una especie de amalgamiento. Fusionarse será un gran temor que lo lleve a aislarse y no comprometerse; la persona se sentirá inaceptable y no ser amado por los demás.

7. GENERATIVIDAD CONTRA ESTANCAMIENTO

Los atributos de productividad, generatividad y generacionalidad requieren la utilización de capacidades en la ejecución de trabajo útil. La sociedad proporciona una gran variedad de papeles aceptables de trabajo, aunque varíen en categoría. El ser capaz de trabajar productivamente es una fuerza principal del ego (Yo), que contribuye significativamente a la calidad de vida. El trabajo productivo no sólo se limita a un empleo remunerado, sino también a las obligaciones familiares y la vida comunitaria.

La falla en lograr la generatividad (tomando en un sentido más amplio como productividad y creatividad en todas las esferas de la vida) es denominado estancamiento. Un sentido de estancamiento es un empobrecimiento personal, la persona puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente está marcando el tiempo y volviéndolo viejo sin cumplir sus expectativas. Las personas que se estancan no utilizan eficazmente sus dotes; no hacen su vida interesante ni agradable; se vuelven apáticos y se quejan de fatiga crónica o pueden ser quejumbrosos y resentidos crónicos.

Dicaprio 1989:

" La generatividad es el sostenimiento del trabajo productivo y del afecto cuando un individuo alcanza la completa madurez física, psicológica y social. La generatividad cuida y perpetúa la cultura para la siguiente generación; la personificación y transmisión de la cultura; un sentimiento de productividad. El estancamiento es el sentimiento de que la vida no tiene sentido, se encontrará la vida rutinaria y aburrida... " (4)

8. INTEGRIDAD DEL EGO (YO) CONTRA DESESPERACIÓN

La última etapa de la vida abarca de los 60 años hasta la muerte, la tarea principal en este período es la integridad del ego (Yo), ya que implica una unificación de toda la personalidad.

La perspectiva de llegar al final de la vida puede producir angustia a muchas personas. Los ancianos presentan dificultades, que varían de dolores y malestares físicos, de apatía, pérdida del interés en las cosas y personas, sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación.

Erikson no cree que el último período de la vida deba ser desolador y aterrador para todos; no lo es para quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas.

Necesita el ser humano confiar en que ha vivido una vida agradable para esperar con firmeza, que la muerte no será una experiencia terrorífica, de hecho para quienes creen en la vida futura después de la muerte; el deceso es el umbral de un nuevo tipo de existencia.

La autonomía es necesaria para encarar con mucha seguridad en sí mismos los problemas que se presentan dentro de la vejez; la iniciativa y la laboriosidad son necesarias para cambiar las circunstancias susceptibles de cambio. El sentido de la identidad es la posesión más vital, debido a que el ego (Yo) es valorado como la faceta más importante de nuestra personalidad. Al haber logrado tener amistades profundas, un trabajo productivo y acertado; la persona no siente remordimientos ni deseos prolongados por las cosas de la juventud. Así en un sentido, cada tarea superada o resuelta lo prepara a uno para la tarea final del ciclo vital del ser humano:

La capacidad de encarar a la muerte sin desesperación y con un sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser.

Muchos de los ancianos manifiestan que no les atemoriza el pensar en la muerte. Habiendo vivido sus vidas con plenitud y satisfacción, no desean tener una existencia perpetua en la tierra.

En cada una de las etapas de la vida se exige fuerza y rapidez al ego (Yo), para enfrentar los desafíos que se presentan en dichas etapas; y la muerte probablemente presenta el mayor de los retos o desafíos. Habiendo empleado correctamente las experiencias de la vida, el anciano encara el último período de la vida con sabiduría. Aquellos ancianos que se encuentran a la muerte totalmente incomprensible y terrible han fracasado en los logros anteriores de su vida.

Erikson 1988:

" el rasgo sintónico dominante del último estadio: La integridad. Está, es un significado más simple, es un sentimiento de coherencia y totalidad que corre, sin duda, un riesgo supremo en condiciones terminales que incluyen una pérdida de vínculos en los tres procesos organizativos: en el soma, el debilitamiento generalizado de la integración tónica en los tejidos conjuntivos, los vasos sanguíneos y el sistema muscular; en la psique, la pérdida gradual de coherencia mnémica de la experiencia pasada y presente; y en el ethos (el proceso comunal consistente en la organización cultural de la interdependencia de las personas), la amenaza de una repentina y a caso total pérdida de la función correspondiente en la interacción generativa. Lo que aquí se requiere podría llamarse simplemente "integridad", es decir, una tendencia a mantener las cosas unidas. Y en verdad, debemos reconocer en la vejez una mitologización retrospectiva que puede equivaler a una seudointegración como defensa contra la desesperanza en acecho" (5)

II. EL FUNCIONAMIENTO FÍSICO DE LA VEJEZ.

En los jóvenes por lo regular se considera al desarrollo físico como la fuerza que influye en el desarrollo cognoscitivo y social. En los adultos sin embargo, invertimos el orden y se hace la pregunta:

• ¿Cómo pueden influir los factores cognoscitivos y sociales en los cambios físicos y en la salud?

El envejecimiento es sinónimo de deterioro físico, con el andar de los años, se reduce la capacidad de restablecer la homeostasis y poco a poco, se deterioran las funciones orgánicas fundamentales. Por ejemplo:

Zinberg y Kaufman 1987:

" en la persona joven, el PH y el equilibrio ácido básico vuelven a la normalidad en ocho horas, más o menos, después de una inyección de bicarbonato de sodio; en tanto que, en la persona de sesenta años, ese proceso demora entre 2 y 3 días" (20)

Al comenzar la vida se establece una autoimagen que luego guarda una importante relación con el concepto de lo corporal, de modo que los cambios físicos y de la energía que acompañan al envejecimiento exigen una alteración de la imagen del cuerpo; ésta tarea es difícil de asimilar, por lo tanto la autoestima de la persona de edad puede disminuir.

En el anciano, es difícil de distinguir la incapacidad física de los efectos prolongados o un intenso conflicto emocional que ha quedado sin resolver.

El decremento de las capacidades físicas se ve disminuido por los adelantos tecnológicos, en donde el hombre no tiene que garantizar su éxito con la fuerza. La gimnasia o el ejercicio físico a través de las diferentes edades, compensa hasta cierto punto las pérdidas del proceso fisiológico de la senectud.

La mayoría de los cambios corporales asociados al envejecimiento pueden resumirse en 5 situaciones:

- Más pequeños,
- Más lentos,
- Más débiles,
- Menos rendimiento y,
- Menos cantidad.

Más pequeños.- la frase ". . . . más viejos es igual a menos alto" se cumple tanto para mujeres como hombres; el cuerpo humano se ve sujeto a una especie de empequeñecimiento a medida que se envejece. Por ejemplo:

Bee H.L., Mitchell S.K. 1987:

" Un hombre que mide 5 pies 10 pulgadas a los 30 años medirá 5 pies 9 5/8 a los 50 años y 5 pies 8 7/8 a los 70 años" (1).

Tonna 1977:

" Los huesos largos del cuerpo (los de las piernas y brazos) no se acortan en absoluto, los tejidos que los mantienen unidos (esto es, los tendones, los ligamentos y los músculos) se comprimen y aplanan" (18)

Además durante la vejez se baja de peso, esto es a partir de los 50 años en adelante.

Algunos órganos internos se encogen. Por ejemplo en la mujer el útero y la vagina se reducen de tamaño, la vejiga urinaria en ocasiones muestra reducción en su tamaño, lo cual puede contribuir a la incontinencia en los ancianos.

Más lento.- Bee H.L., Mitchell S.K. 1987:

" A medida que envejecen, nuestros cuerpos generalmente se hacen más lentos. Todos nosotros hemos notado que los parientes y amigos más viejos parecen caminar, hablar, comer y vivir más lentamente que nosotros. Parte de este fenómeno se debe a un cambio bioquímico básico que ocurre con la vejez; debido a la pérdida de neuronas, al igual que la degeneración de las redes nerviosas, los impulsos nerviosos se desplazan con más lentitud hacia el cerebro, al igual que las respuestas a medida que la gente envejece" (1)

Lo mencionado anteriormente desprende que los ancianos responden más lentamente que los jóvenes y que se expresan pausadamente. Algunos procesos internos reducen su velocidad como por ejemplo: los riñones toman más tiempo para filtrar la sangre, el reflejo de la vejiga es más lento, inclusive el crecimiento de uñas y del cabello retarda más.

La disminución más importante que ocurre en el cuerpo, radica en su capacidad para regular su propio estado interno, es decir, la homeostasis en condiciones normales, los ancianos pueden mantener dicha homeostasis tan bien como los jóvenes.

Bee H.L., Mitchell S.K. 1987:

" Ante una tensión, sin embargo (como el clima muy caliente o muy frío, el ejercicio inusitadamente vigoroso, la tensión emocional o una herida), las personas más viejas muestran una recuperación mucho menos rápida" (1)

Más débil.- Otro aspecto del envejecimiento es que nuestros cuerpos se vuelven cada vez más débiles. Esto es debido a que los huesos se tornan más frágiles y parecen quebrarse con mayor facilidad; esto es debido a la pérdida de calcio en los huesos. La pérdida de la fuerza parece ser también el resultado del desgaste que trae consigo la utilización del cuerpo durante muchos años.

El cambio más significativo en la fuerza, sin embargo, radica en la pérdida del tejido muscular, que se reemplaza por el tejido cicatrizado. No obstante el tejido muscular restante parece debilitarse, de tal modo que las personas ancianas al trabajar, realizar labores de jardinería y domésticas se cansan con facilidad.

No tan sólo los músculos de los brazos y piernas son afectados sino también los músculos del pecho y el diafragma que se utilizan para respirar, también se muestra una sensible reducción en la fuerza de los músculos que se encuentran en la vejiga urinaria. Debido a esto el anciano puede sufrir de dificultades respiratorias, ya que a medida que pasan los años se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler el aire de los pulmones, así como también a la incontinencia urinaria.

Los cambios de la piel son notorios, ya que los músculos de la cara (usados para masticar y para las expresiones faciales) pierden su fuerza y

firmeza. Las arrugas y el ablandamiento de la piel son el resultado de la pérdida del tejido adiposo bajo las capas superficiales de la piel y la exposición al sol durante mucho tiempo.

Comfort Alex 1986:

" Las arrugas se producen por atrofia y cambios en los tejidos elásticos de la piel. La luz solar acelera su aparición. Si usted es un nudista fanático en un país de mucho sol tiene todas las probabilidades de acabar completamente cubierto de arrugas. No existe ninguna medicina ni crema que las haga desaparecer, aunque es posible pintarlas con barniz o aislarlas por medio de cirugía plástica" (3)

Bee H.L., Mitchell S.K 1987:

" Tanto la vista como el oído se hacen más débiles con la vejez. El cambio visual más común es una tendencia a la hipermetropía, y a muchas personas de edad madura les molesta tener que empezar a usar lentes en una etapa tan tardía de su vida" (1)

Son menos las personas que pierden la vista al pasar de los años que las que se quedan sordas, e incluso estos casos podrían prevenirse en su mayoría. Uno de los cambios normales que sucede al avanzar la edad, es que el ojo pierde su capacidad de enfocar como lo hace en la juventud, de tal manera que es necesario usar lentes.

Existen tres afecciones graves que se hacen frecuentes al paso de los años:

Comfort Alex 1986:

" Una es el glaucoma, que produce el aumentar la presión en el interior del ojo debido a la obstrucción del desagüe normal del fluido ocular.

Aunque doloroso en etapas posteriores el glaucoma se anuncia de modo insidioso, a menudo con la simple visión de un halo coloreado alrededor de los puntos luminosos.

Otro trastorno - éste es más raro - es la degeneración senil de la mácula lútea, cuya causa cabe atribuirla al endurecimiento y a la obturación de la pequeña arteria que riega el centro del campo visual.

La tercera afección, las cataratas; son la causa principal de la ceguera en las etapas más avanzadas de la vida " (3).

Con el paso de los años se deteriora la audición; consistiendo en un descenso en la capacidad de oír las notas altas o muy bajas. En ocasiones se llega a perder la audición de forma paralela en ambos oídos, sin que sepamos con exactitud a qué causas se debe este hecho.

Las pérdidas normales del oído con la edad parecen ser en su mayoría el resultado de la degeneración de los elementos del sistema auditivo. Tal degeneración es peor en los adultos que constantemente se han expuesto a niveles de ruido en su trabajo o en sus momentos de ocio.

Menos rendimiento.- Muchas de las glándulas y órganos del cuerpo experimentan una menor producción; las glándula salivales que están en nuestra boca se vuelven menos activas, por lo que se experimenta una sensación pastosa; los ácidos y las enzimas digestivas del estómago son secretadas en menores cantidades. Estos dos cambios significan que los alimentos pueden ser masticados y digeridos menos adecuadamente por los ancianos.

Se reduce la cantidad de grasa subcutánea en la vejez, lo cual implica una apariencia floja y laxa en los rostros de los ancianos. Dicha pérdida no sólo es un problema de apariencia, ya que las capas de grasa son parte de una protección del cuerpo en contra del frío. Sin ellas, los ancianos son más susceptibles de enfermarse por las corrientes de aire frío.

Menos cantidad.- Finalmente la cantidad de pelo, disminuye. El número de las papilas gustativas en la lengua. Los huesos tienden a perder calcio y a tornarse más delgados y quebradizos. Muchos de los ancianos pierden todos o parcialmente los dientes durante ésta etapa, ya que éste es un proceso normal del envejecimiento.

El apetito disminuye; ya que muchos de los alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor. También esto puede deberse a la pérdida de las papilas gustativas y a la atrofia en el bulbo olfatorio.

El sueño nocturno reparador suele resultar maravilloso para restablecer no sólo el funcionamiento del cuerpo, sino una sensación de entusiasmo y optimismo. Conforme avanzamos de edad, nuestro sueño se vuelve menos profundo y placentero.

Kastenbaum Robert 1980:

". . . . Las células de nuestro sistema nerviosos tienen una característica que las distingue de las células: crecen y envejecen con nosotros La neurona que muere, o que se vuelve ineficiente, no es reemplazada. En la mayoría de los estudios, tanto en humanos como en animales, se ha encontrado que existen menos células nerviosas vivas y eficientes en los sujetos de edad avanzada. Hay una correspondiente reducción en el peso del cerebro y muchos otros cambios en la composición celular" (10)

SEGUNDA PARTE

III. DEPRESIÓN

III.1 Definición

La depresión se conoce desde la antigüedad, y los trastornos que hoy se denominan afectivos pueden encontrarse en muchos documentos antiguos.

La historia del rey Saúl, en el antiguo testamento, describe un síndrome depresivo, como también la historia del suicidio de Ajax, en la Ilíada, de Homero.

En el 450 a de J.C., Hipócrates utilizó los términos de manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra "De medicina", hacia el año 100 D. de J. C. como una depresión producida por bilis negra, y el término se siguió utilizando por otros médicos.

En la Edad Media, la medicina siguió adelante en los países Islámicos, y durante ésta, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron a la melancolía como una enfermedad maniaco - depresiva, que utilizamos en la actualidad.

La depresión al parecer es una perturbación del humor; ya que es una reacción a la pérdida o a la amenaza de ésta, al fracaso, desaprobación o desilusión. Los síntomas básicos son la subestimación de sí mismo, el desaliento y la búsqueda de apoyo. En otras palabras el paciente deprimido siente que su seguridad está amenazada es incapaz de enfrentarse a los problemas y piensa que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales pueden verse afectadas.

Se puede definir de la siguiente manera:

LA DEPRESION ES UN DESCENSO DEL TONO VITAL DEL INDIVIDUO EN SUS COMPONENTES SOMATICOS Y NEUROPSIQUICOS.

DENTRO DE LOS COMPONENTES SOMATICOS:

CANSANCIO MUSCULAR, CEFALEA, ESTREÑIMIENTO, INSOMNIO, PERDIDA DEL APETITO, ETC ...

COMPONENTES NEUROPSIQUICOS:

SON DESORDENES DEL HUMOR LOS CUALES EXPRESAN TENSION, ANSIEDAD EN FORMA DE ABATIMIENTO, PERDIDA DE LA ENERGIA E INTERÉS, INHIBICION DEL CURSO DEL PENSAMIENTO, SENTIMIENTOS DE INSUFICIENCIA E INCAPACIDAD (SUBESTIMACION DE SI MISMO); PROBLEMAS DE CONCENTRACION E IDEAS DE MUERTE.

III.2 Características Clínicas

Las personas deprimidas no se interesan por la gente, por las cosas o por actividades; renuncia a tener iniciativa, expresan constantemente sus sentimientos de inferioridad, desprecio y desesperación; a pesar de esto el paciente deprimido no llega a apartarse del todo de una interacción con el medio que le rodea.

El menosprecio de sí mismo en un tono melancólico o triste se vuelve una reacción depresiva cuando la persona termina preocupándose crónicamente de no valer nada, de ser un fracasado o no tener futuro, cuando permanece abatida a pesar de todo; cuando pierde la iniciativa y el interés y cae en expresiones repetidas de sentirse fútil; pueden aparecer síntomas somáticos muy parecidos a

los que se presentan en las reacciones de ansiedad (actividad corporal excesiva, temblor, sudoración, taquicardia, etc...).

Las personas que presentan depresión, mantienen contacto con el medio ambiente que les rodea, impidiendo una regresión profunda. Esto permite la ayuda externa cuando está luchando contra los ataques destructivos del superego. Mediante sus quejas incesantes, el paciente deprimido estimula a sus parientes y amigos para que equilibren los sentimientos de inferioridad, desesperación y desprecio. Este proceso de estimular en los otros confianza y apoyo es el principal mecanismo de defensa que el depresivo tiene contra los ataques del superego. El paciente no tiene conciencia ni del superego ni de que está recurriendo a quejas para combatirlos.

Las personas deprimidas, que sienten el ataque del superego de un modo vago, como cierta sensación de abatimiento y desprecio, reafirma dicha aflicción y subestimación, estimulando con ello a que las personas continúen apoyándolo y tratando de animar al paciente. Pero el superego sigue sus ataques, y la persona continua quejándose de la inferioridad que siente, su poco valer y de la desesperación que tiene y el ciclo continúa, hasta que finalmente la gente pierde la paciencia y comienza a convenirle al paciente. Cuando esto sucede, la impaciencia los reproches de los demás parecen confirmar a la persona depresiva lo que ha venido diciendo sobre sí misma: No vale nada, que No tiene esperanza, etc. . . .

Mackinnon 1991:

" Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondríaca" (14)

Dentro de las características a revisar son las siguientes:

afecto, pensamiento, conducta, síntomas físicos, relaciones sociales y congoja normal

AFECTO.- La persona con depresión siente un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía, o desesperación, podrá hablar de sentir angustia, tensión, miedo, culpabilidad, y sentimiento de vacío.

El paciente deprimido pierde el interés por la vida. Su apetito se reduce antes que su conducta se vea afectada; en las depresiones simples se observa poco interés y entusiasmo, para comer, sexo o juego. A medida que la depresión se vuelve severa el paciente acaba sintiendo indiferencia por lo que disfrutaba anteriormente.

En la depresión se presenta la ansiedad, que es la respuesta psicológica ante el peligro y se ve cuando un individuo tiene la impresión de que algo va a amenazar su bienestar. En ocasiones ésta ansiedad con la depresión, se relaciona con la agitación que podrá convertirse en una característica crónica.

En las depresiones graves o crónicas puede desaparecer la ansiedad pero puede ser reemplazada por la apatía y el retraimiento; además se sienten desesperanzados.

El enojo es manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos; que puede expresarse directamente, cuando el paciente se queja de que no lo quieren y que se le trata mal, en tanto que, en otros casos, este enojo es más sutil, y los sufrimientos del paciente entristecen la vida de las personas que lo rodean.

Mackinnon R.A, Michels R. 1991:

" La despersonalización podrá desempeñar una función defensiva similar en estados depresivos más agudos. Los aspectos más familiares de la

identidad personal del paciente parecen extraños. Este ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo y, en forma, se protege de sentimientos dolorosos. A menudo, el sentimiento de vacuidad e irrealidad es experimentado por él mismo como desagradable. La despersonalización es un síntoma complejo que se ve también en otros estados y que no siempre tiene significado defensivo" (14)

PENSAMIENTO.- La persona deprimida se preocupa por sí misma y de su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto sobre su vida. Cavila acerca del pasado y siente remordimientos al pensar soluciones mágicas a los problemas que tiene. Sus pensamientos estereotipados prestan a su conversación una monotonía; experimenta dificultad para recordar las alegrías del pasado y la visión de la vida es gris. El paciente deprimido se dice a menudo que está mucho mejor de lo que se siente en realidad; muestra poca iniciativa o espontaneidad; responde a preguntas, pero no ofrece nuevos datos o temas, su vida mental presenta poca variedad, comprende lo que dice y contesta apropiadamente, a pesar que su pensamiento sea lento y su lenguaje pueda ser a caso imperfecto o inseguro.

CONDUCTA.- La lentitud en la conducta caracteriza al paciente deprimido así como su pensamiento, como anteriormente se mencionó. Los movimientos y las respuestas requieren más tiempo e inclusive si parece agitado y superactivo; la conducta orientada se encuentra disminuida. Por ejemplo:

Mackinnon R.A., Michels R. 1991;

". . . . el paciente que camina de un extremo a otro del cuarto retorciéndose las manos podrá necesitar a caso varios minutos para vestirse o llevar a cabo tareas sencillas" (14)

El paciente deprimido participará en la vida y se le estimula a participar, pero si se les deja así mismo, es probable que se retraiga. Las actividades que realiza el paciente son pasivas y a menudo son socialmente aisladas.

SINTOMAS FISICOS.- La persona deprimida expresa su preocupación por sí misma a través de su cuerpo y su salud física. La hipocondriasis o ideas erróneas a cerca del cuerpo constituyen una manifestación más grave del mismo proceso.

La depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico del ser humano. La velocidad metabólica es baja, la boca se encuentra seca, las dolencias más normales que se presentan:

dificultad en dormir, despertar temprano, fatiga o cansancio, pérdida del apetito, estreñimiento, pérdida de la libido, dolor de cabeza, dolor de nuca, dolor de espalda, un gusto desagradable, etc

.....

RELACIONES SOCIALES.- Las personas deprimidas anhelan el cariño de los otros, se aíslan, sintiéndose incapaces de buscar a los demás o podrán buscar activamente amigos y compañeros, sólo para enajenárselos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo. Estas personas son agresivas, pero intentan disimular y conquistan la simpatía de los demás.

En la depresión temprana o moderada, se podrá dar un aumento de la actividad social buscando éste la compañía de otros para distraer su dolencia. En un afán de aceptación y simpatía, ésta persona deprimida podrá ser un compañero sincero y seguro, pero subordinará sus propios intereses y deseos a los de la otra persona. Aunque experimente sentimientos de envidia y enojo, hace lo posible por ocultarlo, volviéndolos por lo general hacia su interior y profundizando en esta forma la desesperanza.

Al profundizar o empeorar la depresión el paciente, no puede enfrentarse a sus amigos, y por lo tanto se retrae en sí mismo. Pensando que constituye una carga para los demás, sufre en silencio amargo, con un sentimiento de autocritica culpable. El paciente es hostil y agresivo, pero dicha conducta es aparente para la gente que le rodea, pero no para sí mismo. Si es rechazado, eso le confirma que es antipático y de que nadie lo quiere.

CONGOJA NORMAL.- El individuo acongojado responde ante una pérdida real importante, con sentimientos de tristeza y un retraimiento pasajero. Los pensamientos se encuentran centrados en la pérdida que tuvieron, y podrán pasar semanas o meses antes de que su interés por el mundo vuelva a su nivel anterior y él esté en condiciones de desarrollar nuevas relaciones, susceptibles de llenar el vacío.

El individuo con congoja padece una disminución de su amor propio, no se siente irracionalmente culpable, algo de insomnio, los síntomas somáticos son moderados y pasajeros. Podrá sentir que su mundo ha llegado a su fin, pero sabe que se recuperará y saldrá a enfrentarse a sus problemas.

Finalmente la congoja es un estado autolimitado, que raramente se prolonga más allá de seis meses aproximadamente y, por regla general se calma rápidamente en unas pocas semanas. En caso que la reacción sea desproporcionada con la pérdida ya sea en términos de gravedad o de duración, se habla de un síndrome depresivo.

III.3 Factores Precipitantes

Entre los factores precipitantes más comunes tenemos:

- a) pérdida
- b) amenaza del amor propio y a la confianza en sí mismo
- c) temor al éxito

a) Pérdida.- El precipitante más común de la depresión es la pérdida de un objeto amado. Esta suele ser la muerte o la separación de una persona querida. En algunos casos, se trata de una pérdida psicológica interna resultado de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por su familia o sus amigos. La pérdida podrá haber tenido realmente lugar o será inminente.

Podrán transcurrir días o semanas e inclusive años entre la pérdida real y la respuesta depresiva. Por ejemplo:

Mackinnon R.A., Michels R. 1991:

" Una mujer experimentó una respuesta relativamente pequeña a la muerte de su esposo, pero experimentó una profunda depresión dos años más tarde, al ser malado su gato en un accidente. Explicó: " me di repentinamente cuenta de que estaba realmente sola ". La aflicción podrá así mismo diferirse, como en el caso del muchacho adolescente que parecía estar relativamente poco afectado por la muerte de su padre. Cinco años más tarde, su madre lo encontró llorando en su cuarto la noche antes de su graduación de la escuela superior. Al preguntarle qué tenía dijo: " No puedo dejar de pensar cuánto se habría alegrado papá si estuviera aquí " " (14)

Las depresiones conocidas como de aniversario se basan en un mecanismo similar.

b) Amenaza del amor propio y a la confianza en sí mismo. - El término de "Confianza en sí mismo"; es cuando alguien se percibe así mismo como capaz de obtener satisfacción de sus necesidades y de asegurar su supervivencia.

Además de esta representación de sí mismo, o imagen mental de lo que es en realidad, cada persona tiene una imagen de lo que quisiera ser, o de lo que cree que debería ser, esto es, de su ego (Yo) ideal constituye la medida de su amor propio, con esto queremos decir: Si una persona siente que está cerca de lo que desearía ser, tendrá una alta estimación o amor propio de sí mismo. Contrariamente sucede; si queda muy atrás de sus propios objetivos y aspiraciones, ya que su amor propio resultará disminuido.

La disminución en la confianza y la estimación de uno mismo son síntomas de una depresión. La depresión puede surgir de una ruptura de una relación con una persona que, aún no siendo fuente de recompensas narcisistas se había convertido, con todo, en una extensión simbólica de la autoimagen del paciente. En dicho caso, la pérdida del objeto es equivalente a una amputación de una parte del propio ego (Yo) del paciente; como por ejemplo la pérdida de un hijo.

La autoestimación se basa en la confianza en sí mismo, es decir: mientras se sienten capaces de enfrentarse con sus problemas independientemente, tienen una buena opinión de sí mismos. Una amenaza contra la capacidad de adaptación de la persona, tal como por ejemplo una lesión o enfermedad importantes; podrán dejar desamparada y destruir la confianza y la estimación de sí misma a una persona desencadenando una depresión.

c) Temor al éxito.- Son las llamadas depresiones por promociones; algunas personas se sienten deprimidas en respuesta a un éxito aparente. Por ejemplo una promoción o ascenso, y cualquier otra recompensa repentina que lleve implícita una responsabilidad. La persona en este caso tiene la impresión de que no merece el éxito, pese a las pruebas objetivas en un sentido contrario. Piensa que la responsabilidad aumentada le expondrá como incapaz; por consiguiente rechaza el éxito. Ejemplo:

Cameron Norman 1990:

" Un negociante ve coronados finalmente todos sus esfuerzos con un logro importante. Conscientemente se muestra orgulloso y feliz; pero cae en una depresión. Una explicación de tan extraña contradicción es que esa victoria representa inconscientemente un triunfo sobre una figura paterna o un figura fraternal, a quien el paciente está suplantando. Otra, que la perspectiva de una responsabilidad creciente aleja más que nunca la satisfacción de una necesidad inconsciente de dependencia, amor y protección. Es algo parecido a la victoria obtenida por un general que ha perdido a su hijo favorito en la batalla. . . ." (2)

III.4 Clasificación

La clasificación de las depresiones es un tema que no se encuentra totalmente resuelto. Los aspectos tales como la estructura unitaria o binaria de los trastornos depresivos, la situación adecuada de la depresión involutiva, las fronteras entre la depresión y normalidad, o la naturaleza categorial o dimensional

del aspecto depresivo son problemas que permanecen todavía pendientes de una resolución satisfactorias.

Las controversias básicas acerca de los sistemas de clasificación de las depresiones se centran:

1. ¿Clasificación unitarias, binarias o múltiples?

Varios autores como Kendell, siguiendo las directrices de Mapother y Lewis, defienden una posición unitaria de los trastornos depresivos; ellos parten de un modelo continuo, en el cual las depresiones psicóticas y neuróticas ocupan ambos polos, en función de una distribución unimodal más que bimodal. La mayor parte de las clasificaciones adoptan, un modelo dicotómico, aunque algunos se inclinan por las categorías múltiples.

2. ¿Clasificaciones categoriales ó dimensionales?

" La concepción categorial de tradición hipocrática, usada con frecuencia en medicina, considera clases nosológicas independientes y en general excluyentes, que pueden ser identificadas en forma de trastornos específicos. Ruth y la escuela Newcastle son los defensores más relevantes de esta posición, aunque en los últimos trabajos aceptan que, si bien las depresiones endógenas son categoriales, las depresiones neuróticas pudieran corresponder a un modelo dimensional. La aproximación dimensional, defendida por Kendell (Una dimensión: psicótico - neurótica) y Eysenck (dos dimensiones: psicoticismo y neuroticismo), aunque no incompatible con un modelo etiológico y médico, incorpora variables dimensionales, como la gravedad de los síntomas, tipos de síntomas, rasgos de personalidad, historia familiar, acontecimientos vitales o apoyo social. El mayor problema de esta concepción es su complejidad"

(19)

En el siguiente cuadro se presenta la clasificación de las depresiones.

CUADRO 2. Clasificación de las depresiones

BINARIAS

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Endogéneas - Exogéneas | Moebius, 1893 |
| Psicóticas - Neuróticas | Buzzard, 1930 |
| Fisiológicas - Psicológicas | Pollitt, 1965 |
| Vitales - Personales | Van Praag, 1965 |
| Endógenas - Neuróticas | Roth, 1972 |
| Primarias - Secundarias | Robins, 1972 |
| Tipo A - Tipo B (Continuo) | Kendell, 1977 |

MÚLTIPLES

| | |
|--|-----------------|
| Endogénea - Exógena - Mixta | Lange, 1926 |
| Autónoma - Ractiva - Involutiva | Gillespie, 1929 |
| Ansiosa - Hostil - Inhibida | Overall, 1966 |
| Somatógena - Endógena - Psicógena | Kielholz, 1972 |
| Endogenomórfica - Neurótica - Reactiva | Klein, 1974 |
| Psicótica - Ansiosa - Hostil - Caracteropática | Paykelida, 1971 |
| Inhibida - Tensa - Esquizoafectiva - Secundaria - Prodrómica orgánica | Blinder, 1966 |
| Endógena - Neurótica - situacional - Sintomática | Alonso, 1988 |

Tanto unos términos como otros son excesivamente restrictivos y no captan más que una parte del problema depresivo.

El término psicótico está referido a la presencia de un trastorno grave con ideas delirantes, alucinaciones y falta de contacto con la realidad; en tanto que los conceptos neurótico, endógeno y reactivo apuntan hacia la presencia o ausencia de factores precipitantes. Pero ni el adjetivo psicótico - neurótico ni el endógeno - reactivo delimitan unos tipos definidos de depresión, ya que cierto

número de estos trastornos no pueden ubicarse en una categoría psicótica o neurótica estrictamente.

Vallejo Ruiloba J. 1990:

" Sin entrar en la cuestión de si ambos tipos de depresión forman dos categorías separadas de trastornos (como define la escuela de Newcastle) o si son dos polos de un continuo (como sustenta Kendell), lo cierto es que en la clínica se observan, desde una panorámica general dos síndromes depresivos " (19)

Existen causas ambientales y psicológicas que se consideran como factores determinantes de la depresión exógena, en otros casos no hay factores desencadenantes evidentes y considerándose a ésta depresión como endógena.

Esta depresión se caracteriza por: rasgos neuróticos de personalidad y ansiedad; se presenta agravación de los síntomas por lo general en la tarde.

Algunos autores definen a la depresión reactiva como un sentimiento agudo desaliento, y tristeza, de intensidad y duración variables. No se trata de una enfermedad, sino de una respuesta ante una situación de fracaso, decepción, pérdida, etc. Es una depresión desencadenada por sucesos perceptibles del medio ambiente que rodea al sujeto, y que surgen en relación con experiencias de stress en individuos predispuestos. El factor de disposición puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica, formando en el sujeto una personalidad mal integrada durante las etapas de desarrollo.

Este tipo de depresión se relaciona en forma estrecha con el dolor, duelo y tristeza de la vida cotidiana. Se debe tener cuidado al considerar las condiciones que predisponen a una persona a ésta clase de respuestas; así como también la naturaleza de los factores que la precipitan, que tienen como característica una intensidad y duración que no están proporcionadas al suceso.

Jimenez Reyes 1990:

" En la depresión neurótica, el enfermo desea que se le escuche, que se le consuele y compadezca, pero al mismo tiempo acude a los otros y a la suerte de su situación. Constantermente se queja de su estado psíquico, de su astenia y de su impotencia, la cual proyecta en su demanda de ayuda ambigua, insinuando la impotencia del médico para curarle, la ineficiencia de los medicamentos que se le proporcionan, etc. La necesidad que tiene de apoyarse en los demás y su deseo de afectividad lo pueden orillar a que se vuelva tiránico y agresivo con los demás . . ." (9)

El término endógeno tiene diferentes utilizaciones semánticas como son:

origen interno, desconocido, una dimensión psicótica, un complejo sintomático determinado y una fase depresiva de la psicosis maniaco depresiva.

La depresión endógena es llamada psicótica y de melancolía. Es dependiente de la herencia, y el medio ambiente desempeña un papel pequeño, no tiene causa externa evidente, parece surgir en forma espontánea y muestra tendencia a la repetición.

Este tipo de depresión se caracteriza en general por: personalidad premórbida adecuada, ausencia en general de factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales, fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de rutina, de culpa e hipocondríacas.

En el cuadro 3.; podemos observar claramente las diferencias las diferencias entre la depresión endógena y la exógena.

Leonhard, hace una apreciación acerca de dos tipos de depresiones endógenas: Depresiones unipolares y bipolares.

Las depresiones bipolares alternan los períodos melancólicos con otros maníacos o hipomaníacos, se consideran unipolares aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas sin episodio maníaco o hipomaníaco intercurrente.

Los trastornos bipolares tienden a iniciarse más precozmente, van asociados con problemas matrimoniales y alcanzan un mayor nivel de formación que los unipolares. Los estudios objetivos de personalidad sitúan a los pacientes unipolares más cerca de las personalidades neuróticas; cuando las personas con depresión bipolar se recuperan, no manifiestan rasgos patológicos de personalidad y se muestran extrovertidos, afectuosos y seguros de sí mismos.

Las diferencias clínicas son poco notables, aunque se han destacado las somatizaciones y la ansiedad como más propias de las formas unipolares, y los actos suicidas como más frecuentes en los pacientes bipolares.

En el cuadro 4., podemos ver las diferencias entre la depresión bipolar y la unipolar.

**Cuadro 3. Diferencias entre Depresión:
Endógena y Exógena**

| | Depresión Endógena | Depresión Exógena |
|--|--|---|
| Etiopatogenia | Herencia Factores constitucionales Personalidad sana o melancólica | Trastornos de desarrollo afectivo Factores Psicosociales Personalidad Neurótica |
| Inicio | Brusco | Variable |
| Curso | Fásico | Continuo (fluctuaciones) |
| Afectividad básica | Tristeza vital | Tristeza - ansiedad |
| Ritmo diurno | Mejoría vespertina | Empeoramiento vespertino |
| Sueño | Despertar precoz | Insomnio inicial |
| Psicomotricidad | Inhibición - agitación | Ausencia de trastornos marcados |
| Ideas deliroides | Posibles | Ausentes |
| Suicidio | Posible | Excepcional |
| Historia familiar de trastorno afectivo | Frecuente | Rara |
| Análisis estructural | Ruptura biográfica. Falta de contacto y resonancia afectiva | Continuidad biográfica. Búsqueda de contacto |
| Anomalías biológicas | Frecuentes | Ausentes. |

**CUADRO 4. Aspectos diferenciales entre las depresiones
Bipolares y Unipolares**

| | Bipolares | Unipolares |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
| Sexo | Distribución similar | Predominio Femenino |
| Edad Inicial | Precoz (25 - 35 años) | Tardía |
| Personalidad | Cicloide | Melancólica |
| Formación | Más alta | |
| Psicomotricidad | Inhibición psicomotriz | Más agitación, ansiedad |
| Riesgo de suicidio | Más elevado | |
| Mortalidad | Elevada | |
| Duración de episodios | Más cortos | Más prolongados 6-9 meses |
| Recidivas | Más frecuentes cada 2 años | Más escasa cada 5 años |
| Anomalías biológicas | Frecuentes | Ausentes |

IV. DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Desde hace tiempo atrás, la Depresión ha sido reconocida como humor característico de:

La Senectud o Vejez

En nuestra civilización la ancianidad puede ser algo terriblemente deprimente, y los brotes de depresión al final de la vida son especialmente peligrosos porque existen pruebas de que con el paso del tiempo la química cerebral deriva hacia una dirección que predispone los cambios de humor, y porque en su forma simple puede pasar desapercibida.

Una depresión simple, con frecuencia dura mucho tiempo, puede no traslucirse más que por la pérdida de interés, siendo interpretada por el anciano como otra enfermedad. En la tercera edad, cuando la vida se vuelve artificialmente desagradable o irreal y los trastornos imprecisos pueden ser atribuidos a los años que han pasado; por lo tanto tales depresiones simples son pasadas por alto.

Comfort Alex 1986:

" La depresión aguda puede surgir tras una fuerte contrariedad, como la muerte de una persona amada, aflorando entonces como una profundización y exageración del pensar hasta el punto de llegar a incapacitar a la persona; o puede presentarse sin previo aviso, a veces en oleadas periódicas que se alternan con frases de exaltación la vejez puede verse agravada por otras enfermedades y por la agresión social" (3)

Las depresiones simples pueden arrastrarse por muchos años, y en la vejez producen un efecto de círculo vicioso que las convierte en irrecuperables. Pero en el caso de las depresiones agudas cuando el paciente tiene ideas de suicidio; y logra evitar este pensamiento puede salir adelante y recuperarse.

Comfort Alex 1986:

" La medicación puede modificar por completo el panorama de la mayoría de las depresiones, y suele administrarse a edades tempranas. En edades avanzadas y, especialmente si el médico o el paciente dan por sentado que la vejez constituye de por sí un estado lamentable, los fármacos pueden estar contraindicados. No pocas depresiones geriátricas son imputables a la acción de drogas (reserpina, metildopa, digitalis, procainámidos, agentes bloqueadores de la sustancia beta, barbitúricos, alcohol y tranquilizantes), a las que el metabolismo del cerebro en la vejez es, en comparación con la juventud, extremadamente sensible. Los antidepresivos tricíclicos son eficaces y seguros, pero como ocurre en todos los fármacos en la tercera edad, sus efectos secundarios dependen más acusadamente de la constitución física del paciente y son más comunes que en otras épocas de la vida, por lo que se requiere una prudente dosificación "

(3)

Se debe tomar en cuenta que la pérdida del interés de vivir, el apetito, la libido, el sueño o el malestar en general no son característicos de la vejez, es posible que en este caso si la persona anciana presenta estos síntomas requiera un tratamiento contra la depresión.

Con frecuencia nos equivocamos al tomar una actitud filosófica el silencioso aislamiento de un anciano o su complacencia cuando en realidad le es amargante, desilusionante, humillante y atemorizante.

La depresión es una expresión común de angustia emocional, tanto en hombres como en mujeres de edad avanzada. Los síntomas básicos de la depresión son los mismos que se presentan en cualquier edad, pero en la vejez puede resultar difícil señalar el momento en que un problema físico deja de serlo y se convierte en una depresión.

Los síntomas que presentan las personas ancianas en la depresión son las siguientes:

Disminución del apetito, incapacidad de dormir (pero es también cierto que en algunas personas dichas necesidades se encuentran disminuidas por otras razones distintas a la depresión), reducción del habla; así mismo parece que la persona piensa lentamente, presta menos cuidado a su arreglo personal, falta de energía para las actividades rutinarias, prevalece un sentimiento de pesimismo y desesperanza.

Kastenbaum Robert 1980:

" Puede haber expresiones de que se siente un vacío interior, de que es una persona inútil y sin valor. El futuro no presenta nada; el pasado es fuente de consuelo; el presente resulta intolerable. Ordinariamente, la persona deprimida vuelve sus sentimientos en contra de sí misma y en ocasiones también ataca con disgusto a otras personas " (10)

Es importante mencionar los dos tipos principales de enfermedad senil depresiva:

Mayer - Gross W. 1974:

" El primero, conforma el cuadro clásico de depresión endógena semejante al de las psicosis maniaco - depresivas.

Los caracteres clínicos comprenden el perfil usual de retardo, culpa y autodesprecio, ideas hipocondríacas o delirios somáticos. La depresión está en su peor momento en la mañana y los trastornos en el sueño se caracterizan por un despertar temprano. En las depresiones neuróticas, el trastorno emocional es generalmente menos profundo y reactivo ante la enfermedad física, la injusticia social y las vicisitudes. Una clara variación diurna de humor está ausente y hay

un insomnio inicial o sueño intermitente durante toda la noche. La frecuencia de la enfermedad orgánica es mayor en este último grupo" (15).

El segundo es un estado depresivo que aparece por primera vez durante la vejez; tienen características que permiten diferenciarlos de los que se manifiestan en otras épocas de la vida.

En la depresión del anciano los factores hereditarios maniaco - depresivos son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica y la ansiedad predomina en el cuadro clínico.

Dentro de los factores desencadenantes de la depresión durante ésta etapa puede clasificarse o agruparse en dos:

Situacionales y Somáticos

- a) Situacionales: Fallecimiento de familiares de primer grado o los cónyuges, situaciones de cambio de residencia o en la estructura familiar, conflictos en las esferas familiares, económico, laboral, etc . . .
- b) Somáticos: Enfermedades físicas, traumatismo, intervenciones quirúrgicas, trastornos en el sueño, apetito, alteraciones estéticas, etc . . .

TERCERA PARTE

V. ¿A QUÉ EDAD SE ES VIEJO ?

Papalia Diane E., Olds Sally W. 1990:

" Eos, diosa mitológica, pidió a Zeus que permitiera a Títono, el mortal a quien ella amaba, que viviera eternamente. Zeus concedió a Títono la inmortalidad y los amantes vivieron felices, aunque no para siempre. Títono comenzó a envejecer hasta que llegó a ser tan achacoso que no podía moverse. No obstante se le había negado el don de la muerte y hasta hoy vive, aunque finalmente Eos le rechazó como "un vegetal desvalido, chocho". Eos había cometido un cruel error; había olvidado pedir a Zeus el don de la eterna juventud junto con el de la vida eterna" (16)

Es difícil responder a la pregunta formulada; pero se sabe que todos los organismos vivos envejecen; se desconoce la razón por el cual sucede dicho acontecimiento.

Teniendo en cuenta la tragedia que se menciona al principio, la Gerontological Society tiene un lema: " Agregar vida a los años, no sólo años a la vida". En la asamblea Mundial sobre el envejecimiento se fijó la edad de 60 años para el hombre como inicio de la vejez.

Existen teorías o hipótesis que tratan de dar una explicación biológica ante éste hecho, pero ninguna de ellas ha sido aceptada como universal. Sabemos que el proceso de envejecimiento es un proceso complejo que recibe influencias de diversos factores, la herencia, nutrición, etc. . .

Papalia 1990:

" la mayor parte de las teorías acerca del envejecimiento biológico encuadran dentro de los enfoques fundamentales. Primero es que el envejecimiento es un proceso programado, que está establecido para cada especie y está sujeto sólo a modificaciones menores. La otra línea de pensamiento es que el envejecimiento es el resultado de ultrajes hechos al cuerpo. Estos dos enfoques tienen implicaciones muy distintas: si estamos programados para envejecer de cierto modo, no hay mucho que podamos hacer para retrasar el proceso" (16)

Tenemos diversas teorías biológicas como:

*** La teoría programada**

Cada especie tiene su propia pauta de envejecimiento y su propia esperanza de vida, el envejecimiento debe constituir en alguna forma parte de la estructura del mismo organismo. Es decir se encuentra programado el futuro argumento vital, de modo que un individuo se reproduzca, envejezca y finalmente muera.

*** La teoría del gen**

Esta teoría tiene tres variaciones:

1. Un individuo nace con uno o más genes nocivos que se activan posteriormente en la vida, produciendo el envejecimiento y concluyendo con la muerte.
2. Existen dos distintos tipos de genes en las personas; uno que proporciona bienestar en la juventud, y otro que produce una declinación posteriormente de la vida; con esto nos referimos a que

cuando se inicia la vida predominan los genes buenos y posteriormente los genes malos se hacen predominar sobre los otros.

3. Únicamente hay un conjunto de genes, pero en la edad mediana cambian de carácter de buenos a nocivos

Papalia 1990:

" Un ejemplo de esta teoría es el código de estrógeno relacionado con la edad, en las mujeres. En la juventud de una mujer esta hormona la habilita para la reproducción y también parece protegerla contra el endurecimiento de las arterias y contra las subsiguientes alteraciones cardíacas. Luego, después, de la menopausia, la producción de estrógenos disminuye casi hasta suspenderse, la mujer no puede concebir más y es mucho más susceptible a los ataques cardíacos." (16)

• Teoría de la terminación del programa genético

Dicha teoría menciona que existe cierta cantidad determinada de material genético básico (DNA: ácido desoxirribonucleico) en cada una de las células; a medida que estas se desarrollan y envejecen, se agota el DNA y mueren las células. Esta teoría tiene el apoyo de varias investigaciones que demuestran que ciertas enzimas disminuyen en la vejez y también con los hallazgos de Hayflick acerca de que las células se dividen sólo un número limitado de veces. Este investigador concluye que la esperanza máxima de la vida humana es aproximadamente de 110 años y que los informes de longevidad más allá de esta cifra son científicamente inexactos.

• Teoría de la mutación somática

Curtis en sus investigaciones habla acerca de anomalías cromosómicas; que con los años por diversas causas, en los cromosomas se

producen cambios y que estos cambios producen el envejecimiento de las personas.

**** Teoría de las ligaduras cruzadas***

Los tejidos se mantienen flexibles mediante largas fibras de colágeno (sustancia elástica y gomosa), constituyente básico de cartilagos y tejidos conjuntivos. A medida que transcurren los años y envejecemos se van formando sustancias químicas entre las fibras largas del colágeno dando lugar a los ligamentos cruzados. Dichos ligamentos disminuyen la flexibilidad de los órganos, y en especial los de los vasos sanguíneos.

**** Teoría de los radicales libres***

Esta teoría trata de dar una aplicación específica a la teoría de las ligaduras cruzadas, según la cual los radicales libres, componentes químicos de las células que existen para que se dé una segunda reacción o una reacción inicial con otras sustancias (por ejemplo grasas) pueden dañar a las células a medida que reaccionan con éstas otras sustancias y pueden provocar mutaciones en los cromosomas. Es decir cuando los radicales libres, continúan formando nuevos radicales, los cuales a su turno producen daño. Existen ciertos componentes como la vitamina C y E pueden disminuir la producción de los radicales libres; algunas personas sostienen que tomando tales vitaminas extenderán la duración de la vida humana.

**** Teoría del acumulo de metabolitos***

Esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la acumulación, en el tiempo, de sustancias dañinas en diversas partes del cuerpo. Tales sustancias incluyen subproductos químicos del metabolismo, los cuales interfieren con el funcionamiento normal de los tejidos orgánicos, ya que desplazan las sustancias provechosas para dicho funcionamiento.

*** Teoría del error**

Ocurren alteraciones en el DNA y estos errores se transmiten al RNA (ácido ribonucleico) y finalmente a enzimas defectuosas que se sintetizan de nuevo. Cuando la cantidad de enzimas defectuosas llega a un nivel suficientemente elevado, las células mueren; por lo tanto también muere el individuo.

*** Teoría del desgaste y la destrucción**

Haciendo la comparación entre las máquinas y el cuerpo del ser humano, que se van desgastando debido al uso continuo; ésta teoría plantea que las tensiones internas y externas agravan el proceso de desgaste y destrucción. Entonces a medida que envejecen, las células son cada vez menos capaces de reparar o de reemplazar los componentes dañados, de modo que mueren.

*** Teoría autoinmune**

El sistema autoinmune de nuestro organismo ha sido diseñado para repeler sustancias dañinas tales como virus, bacterias y proteínas extrañas. Con la edad este sistema puede llegar a ser confuso, de modo que no puede distinguir elementos que le son propios, tales como sus proteínas y por ello las ataca provocando el envejecimiento del organismo.

*** Teoría ambiental**

Esta teoría habla acerca de que existen tres tipos de factores ambientales que influyen en el proceso de envejecimiento.

Los factores abióticos son los componentes físicos y químicos del ambiente, naturales o artificiales; por ejemplo: el clima, la composición del suelo, agua, la altitud, contaminantes, radiaciones ionizantes, etc.

Los factores bióticos se refieren a todos los organismos que habitan en el mismo ecosistema y que tienen influencia directa e indirecta en él; por ejemplo en la nutrición: el parasitismo.

Los factores socioeconómicos se refieren a cualquier condición de vida difícil; es decir las condiciones existentes: higiene, vivienda, trabajo, etc . . .

Como podemos observar hay una infinidad de teorías; la verdad en relación con la manera en que las personas envejecen, se relaciona probablemente con alguna combinación de estas explicaciones.

Papalia 1990:

" Rockstein y Susman (1979) sugieren, por ejemplo, que la programación genética puede determinar un límite externo para la longevidad. Dentro de este programa genético, se dan el desgaste y la destrucción; ocurre mutaciones en algunas células; otras células se dañan por ligaduras cruzadas radicales libres, o debido a ambos; y se desarrolla un sistema autoinmune de ataque al propio organismo. Todos estos factores desempeñan sus funciones separadas, aunque interrelacionadas, en el proceso de envejecimiento" (16)

VI. DEFINICIÓN DE VEJEZ

Siempre nos hacemos la pregunta **¿Qué es la Vejez?**, pero no es fácil formular una definición de dicho concepto que sea satisfactoria, ya que es posible definirla desde diversos puntos de vista.

Las definiciones se pueden agrupar en tres categorías como son:

- punto de vista biológico
- punto de vista sociológico
- punto de vista cronológico

Las definiciones realizadas acerca de la vejez tanto biológicas y las ciencias de la salud tienen como común denominar el progresivo deterioro del organismo ocasionado por el proceso de envejecimiento tanto estructural como funcional.

La definición de vejez, perteneciente a ésta categoría podría, responder a la siguiente formulación general:

La vejez es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano.

Las ciencias sociales tienen su propio punto de vista acerca de la vejez; no existe una separación entre éstas y las ciencias biológicas; ya que las definiciones elaboradas por las ciencias sociales presuponen implícitamente la definición genérica proporcionada por las ciencias biológicas.

En la elaboración de las definiciones de la ancianidad, las ciencias sociales parten de un mismo punto de realidad que es la decadencia biológica acarreada por el proceso de envejecimiento, que afecta ya sea pronto o tarde la participación social del individuo.

Las definiciones de vejez según las ciencias sociales tienen un concepto en común: "Jubilación". Este concepto se encuentra definido de dos modos:

1. un modo positivo: como una adaptación de la participación social consecutivamente al declive biológico de la persona que envejece.
2. un modo negativo: como una exclusión o un desentenderse de toda participación social.

La definición genérica según las ciencias sociales acerca de la vejez:

La vejez es la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento

Para finalizar, siempre es posible definir a la vejez desde un punto de vista cronológico; el denominador común es el crecimiento en edad y por consecuencia la disminución de la expectativa de vida: Cuanto más se avanza en años, menos tiempo queda para vivir.

La relatividad de la vejez cronológica depende de la subjetividad de quien la define; ya que depende también de los factores culturales o de consideraciones administrativas o incluso políticas. Por ejemplo: dentro del mercado de trabajo, la jubilación significa que es viejo.

Desde el punto de vista cronológico, una definición general de la vejez se podría formular de la siguiente forma:

La vejez es el estado de una persona de edad avanzada. Decir que una persona es de edad avanzada implica necesariamente que su expectativa de vida está disminuida y que le queda poco tiempo de vivir.

Las tres definiciones acerca de la vejez tienen en común el que la definen desde un punto de vista negativo, como una decadencia, una disminución, un conjunto de pérdidas: declive biológico, disminución de la participación social y la disminución de la esperanza de vida. Por lo tanto la ancianidad es una condición infravalorada, y la imagen es negativa. Ya que deseamos vivir largo tiempo, pero no deseamos hacernos viejos.

Hay otra forma de definir a la senectud desde un punto de vista psicológico:

La ancianidad es la cúspide de una subida, el perfeccionamiento de una plenitud, una edad de sabiduría y serenidad; es decir la integración de su personalidad (ego -Yo).

La vejez no es una situación de crecimiento primeramente y posteriormente la decadencia como si fuera un período de declive que sucediera a una vida de crecimiento; tampoco es una situación de crecimiento o decadencia, como si fuera una elección, escoger entre uno y otro de manera excluyente. De este conflicto entre dos dimensiones de una misma vivencia resulta una situación de crisis. El arte de ser anciano o el desafío de ser anciano resulta en solucionar ésta crisis entre la aspiración innata de crecer y la experiencia irreversible del declive.

La vejez puede definirse en la siguiente manera, englobando los distintos puntos de vista:

Laforest Jacques 1991:

" UNA SITUACIÓN EXISTENCIAL DE CRISIS, RESULTADO DE UN CONFLICTO INTIMO EXPERIMENTADO POR EL INDIVIDUO ENTRE SU ASPIRACIÓN NATURAL AL CRECIMIENTO Y LA DECADENCIA BIOLÓGICA Y SOCIAL CONSECUTIVA AL AVANCE EN AÑOS "

(12)

Esta definición expresa una dimensión fundamental y universal acerca de la vejez.

VII. DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LA VEJEZ

La vejez es una etapa difícil dentro del ciclo vital del ser humano y el vivir ésta, es muy angustiante para algunas personas.

Dentro de dicha etapa existen 3 crisis importantes por las cuales atraviesan:

- a) Identidad
- b) Autonomía
- c) Pertenencia

Crisis de identidad

La crisis de la vejez se dá primeramente, en el campo de la identidad personal. Cuando un anciano vive las pérdidas que sufre como un atentado a su identidad; tanto su autonomía como su participación social resultaran afectadas. En el caso contrario, si la persona consigue asumir las pérdidas e integrarlas en su identidad conservada intacta, cabe esperar la solución de las otras dos crisis (de pertenencia y autonomía) satisfactoriamente.

La personalidad corresponde a lo que somos en la realidad, objetivamente; la identidad personal significa más bien nuestra personalidad tal como la percibimos subjetivamente. La identidad personal es a menudo designada en la práctica profesional con la expresión de autoimagen.

La imagen que cada uno tiene de su propia personalidad; la cual comprende dos dimensiones en estrecha interacción:

Una cognoscitiva:

- 1) Que es la conciencia de sí mismo, y,

Otra Afectiva:

- 2) Que es la estima de sí mismo.

La función principal de la identidad personal es la de asegurar un sentimiento de continuidad de nosotros mismos, a través de los cambios experimentados a lo largo de la vida, tanto en el interior como en el exterior.

Laforest Jacques 1991:

" La estima de uno mismo se ejerce en dos planos: es el sentimiento que el individuo posee de su propia eficiencia y de su propio valer. En expresión de Nathaniel Branden, la estima de sí es: la suma integrada de la confianza en sí mismo y del respeto por uno mismo; es una convicción que se tiene de la competencia para vivir y que merece vivir" (12)

Las pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento crean en el individuo un campo de experiencias que son agresión a su identidad personal, tanto desde el punto de vista de autoimagen como de autoestima. El deterioro de la autoimagen repercute inevitablemente en las actitudes y los comportamientos.

Cuando llegamos a la etapa de la vejez con una imagen de nosotros mismos en cuya construcción y fortalecimiento hemos empleado toda una vida, es necesario solucionar de modo positivo la crisis de la vejez, los ancianos necesitan vivir en un contexto adecuado, con unos acontecimientos que les transmitan los mismos mensajes que tiempo atrás recibió:

eres alguien, existes, eres importante,
eres estimable, útil, eres competente, etc . . .

Cuando sucede el caso contrario, es decir si no se soluciona satisfactoriamente ésta crisis la persona puede caer en una depresión.

En el anciano se observa una disminución tanto en cantidad como en intensidad de las cosas que le interesaban antes. Sus emociones son calmadas y menos frecuentes, la memoria reciente se altera ya que olvida con gran facilidad lo que acaba de realizar por ejemplo: no recuerda que comió ó si desayuna, etc.;

pero lo que se refiere a la memoria retrograda no se encuentra afectada, ya que recuerda lo que ha vivido.

El que las personas recuerden lo pasado se le denomina: reminiscencia; de acuerdo con la creencia popular, ésta no sería más que una manía de la vejez; a medida que una persona envejece se pertenece en mayor grado al pasado. Ya decía Aristóteles que los ancianos viven más de la memoria que de la esperanza, porque el tiempo que les queda por vivir es muy corto en comparación con su largo pasado.

La reminiscencia más que una huida al pasado; se manifiesta como un defecto de adaptación; ya que el presente para el anciano puede parecerle algo nuevo y extraño, hasta el punto de experimentarlo como una amenaza insostenible. A pesar que el anciano busque refugio en el pasado al recordarlo, esto puede ser comprensible, este mecanismo de defensa no deja de ser una huida de la realidad. Existe el gran peligro de que esta reacción sea el principio de un retraimiento cada vez más grave de dicho anciano en relación con la realidad.

Laforest Jacques 1991:

" Dos investigadores, A.W. McMahon y P.J. Rhudick, exponen otra forma que puede presentar la huida de los ancianos hacia el pasado; en reacción al estrés provocado por las disminuciones que acarrea el envejecimiento, no es raro que algunas persona mayores se pongan a hablar de su pasado con exageración, fabulando incluso. Sintiendo amenazada su identidad por los acontecimientos del presente, buscando protección en su pasado que reconstruye de modo que se autoimagen quede salvaguardada" (12)

Actualmente se considera a la reminiscencia, útil; ya que con las técnicas apropiadas, puede tener muchos casos de utilidad terapéutica en los ancianos.

La reminiscencia de los ancianos colabora de tres modos al logro de su integridad:

1. Permite su unicidad e individualidad
2. Permite revisar el conjunto de su vida como un todo que se expresa en su culminación actual
3. Finalmente permite resolver los conflictos no solucionados en el pasado

Laforest Jacques 1991:

" La reminiscencia - afirma Reneé Salomon - es un vehículo que permite preservar la totalidad de la propia vida, la integridad del propio yo
....."(12)

En ocasiones se presentan estados de irritabilidad e impaciencia. Un efecto importante de la calidad de vida durante los 60 años en adelante; es ocasionada por la pérdida de seres queridos, pérdida de trabajo, la privación sensorial causada por la disminución de las capacidades físicas; hacen que la persona tenga o manifieste una devaluación; es decir una crisis de identidad.

Recordando lo que ya se ha visto anteriormente acerca de la última etapa del ciclo vital del ser humano descrita por Erik Erikson; la principal tarea es la integración del ego (Yo), que constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas en el desarrollo a lo largo de la vida.

De acuerdo con Erikson, ello implica 1984:

" Un amor postnarcisista del yo humano - no del ser - como una experiencia que conduce a un ordenamiento del mundo y a un sentido de

espiritualidad, sin importar qué tan cariñosamente sea dada la recompensa"

(6)

Este amor del ego (Yo) implica una aceptación de la vida que se ha vivido, sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debería haber sido

Robert Peck amplió el análisis de Erikson acerca del desarrollo psicológico en la última edad adulta, destacando tres crisis que deben resolver para conservar la identidad:

- a) Diferenciación del ego (Yo) en oposición a preocupación por el papel laboral.
 - b) Trascendencia del cuerpo en oposición a preocupación por el cuerpo
 - c) Trascendencia del ego (Yo) en oposición a preocupación por el ego (Yo)
- a) Diferenciación del ego (Yo) en oposición a preocupación por el papel laboral.

Peck sintetiza el aspecto fundamental de esta crisis en una pregunta que se debe hacer cada una de las personas ancianas:

Papalia Diane E., Sally Wendkos 1990:

" ¿Soy una persona valiosa solamente por cuanto puedo hacer un trabajo tiempo completo, o puedo ser valiosa en otras formas distintas: Como persona que desempeña papeles diversos y además por la clase de persona que soy?" (16)

Esta es una pregunta decisiva en la vejez; ya que dentro de ésta se presenta una necesaria adaptación, a la que se le denomina diferenciación del ego (Yo), como una de las condiciones esenciales del éxito de la ancianidad. Habiendo aprendido a valorarse y dar sentido a la vida en función de ciertos roles sociales y de determinadas características personales, un anciano se siente

cogido de improviso si no puede compensar con alternativas la pérdida de tales roles y características.

La diferenciación del ego (Yo), sin embargo, no se hace únicamente a través de nuevos roles y nuevas actividades. En realidad durante la vejez pasa por una profunda modificación del sistema de valores.

Se encuentra la razón de ello en el análisis de los mecanismos de autoestima (La autoestima es el sentimiento provocado en un individuo por la percepción que tiene de sí; al tomar conciencia de lo que es él, eso que ve le gusta, o no le gusta).

La autoestima se considera como el sentimiento provocado en un individuo por la distancia que percibe entre su ego (Yo) y su yo ideal. El ego (Yo) significa en este punto el "Yo conocido, el yo real", por oposición a esa imagen ideal de nosotros mismos hacia la cual nos inclinamos más o menos conscientemente.

Las pérdidas asociadas a la vejez pueden deteriorar la estima de éstas personas, porque su índole aumentan la separación que el anciano percibe entre su ego (Yo) conocido y su Yo ideal. El yo conocido va apareciendo más deteriorado cada vez y el yo ideal se percibe cada vez más alejado e inalcanzable, a fin de conservar o aumentar la autoestima de los ancianos, existen dos posible vías para lograrlo:

- a) elevar su ego (Yo) conocido, mejorando la percepción que tienen de sí mismos
- b) conducir el yo ideal a un nivel accesible, modificándolo con realismo

b) Trascendencia del cuerpo en oposición a preocupación por el cuerpo.

La declinación física que generalmente se acompaña a la vejez es una segunda crisis.

Existen personas las cuales siempre se han valorado a través de la belleza o por una fuerza física, al paso del tiempo dichos atributos presentan cada vez más signos de: "irreparable injuria del tiempo", a pesar de recurrir a los procedimientos más sofisticados de la cirugía plástica o del mantenimiento físico, no deja de llegar el momento en el cual se debe admitir que aumenta la distancia entre el yo real y el ideal de fuerza o de belleza física. La autoestima se derrumba entonces dramáticamente, al mismo tiempo que se impone una imagen negativa a la experiencia de ser viejo.

Los ancianos quienes se centran, en cambio, en la satisfacción de la relación con otros y se dedican a actividades que los llevan a no depender de la belleza, fuerza o salud; son capaces de superar las incomodidades físicas o los cambios en el cuerpo o la disminución de la fuerza. Se necesita desarrollar una orientación que vaya más allá de la preocupación por el cuerpo en una edad adulta temprana. Una de las metas de la vida puede ser el cultivo, de atributos sociales y mentales que se incrementan con la edad, más que las cualidades físicas

c) Trascendencia del ego (Yo) en oposición a preocupación por el ego (Yo)

Las personas que se encuentran en ésta última etapa del ciclo vital del ser humano, necesitan asimilar la realidad de que van a morir. El aceptar satisfactoriamente éste acontecimiento puede ser el logro más decisivo de los años de la vejez. Robert Peck ante ésta crisis hace la siguiente pregunta:

.Papalia Diane E., Sally Wendkos 1990:

" ¿En qué forma pueden las personas trascender su yo del aquí y el ahora para lograr una visión positiva de la certeza de la llegada de su muerte? " (16)

Darse cuenta de la forma en que han llevado su vida: sus logros durante la niñez, las contribuciones que han hecho a la cultura, las relaciones personales que han forjado, etc ... Básicamente se trasciende el yo contribuyendo a la felicidad o al bienestar de otros.

Leopoldo Salvarezza, opina que la vejez es la Integridad personal; es decir, la aceptación de un proceso en el cual el sujeto parte, y que proviniendo del pasado, se extiende a un futuro que lo trascenderá.

Los ancianos que viven la vejez como una experiencia negativa: ven en ella a una enemiga que les despoja de sus valores personales, forzándolos a abandonarlos, uno tras otro: roles sociales, placeres, etc Contrariamente sucede con las personas que viven a la vejez como una experiencia positiva: experimentan la transformación de su sistema de valores como un proceso, no como privación, sino de purificación e interiorización.

Crisis de Autonomía.

La pérdida de la autonomía personal es la manifestación más frecuente de un deterioro de la identidad personal en los ancianos.

El proceso de envejecimiento trae consigo normalmente una decadencia del organismo, desde el punto de vista estructural y fisiológico.

Puede suceder que el deterioro orgánico sea severo, por lo cual la persona anciana llegue a quedar incapacitada para todas las tareas ordinarias de la vida cotidiana. Para satisfacer las necesidades fisiológicas básicas de vivienda, vestido, alimentación u otras; la persona con el organismo en decadencia queda entonces dependiente de los demás (Familia, amigos, conocidos).

El deterioro del organismo trae como consecuencia un estado de dependencia, que es experimentado por las personas senescentes como una experiencia muy desvalorizante Ya que a causa de dicha dependencia, tiene

una percepción cada vez más negativa de la eficiencia de su actuación. Abandonan gradualmente a los demás el volante de su propia vida que no la ven con ánimo de dominar; ya que con esto llegan a perder la autonomía como consecuencia directa de la percepción que tienen de sí mismos.

Una persona anciana puede verse profundamente disminuida, dependiente totalmente de los demás en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo, puede conservar la autonomía en cuanto a su estado psicológico.

Laforest Jacques 1991:

" Considerada desde el punto de vista psicológico, la autonomía es un atributo de la personalidad. Según su etimología (auto: uno mismo, y nomos: ley), el término autonomía sugiere la idea de autodeterminación. Según el diccionario, es "la libertad para un gobierno, región ... del gobernarse por sus propias leyes; para un individuo, el disponer libremente de sí". También dice el diccionario, en otra definición, que la autonomía es el "derecho a gobernarse por las propias leyes el derecho para el individuo de determinar libremente las reglas a las que se somete "....." (12)

Por viejo que sea, una persona senescente no deja de ser una persona adulta; en cuanto tal, sigue siendo autónomo. Empleando en un sentido más general, la autonomía es una propiedad del individuo por la que se le considera capaz de tomar decisiones que le conciernen, y por lo tanto asumiendo la responsabilidad de las mismas.

A continuación se muestra un caso claro de lo que se mencionó anteriormente:

Laforest Jacques 1991:

" Robert C. vivía en un centro hospitalario de cuidados prolongados. Tenía 80 años. Su caso ilustra cómo un anciano no pierde automáticamente la autonomía de persona adulta por el mero hecho de su dependencia física.

Hasta su hospitalización había vivido una buena vejez. Se había adaptado armónicamente a la jubilación. Gozaba de buena salud contaba con una excelente pensión. Muy sociable y muy activo, no había tenido ese período de desorientación que a menudo sigue a la jubilación. Su esposa gozaba también de buena salud y el matrimonio, después de jubilarse Robert, siguió viviendo en la casa familiar, en la que se había criado sus tres hijos. Estos estaban casados; residían en la misma ciudad de los padres y estaban en excelentes relaciones con ellos.

A los 78 años aproximadamente, Robert fue víctima de un accidente cardiovascular que lo dejó paralizado del lado derecho, con importantes dificultades en el habla. La crisis fue dura de superar. Él, tan activo, se veía entonces limitado en todos sus movimientos, y dependiente de su esposa para la satisfacción de las necesidades elementales. Además, el cambio había sido tan repentino como radical. No había tenido tiempo de preverlo ni de prepararse para él. Después de una primera reacción depresiva, consiguió recuperar una buena moral. Con la ayuda de sus hijos y en relación con los servicios a domicilio del centro local de servicios comunitarios, Robert y su esposa reorganizaron tan satisfactoriamente su vida de pareja que pudieron seguir viviendo en su casa.

No obstante, el estado de salud de Robert pronto empezó a empeorar de nuevo, hasta el punto de que su esposa no era capaz de prestarle todos los cuidados que precisaba. Se veía obligada a estar pendiente de él las veinticuatro horas del día. Tuvo que planificarse la admisión de Robert en un centro hospitalario de cuidados prolongados. Los hijos veían venir esta eventualidad, pero no se atrevían a hablar del asunto con sus padres. Temían causarles disgusto. Decidieron iniciar por su parte las gestiones necesarias con vistas al internamiento del padre. Pero, en una segunda fase, llegaron a convencer a la madre a fin de que les prestara su colaboración para hacer que su padre se decidiera a dejar el hogar.

Fue la prueba más penosa que Robert tuvo que soportar; no por el hecho de entrar en una institución, sino, como manifestaba él mismo, "por no haberse contado con su opinión para tomar esta decisión". Desde luego, aceptó ser internado; no tenía otra alternativa. Pero lamentaba ostensiblemente haber sido privado del ejercicio de su autonomía. Porque él era aún autónomo. Se veía capaz de tomar las decisiones que le atañían.

Pero sus hijos veían las cosas de otro modo. Con la mejor voluntad del mundo, y sin darse cuenta, atacaban a la identidad personal del padre, enviándole el mensaje de que sufría una disminución y que en adelante los otros tenían que decidir por él"(12)

Con este caso que se acaba de ver, nos podemos hacer la siguiente pregunta:

¿No es así como se infantiliza a las personas ancianas?

A este respecto, ante una pérdida física, se corre el peligro de reforzar la mentalidad corriente que, más o menos conscientemente, llega a dejar de considerar como adultos a los ancianos convertidos físicamente en incapaces de satisfacer las necesidades básicas por sí solos, y por lo tanto son como unos niños, a los cuales las personas que los rodean deben cuidar y decidir por ellos; ya que ellos no son capaces de realizar tal autonomía.

Cuando la pérdida de autonomía personal deriva de un deterioro de la identidad personal, las principales manifestaciones que se observan en los ancianos: son las modificaciones del comportamiento, como la aceptación complaciente de la decisión de los otros, disminución de la iniciativa, aparición de una actitud apática que se va incrementando con el tiempo. En algunos casos se observa una disminución del interés o deseo de vivir, lo que en algún sentido puede interpretarse como una actitud suicida.

La persona anciana resiente generalmente la pérdida de la autonomía de modo muy negativo, la cual expresa con frustración y una gran agresividad, o con una baja de moral y con actitudes depresivas. En ocasiones la manifestación es de desánimo. Dicho comportamiento se interpreta por las personas como rechazo a colaborar, o como una "Chifladura senil".

Existen tres factores susceptibles de contribuir a la disminución de la autonomía personal en los ancianos:

- a) la enfermedad o fallos físicos
- b) la insuficiencia de los recursos
- c) la presión del entorno

La enfermedad o fallos físicos

La enfermedad; generalmente ocasiona la pérdida de la autonomía personal, y que a su vez origina un deterioro que en sí mismo viene a ser una reacción al estado de dependencia causado por una seria descompostura del organismo. Contrariamente sucede con las personas que no solamente se encuentran en una forma física impresionante y están libres de enfermedad; toman sus medidas para conservarse así. Su estado de ánimo es positivo; rechazan más y más la imagen de la vejez asociada a la enfermedad o a la decrepitud senil, y manifiestan una identidad personal siempre tan positiva como en las etapas anteriores de su vida.

La insuficiencia de los recursos

Estos recursos se agrupan en tres categorías principales:

1. Vivienda: No solamente tener un techo, sino de disponer de habitación propia, Sentirse en "casa". Una vivienda propia es un ambiente de vida idóneo para satisfacer las necesidades inmediatas de supervivencia, en términos de alimentación, indumentaria, calefacción, etc....; una

vivienda propia es también un ambiente de vida apto para satisfacer las necesidades de seguridad física y afectiva de un individuo.

2. Recursos relativos a los cuidados de la salud
3. Percibir ingresos suficientes

Generalmente los recursos proporcionados a los ancianos, con pérdida de la autonomía física resultan insuficientes. Dicha insuficiencia puede ser cuantitativa; pero la más frecuente es que sea cualitativa; los recursos que se proporcionan a la gente senescente no van más allá de satisfacer las necesidades fisiológicas y de seguridad física.

De acuerdo con la pirámide de las jerarquías de las necesidades de Maslow, los ancianos en el caso mencionado anteriormente únicamente satisfacen las dos primeras necesidades de dicha pirámide (1.- necesidades fisiológicas y 2.- necesidades de seguridad). Cuando los ancianos encuentran cubiertas satisfactoriamente dichas necesidades, el individuo se inclinará naturalmente a la satisfacción de las necesidades que corresponden a los niveles superiores (3.- necesidades de amor y pertenencia 4.- necesidades de estima 5.- necesidades de autoactualización y 6.- necesidades de trascendencia).

En el caso de las personas ancianas que se encuentran en instituciones sociales, en general los programas se dirigen frecuentemente a satisfacer las necesidades primarias como son las fisiológicas y de seguridad; en cuanto a los demás niveles no son cubiertos en su totalidad.

La presión del entorno

La presión ambiental es uno de los factores que ocurren más frecuentemente en la pérdida de autonomía personal entre las personas ancianas. Este factor actúa ordinariamente en conjunción con los dos precedentes. La superprotección de las personas senescentes es un ejemplo claro. Por ejemplo.

Laforest Jacques 1991:

"... La señora R., de 77 años, tiene 4 hijos, casados todos y que viven en la misma población de la madre. Hasta hace poco, vivía con su esposo, en un piso. Pero el marido murió de improviso. Inmediatamente después del entierro, una de las hijas se hizo cargo de ella. Los hijos no coinciden que la señora pueda llevar sola la casa. Alarmada por el estado de debilidad de la señora R. y por su bajo estado de ánimo, la hija decide llevarla a los servicios de urgencia e insiste en que se la hospitalice. Los datos del diagnóstico son: astenia, depresión situacional, infección urinaria menor y en vías de curación, tensión arterial elevada pero bien controlada, glaucoma en el ojo izquierdo tratado ya por el oftalmólogo.

Transcurrida una semana, el médico informa a la familia que el estado general de la paciente ha mejorado y que no hay razón médica que justifique su hospitalización. Los cuidados que requiere el ojo enfermo, de carácter oftalmológico, pueden continuarse fuera del hospital. Ahora bien, mientras la madre ha estado internada, los hijos han empezado a desmontar el piso. No puede regresar a su hogar. La hija que la había tenido en casa a raíz de la muerte del marido no quiere hacerse cargo de ella indefinidamente. Dice que la madre está demasiado enferma y demasiado limitada físicamente para cuidarla ella. Los otros hijos están de acuerdo con esta hermana, e insisten que la madre sea trasladada directamente del hospital a una residencia dedicada a personas mayores con pérdida de autonomía. La señora R. queda confinada al servicio social del hospital..." (12)

En el caso visto anteriormente, la definición típica de lo que es la pérdida de la autonomía personal:

su lugar de control ha sido desplazado al exterior, sitúa el control de los acontecimientos fuera de ella misma, y la deposita en los miembros de la familia, en cuyas manos ha abandonado el volante de su vida. Dicho abandono de la autonomía se encuentra ligado directamente al deterioro de la imagen que se ha formado de

si misma. A este proceso V.L. Bengston lo denomina "Círculo vicioso de la incompetencia creciente".

Laforest Jacques 1991:

"..... James F. Keller y George A. Hughston, por su parte, constatan que la mayoría de las personas cometen inconscientemente un error por exceso de cariño (Love - mistake). No se dan cuenta de hasta qué punto puede ser contraproducente para las personas mayores prestarles el servicio de hacer cosas que ellas mismas podrían efectuar...." (12)

Crisis de pertenencia

Considerada como una retirada progresiva de la actividad profesional, la jubilación es inevitable y natural. Es inherente al proceso de envejecimiento, en razón del declive fisiopsicológico del organismo. En algunas ocasiones, la adaptación a la jubilación es vivida por la persona senescente como uno de los períodos más críticos de su vida.

La jubilación provocará en la persona que envejece una crisis profunda, cuyo reto es el fracaso o el éxito de la última etapa del ciclo vital de la persona.

Nuestra conducta con los ancianos traduce unas actitudes colectivas, según las cuales la decadencia producida por la edad ha de conllevar a un desapego recíproco entre la sociedad y la persona que va envejeciendo.

Tal desapego puede ser entendido en dos sentidos:

1. Una adaptación de la participación social, tomando la forma de aligeramiento progresivo de la actividad profesional y de una cierta diversificación de los roles sociales.

2. La jubilación es una pura y simple participación social.

Cuando se vive como una retirada, el desapego constituye una experiencia negativa que, en la mayoría de los casos, en los ancianos desencadena una crisis profundamente debilitadora (Depresión).

La jubilación da como resultado dos experiencias:

- a) Las personas se sienten impelidas al retiro social no sólo por la crisis de identidad que experimentan, sino también por las actitudes y prácticas colectivas de su grupo de pertenencia.
- b) Pero simultáneamente experimenta la pertenencia social como necesidad básica.

Abraham Maslow, en la perspectiva de la teoría de la motivación; el sentimiento de pertenencia social se considera como una necesidad fundamental de la personalidad, no como necesidad circunstancial en una etapa particular del ciclo vital del ser humano.

En nuestra sociedad usualmente, uno no se jubila porque es viejo, sino que se hace viejo por haber sido jubilado. Generalmente, la persona que se jubila había empezado a perder prestigio varios años antes, en el mercado del trabajo, debido a la devaluación que nuestra sociedad aplica a la edad.

Atchley describe un modelo del proceso de jubilación en siete fases:

1. Fase Remota

Esta comprende el lapso que corre desde el inicio de la vida laboral hasta la aproximación de la jubilación. En este tiempo el individuo tiene una idea vaga acerca de la jubilación; y no existen programas destinados para prepararlo.

2. Fase de cercanía

Se presenta cuando se hace inminente la jubilación y el individuo se tiene que confrontar con ella como un hecho real. En esta fase existen con frecuencia programas de preparación para dicho acontecimiento. En ésta fase el individuo tiene la tendencia a fantasear las modalidades de su vida de jubilado.

3. Fase de Luna de Miel

Es la que sigue después de la jubilación; generalmente el individuo se encuentra eufórico y entregado a su recién adquirida libertad, intenta hacer cosas que no pudo realizar por falta de tiempo. En caso de que presente buena salud y una posición económica cómoda podrá viajar, divertirse; realizar ejercicio, etc... Cuando los recursos personales y financieros son más limitados esta fase es menos intensa. Su duración es variable, ya que depende generalmente de los recursos disponibles, pero tarde o temprano su ritmo se apacigua y la vida se convierte rutinaria.

4. Fase de desencanto

Pasada las demás fases, se presenta un desencanto y por lo tanto una depresión. Las personas que prestan más riesgo de sufrir una depresión profunda reúnen la siguientes características:

- tener pocas opciones después de las tres primeras fases
- escasos recursos económicos
- un deficiente estado de salud
- implicarse de manera excesiva en el trabajo que desempeñaron
- dependencia marcada de terceros
- cambio de comunidad, después de haber vivido muchos años en el mismo sitio, etc....

Algunos jubilados permanecen en la fase de desencanto.

5. Fase de reorientación

Los ancianos que superan la etapa anterior, logran desarrollar otras actividades generalmente de tipo social: grupo de ancianos, programas que ofrece la comunidad; en general, con el apoyo de familiares y amigos.

6. Fase de estabilidad

Las actividades se hacen más rutinarias, lo que permite llevar una existencia más tranquila y satisfactoria.

7. Fase de terminación

Puede terminar con una de las siguientes posibilidades:

- muerte
- enfermedad o invalidez.
- pérdida del ingreso económico
- trabajo de tiempo completo, con lo que deja el rol de jubilado

Krassoievitch Miguel 1993:

"..... De acuerdo con Atchley, el cambio iniciado con la jubilación no es tan problemático cuando no requiere de una restructuración de la jerarquía de las metas personales. Otro problema señalado por este autor es el que denomina "negociaciones interpersonales" entre el jubilado y los que lo rodean: el individuo jubilado debe reorganizar su vida, sus actividades y a veces a sus metas y valores, a pesar de la resistencia de las personas cercanas." (11)

La crisis de la jubilación, en caso de no solucionarse de modo positivo, desemboca inevitablemente en dos aspectos más penosos de la vida de los ancianos:

El tedio y la soledad

Una persona que se aburre experimenta en el interior un gran vacío y una tristeza sin objeto aparente, y generalmente el senescente manifiesta: "El tiempo no pasa a prisa o que los días son muy largos".

Para Erikson toda la vida es un movimiento hacia adelante, un proceso de devenir, la ascensión gradual de la personalidad a un estado de ser no alcanzado anteriormente. Erikson denomina al tedio como: despair; ausencia de esperanza; si un anciano vive su vejez como experiencia negativa, es que la experimenta como un período de estancamiento o de regresión. El modo como el anciano expresa su desasosiego toma la forma de queja:

"esto no es vida".

El tedio puede definirse de la siguiente manera:

Un sentimiento de reducción del movimiento del tiempo. En el límite, está la muerte que se percibe como la absoluta detención del movimiento del tiempo. Dicho tedio es causado por la carencia de estímulos adecuados. E. Ramey dice que cuando un cerebro no se encuentra estimulado, realiza cosas extrañas; incluso, a largo plazo, se presentan las alucinaciones, nos dice que uno de los peores castigos que puede infligir a una persona es el confinamiento solitario, por el tedio que ocasiona.

La soledad es considerada como uno de los principales problemas de las vejez.

¿Quién no ha experimentado un cierto sentimiento de culpabilidad al terminar una visita a un pariente o a un conocido anciano; ya que en el momento de dejarlos, tenemos la impresión de que los devolvemos a la soledad?

Hay que considerar al tedio y a la soledad como dos dimensiones íntimamente ligadas en la vida de los ancianos. Para escapar de estos dos; los ancianos no solamente necesitan de realizar actividades; sino que éstas tengan un sentido "Real" para ellos. Poco importa el carácter de las mismas,

esparcimiento o entretenimiento, productividad, voluntariado; esas actividades son verdaderos estímulos para los ancianos en cuanto que signifiquen una forma real de pertenencia social, de participación en la corriente de la vida de un grupo que les resulta propio.

Los mecanismos de defensa que se presentan en la vejez son los siguientes:

En general son frecuentes los mecanismos de defensa, la negación y la fantasía que operan en la reminiscencia y tienen una finalidad adaptativa. Sin embargo, como ocurre en las otras etapas de la vida, dichos mecanismos de defensa, al utilizarse desmesuradamente se tornan francamente patógenos.

Encontramos la negación del envejecimiento en los hombres y mujeres que hacen enormes esfuerzos por mantener una apariencia juvenil por medio de las vestimentas, cirugía plástica, maquillaje, etc..., también encontramos este mecanismo de defensa en los llamados delirios de negación (negar la muerte de un ser querido por ejemplo). La negación y la fantasía se refuerzan de manera recíproca y el resultado conduce a respuestas adaptativas o no adaptativas.

En general, la regresión acompaña la acción de la negación y de la fantasía, pero si prevalece más sobre los otros mecanismos actúan como reforzador del narcisismo; en este caso al individuo se le observa egocéntrico, preocupado por sí mismo y su cuerpo, pero despreocupados por lo que sucede en su entorno o medio ambiente que le rodea. Suelen ser inseguros y demandantes. En algunas ocasiones ante situaciones de stress puede presentar regresiones dramáticas con pautas de conducta muy infantiles, como por ejemplo: llanto, berrinches y la pérdida de los hábitos de alimentación y limpieza.

Krassoevitch indica que el retraimiento (Prefiere emplear este término al de retiro, propuesto por algunos psicoanalistas, aunque retiro se utiliza en un sentido energético de ausencia de catexis, es decir, del retiro de la catexis, anteriormente unida a representaciones u objetos) el anciano se aleja de los demás y se aísla por sufrir sentimientos de vergüenza y de la inadecuación, de

esta forma no se encuentra expuesto a miradas enjuiciadoras y a las críticas de los demás. Dicha actitud autodespreciativa generalmente es propiciada en los demás por conductas y formas de ser más o menos encubiertas y así, parece confirmarse que uno no es digno de estima.

Durante la senectud la racionalización puede presentar dos posibles expresiones:

- 1) Tiene la finalidad de explicarse racionalmente las deficiencias aparecidas en el curso del proceso de envejecimiento.
- 2) Esta parece estar destinada a encubrir y desviar los impulsos y deseos poco aceptables, como los que se derivan de la sexualidad.

La proyección es utilizada por el senescente para liberarse de la angustia que presentan ante sus propias deficiencias. Este hecho es claro en la afirmación, característica en algunos viejos: "Los hombres de ahora no son como los de antes; antes eran mejores más diestros, etc"; dicha afirmación o pensamiento compensa la conclusión inconsciente que subyace: "..... ya no soy él de antes, porque han disminuido mis capacidades y facultades...". En ocasiones el envejecimiento del ser humano ocasiona una acumulación de resentimiento, hostilidad y agresividad hasta límites insoportables, y entonces, estos sentimientos son atribuidos a los demás, desencadenando desconfianza en ciertos casos y verdaderos estados de paranoia en otros. Además la gente joven proyecta en el anciano los temores que tiene acerca de la vejez y la muerte, y los perciben como amenazantes, lo que los conduce, ya sea a rechazarlos o agredirlos. Este hecho, por un lado, complica las cosas y obliga a entender la proyección en el senescente como una resultante de las interacciones generacionales y, por el otro, indica una tendencia a la interpretación, la suspicacia o las ideas paranoides de la población anciana.

Krassoievitch Miguel 1993.

".... Existe una serie de mecanismos que pueden agruparse dentro de los fenómenos obsesivo - compulsivos. En este caso también su utilización durante el envejecimiento indica que se ha recurrido a ellos en épocas anteriores de la vida. Entre estos mecanismos están la formación reactiva o transformación en su contrario de tendencias o sentimientos objetales, y el aislamiento que desconecta este tipo de tendencias o sentimientos del resto de la vida psíquica. La finalidad de ambos es mantener el control sobre impulsos inaceptables, agresivos y sexuales. Las dudas obsesivas, la indecisión y los rituales compulsivos son utilizados con el propósito de detener la acción y de temporizar.

En el viejo todos estos fenómenos obsesivos - compulsivos, a la vez que representan un gasto muy grande de energía psíquica, pueden constituir un último esfuerzo para contrarrestar la decadencia..." (11)

Por último, mencionaremos que las defensas contrafóbicas, son respuestas de evitamiento ante situaciones externas percibidas como peligrosas. En el senescente este tipo de defensas puede ser encubierto por el pretexto racionalizado, como por ejemplo el temor fóbico a salir, que es explicado por dificultades para caminar o en la marcha. Por otra parte, algunos de los temores tienen en algunas ocasiones un fundamento real que no debe interpretarse como fóbico; esto resulta claro en las grandes ciudades en el que el temor es justificado, ya que el salir representa agresión, hostilidad y peligros en la calle, además de un planteamiento urbano en el que la población anciana no ha sido tomada en cuenta.

Las personas actualmente senescentes nacieron en el primer cuarto de este siglo y por lo tanto provienen de familias constituidas en el siglo pasado, cuando prevalecía una moral puritana en la sociedad. De este tipo de moral derivan los conceptos como: "La sexualidad en los ancianos no es posible, ni necesaria y si llegara a ocurrir es un loco o un anormal".

Salvarezza Leopoldo 1990:

"... Esta moral puritana impone al mismo tiempo la prohibición de verbalizar la problemática sexual; lo que implica que la angustia proviene de la conflictiva individual se le suma la imposibilidad de buscar ayuda. No es posible hablar con el cónyuge, con los amigos, ni con los hijos. El sacerdote aconseja la resignación. Sólo queda el médico; pero muchas veces se niega a hablar de la sexualidad de sus pacientes viejos u omite investigarla..." (17)

Es muy posible que el mito de la vejez asexualizada tenga una relación directa, entre otros factores, con la dificultad que existe en la sociedad occidental para considerar a los padres como personas dotadas de sexo y como practicantes de su sexualidad. En las culturas muy influenciadas por la religión católica, como es el caso de México; y sobre todo en el que el culto mariano se encuentra arraigado se produce un fenómeno relacionado con el culto social y la veneración de la figura materna: las madres que prácticamente han procreado sin la intervención del sexo. En estas mujeres, después de la menopausia, tiene que desaparecer toda huella de la sexualidad aún existente, para desaparecer por completo; para ya no caer en pecado y estar preparadas a la hora de la muerte (Cuando Dios las mande llamar).

La condición femenina en los países occidentales en general, se describe difícil, en cuanto a sexo se refiere. Las muestras de deseo sexual y aún las prácticas sexuales, son vistas con cierta simpatía y normalidad en el varón senescente, pero son severamente enjuiciadas por las ancianas.

En la actualidad se sabe que el interés sexual persiste, tanto en hombres y mujeres hasta edades avanzadas, y que es más frecuente la permanencia en los hombres. Podría suceder que la desaparición del interés sexual en algunas mujeres se deba a un mecanismo adaptativo, ante la situación adversa para ejercer su sexualidad. En ellas la presencia de un compañero, aceptado socialmente y activo sexualmente (en general el esposo) es el factor más importante para mantener activa su sexualidad.

La disminución de la capacidad sexual puede ser experimentada o vivida como la amenaza de la pérdida de una función importante o como la amenaza de

perder la posibilidad de tener relaciones de intimidad. En ambos casos la autoestima se encuentra afectada y en un intento por contrarrestar este efecto se recurre a los mecanismos de defensa. Uno de ellos es la negación de la disminución de la capacidad, en el que el sujeto aparece como una persona hipersexual, en ocasiones en forma compulsiva.

Busca entonces con insistencia compañía sexual, suele tener un comportamiento que no corresponde a su edad y se debe enfrentar con gran angustia a sus limitaciones. En un sentido adaptativo, positivo, la negación significa no resignarse y mantener ilusiones y fantasías relacionadas con el sexo, sino que requiere de una adaptación a condiciones nuevas. Otro mecanismo de defensa que aparece es la proyección que se inicia por el temor de perder el amor de su compañero y se traduce en posesividad y celos, con frecuencia muy intensos. Las personas que son muy posesivas y celosas son inseguras y dependientes de un apoyo externo. El temor a fallar, así como la vergüenza y la incomodidad producidas por la contemplación de un cuerpo envejecido, ya sea el de uno u otro, puede llevar a un tercer mecanismo: el distanciamiento, en el que se rehuye la intimidad y se evita el sexo.

Para concluir este capítulo mencionaremos que la inteligencia según Wechsler, disminuye con los años, este descenso comienza a partir de los 26 años. Pero no existen prácticamente indicios de la inteligencia de los ancianos normales y sanos. Lo que verdaderamente desciende es la velocidad, ya que al paso del tiempo se toman las cosas con más calma y responden mal si se les mete prisa.

Comfort Alex 1986:

"... quienes tengan una enfermedad cerebral o de riego sanguíneo del cerebro importante, el "descenso" en la capacidad mental es insignificante. Por decirlo con palabras de Eisdorfer: "La idea de que todos los adultos, por el simple hecho de alcanzar una determinada edad como los sesenta y cinco años, se derrumban pasando a ser personas seniles e incompetentes es ridícula y atemorizante. Aterradora porque las personas mayores, como cualquier otro

grupo que sufre el peso de la discriminación y la privación, aceptan sin más esta evaluación que la sociedad hace de ellas.

Lo que realmente sucede en el envejecimiento psicológico es algo complejo que seguimos sin conocer con exactitud.....

Lo dicho sobre la inteligencia puede aplicarse también al aprendizaje. Las personas mayores, conscientes de lo que representa una ausencia hostil e indoctrinados ellos mismos sobre el deterioro de su propia capacidad, alivian su ansiedad en cualquier tarea de aprendizaje realizándola más cuidadosa y lentamente. En un experimento efectuado en Australia, un grupo de estudiantes de setenta años, carentes de motivación especial, aprendieron alemán exactamente al mismo ritmo y con las mismas puntuaciones que estudiantes de quince años, teniendo idénticas clases y libros " (3)

Al envejecer se facilita de alguna forma el aprendizaje por que se gana experiencia, y esto nos ayuda a organizar nuestras mentes; considerando que a los sesenta años, se dispone de un sistema de archivo y vocabulario bastante sólidos; ya no damos la entrada de la información como unidades separadas, sino como partes de un todo, por lo que se nos facilita de algún modo el aprender. Las personas senescentes, aun siendo capaces de aprender nuevas cosas, se sienten turbadas y llenas de ansiedad debido al miedo al fracaso.

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

CUARTA PARTE

VIII. EL ANCIANO DENTRO DE LA FAMILIA Y SU SEGREGACION POR LA MISMA

La familia es una fuente habitual de ayuda y apoyo para los ancianos por lo menos en tres aspectos:

Krassoievitch Miguel 1993:

- ".... a) Proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o en forma continua.
- b) Provee cuidados, en caso de enfermedad, de manera temporal o permanente.
- c) Brinda estima, afecto y gratificación a la mayoría de las personas añosas " (11)

Dentro de una familia cada miembro que integra a ésta, tiene su contraparte en el papel o papeles de uno o más de los miembros restantes (como por ejemplo: esposo - esposa; padres - hijos, etc.). Cuando la complementariedad entre un papel y su contraparte es adecuada, las relaciones interpersonales suelen ser armoniosas; también lo son cuando existe sintonía entre el rol designado y los sentimientos.

La crisis filial se origina o se produce cuando los hijos adultos se dan cuenta de que sus padres están envejeciendo y serán dependientes de ellos (inversión del rol parental). Dicha perspectiva puede ser conflictiva para algunos hijos adultos que tienen el recuerdo de sus padres como figuras fuertes y poderosas, y sientan la dificultad de asumir a su vez el papel de fuertes.

Para que se pueda producir el cambio antes mencionado; es transformar la relación padre - hijo en una relación de adulto a adulto. En caso que la relación entre los padres e hijos ha sido madura, ésta transición de los roles se harán sin mayores dificultades o problemas. Pero cabe señalar que la capacidad para relacionarse con los propios padres como adulto maduro requiere que los padres vean a los hijos como personas autónomas y poseedoras de su propia identidad, sin la interferencia de residuos conflictivos provenientes del pasado infantil.

Los cambios psicológicos que implican un cambio de papeles forman parte de un proceso evolutivo que se denomina "madurez filial". Es necesario recalcar que en realidad se trata de un cambio de rol y no de una inversión del rol; en este último caso; al tomar los hijos el papel parental, no hacen más que propiciar la infantilización de sus padres y, por ende una mayor dependencia. Las resistencias ante una transformación de roles que implica una madurez filial puede originarse de cualquiera de las dos partes: los hijos pueden insistir en la atribución de un rol omnipotente a los padres e impedirles de esta forma cierto grado de regresión y dependencia; los padres, a su vez, pueden aferrarse a los roles del pasado y negarse a cambiar su autopercepción, por ejemplo de figura de autoridad, por otra más real y actualizada.

Cuando un matrimonio llega a la vejez, una de las tareas importantes de esta pareja es la preservación de la integridad de la relación conyugal, que incluye el redescubrimiento del compañero, en ausencia de los hijos. El equilibrio conyugal se ve amenazado por los sucesos de la jubilación, la enfermedad y la perspectiva de la enfermedad de uno de los cónyuges.

Krassoiveitch Miguel menciona que durante la fase posjubilatoria, las relaciones verticales (padre - hijos) cobran una gran importancia ya que las relaciones con su cónyuge se encuentran aisladas. Estas están tan ocupadas con sus nietos y mantienen contacto frecuente con las hijas. Los hijos visitan a sus madres, pero con cierta frecuencia lo hacen solos. En cambio el anciano se encuentra alejado de sus compañeros, sobre todo después de la jubilación; lo que por lo tanto también de su esposa porque ésta ha adquirido cierta independencia. Si la mujer senescente enferma es atendida, en primer lugar por una hija, después

por otros familiares femeninos y por último el esposo. Pero en el caso de que el esposo enferme, primero lo atiende la esposa, en segundo lugar familiares femeninos y por último una hija. Esto puede deberse a que generalmente la mujer que tiene hijos se encuentra más en contacto con ellos que el padre; ya que este se encuentra trabajando por lo general todo el día; esto ocurre mucho en nuestro país, el cuidado de los hijos se relega a la mujer y por lo tanto cuando llegan a perder a la esposa, éstos se encuentran más aislados, y las condiciones de stress son tales que la duración de su vida puede acortarse en forma dramática.

Generalmente existen pautas conflictivas de todo el grupo familiar, iniciadas mucho tiempo atrás. Tal es el caso de las conductas de evitación para la percepción, advertencia y confrontación de diferentes problemas dentro de la familia, como por ejemplo los cambios referentes al ejercicio de la autoridad o a la autonomía de los miembros ancianos. Cuando esto sucede, el senescente sufre una carga pesada porque se encuentra forzado a desempeñar un papel que no quiere o no puede asumir.

Otras veces la evitación se hace respecto a las responsabilidades que corresponden a los hijos del anciano.

Cuando los conflictos recientes o agudos desencadenados por el envejecimiento y que se centran en el miembro anciano; éste último puede adoptar una conducta regresiva en la que requiere ayuda y asistencia casi en forma permanente, con la consiguiente carga para el resto de la familia. Al mismo tiempo, el senescente suele sentirse disgustado y culpable por su dependencia y se torna hostil al entorno o medio ambiente que le rodea. Pero en ocasiones esa hostilidad se revierte contra sí mismo y entra en depresión, pasando así del conflicto interpersonal al intrapsíquico. No es raro que dicha depresión pase inadvertida dentro del grupo familiar, lo que representa una situación muy seria por el alto riesgo de suicidio en la depresión de los ancianos.

La persona anciana no tiene un papel social definido dentro de la familia, colaboran de cierta manera a la crianza de los nietos, ayudan en las labores domésticas, transmiten cultura, etc..., pero no se encuentra definido claramente el

papel a desarrollar. Sin embargo el rol psicológico está implícitamente definido en cada grupo familiar.

La familia es una estructura social básica en la que hay un interjuego de roles; pero si se incluye a un miembro senescente (Para formar una familia de tres generaciones) se le dificulta la asignación del papel que éste va a tener.

Dentro de la familia existen dos tipos:

- a) La familia que incluye a un miembro anciano
- b) La familia que segrega a un anciano

La familia que incluye a un miembro anciano

Las familias que actúan bajo este estilo de inclusión, en general el padre o los padres han vivido juntos con los hijos y nietos, se les asigna el rol de autoridad, consejero, guía de la familia, así como la persona encargada de la transmisión de las tradiciones y cultura.

Estas familias generalmente les transmiten a los ancianos mensajes positivos como son: eres alguien, existes, eres importante, útil, etc..., no hacen al anciano dependiente de la familia. En caso de que el senescente enferme y requiera de los cuidados de los hijos, éstos buscarán atenderlos en su hogar; en caso de no poder atenderlos en su hogar, tratarán de que el anciano tenga una estancia corta en algún hospital o contratarán los servicios de una enfermera o una gericultista.

Cualquier decisión a tomar se le tomará en cuenta la propia decisión del anciano por muy enfermos o impedidos que se encuentren y se buscará la solución adecuada.

Existen casos en los cuales a pesar de vivir en otro lugar los ancianos (en su casa propia y no en la de los hijos); existe una verdadera comunicación y

convivencia de ambas partes; en caso de enfermedad será atendido por los hijos y no se le impedirá conservar su independencia, y autonomía. La gran mayoría de éste tipo de ancianos, acude a clubs de la tercera edad, actividades de tipo social, talleres de manualidades, etc..., pero sin descuidar el contacto con sus familiares.

Es posible que Comfort tiene razón cuando afirma que las personas senescentes no sólo necesitan de la familia, sino también de los amigos.

Comfort Alex 1986:

"..... Hoy día las personas, sea cual sea su edad, parecen estar atravesando un proceso de cambio que va de una forma de vinculación social basada en el parentesco a otra fundada en la amistad. La consumación ideal de este proceso - contemplado ya por Tolstoy, Thoreau, los primeros cristianos y los hippies se resume en la máxima "todos los seres humanos son hermanos"....."(3)

Ursula Leher 1988:

"..... Cuanto más amigos tiene la persona de edad avanzada, menos depende de la familia en cuanto al apoyo emocional. Cuanto mayor es la pérdida de roles (sociales) por parte de la persona anciana, tanto mayor es su dependencia de la familia en cuanto a los recursos afectivos...." (13)

La familia que segrega a un anciano

Cuando la persona como parte del proceso de envejecimiento ha enfermado o requiere de cuidados especiales que no se puede proporcionar la misma persona, se ve en la imperiosa necesidad de acudir a su familia (hijos) después de no haber existido una buena convivencia.

La actitud de la familia dependerá de diversos factores, como por ejemplo: la maduración de sus relaciones, estructura, y la ausencia o presencia de salud.

Las familias que segregan o expulsan a una persona anciana, se caracterizan por excluir a alguno de los miembros, el cual será seleccionado inconscientemente para cargar la enfermedad de todos los miembros de ésta... Dicho movimiento se lleva a cabo porque se busca el equilibrio que se va perdiendo, amenazando la desintegración de ésta.

Gamietea Dominguez Carmen 1987:

"..... Liendo (1965), refiere que hay un pacto entre los miembros de la familia, como si dijeran: - a que todos estén enfermos, mejor uno solo - y es uno el que tendrá que cargar con ese desequilibrio para preservar a su grupo en complicidad con éste, y así cargará con el rol de enfermo....." (8)

Las tensiones familiares serán depositadas en este miembro e irán en aumento, hasta que la propia familia en un proceso de autoconservación se automutilará; dicha acción la realizará segregando al miembro de la familia al cual se le depositaron las tensiones familiares (Persona anciana).

Generalmente las personas ancianas que fueron segregadas por sus familias; en su niñez y adolescencia vivieron en un grupo familiar el modelo de segregación y se reactivaron de adulto, con sus propios hijos, mismos que continuarán con ésta cadena.

Esto último nos ayuda a comprender y entender el porqué ocurre el maltrato y abandono de los padres ancianos; ya que los hijos vivieron y experimentaron de manera pasiva la desatención, las incongruencias, los dobles mensajes, los golpes, etc...., en general lo harán activamente con sus hijos y con sus padres, cuando éstos se encuentren ancianos e incapacitados para poder resolver sus necesidades. Esto es frecuente en la mayoría de las familias, aunque existen casos totalmente contrarios. Es común encontrar a un anciano dentro de

la familia segregado; ya que no se le permite participar de las actividades que realiza la familia, su opinión no se toma en cuenta, no existe paciencia para entenderlo y ayudarlo a comprender los cambios anatómicos y fisiológicos por los cuales atraviesa, para poder ajustarse a dichos cambios. También existen cambios psicológicos y socioeconómicos; necesita apoyarse en la familia para poder salir adelante ante estos cambios (dentro de los cambios psicológicos, como anteriormente se revisó existen tres crisis importantes a resolver dentro de la vejez).

Las familias que segregan a los miembros, depositan en alguno de los hijos las ansiedades y las tensiones del grupo, pero ahora serán depositadas en el anciano como relevo para contener el equilibrio familiar.

Garnitea Dominguez Carmen 1987:

"..... antes de enloquecer a un miembro joven que tiene toda la vida por delante, mejor el anciano que no tardará en morirse....." (8)

En el senescente se proyectarán las repugnancias, todo lo negativo de los demás miembros de la familia. Se le marginará; aludiendo que no se puede contar con él, porque no toma correctamente los recados del teléfono o no hace muy bien las cosas, se tarda mucho tiempo para llevar a cabo lo que se le pide que realice; aludiendo un sin fin de quejas y reproches. Esto lo harán porque así los propios padres lo hicieron con ellos: vivieron la ley del más fuerte. En este tipo de familias la indefensión es utilizada o aprovechada para que uno sólo cargue con las carencias y conflictos de los demás.

El grado mayor de segregación es cuando se expulsa al anciano fuera de la casa y es recluso en alguna Institución (Asilo) a esto se le denomina automutilación del grupo.

Existen unos 150 asilos en el país; la mayoría se encuentra en la Ciudad de México, 17 en el estado de Jalisco, 12 en Guanajuato y 10 en Michoacán. En

los demás estados se calcula que están habitados de uno a cuatro asilos por entidad.

En nuestro medio existen tres tipos de Instituciones: las del estado, religiosas y particulares; como en cada uno de los tres tipos de políticas para recaudar fondos son diferentes, el ingreso a cualquiera de ellas está determinado por factores económicos.

En un trabajo de Contreras de Lehr en 1987 se traza un perfil de los residentes de la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet", en la que la mayoría de las mujeres se desempeñó como sirvienta; en tanto que los hombres el 50% no tiene ingresos, 30% reciben ayuda económica de familiares y el otro 20% restante son jubilados. Generalmente los residentes no tienen relación con su familia, y los que si la tienen, rehúsan el contacto con ella porque se sienten rechazados. Una gran parte de la población residente no tiene amigos ni dentro de la Institución ni fuera de ella.

Meza menciona que, la mayoría de los ancianos que son reclusos en los asilos en México, viven en confinamiento debido a que los familiares los consideran un estorbo en el marco de la vida familiar, y en ocasiones también se agregan las razones de tipo económico. Las justificaciones que dan los familiares en general para la reclusión de los ancianos son: evitar caídas, que se pierdan, anden vagando y estén expuestos a algún accidente, mantenerlos en condiciones de limpieza y de comodidad, protegerlos de los cambios bruscos de temperatura, etc...

Krassoievitch Miguel 1993:

".... Sucede a menudo que la nuera, el yerno o los nietos no toleran la presencia del anciano dentro del espacio exiguo de las viviendas urbanas. Se generan entonces tensiones y conflictos en el núcleo familiar que culminan con el confinamiento del viejo. En este sentido es importante recalcar, junto con Fuentes Aguilar, que quizá el confinamiento más frecuente y más extremo es el que sufre el viejo en su propio hogar, en el seno de la familia...." (11)

La mayoría de los ancianos que sienten el confinamiento dentro de su familia, toman la decisión de recluírse en forma "Voluntaria" dentro de alguna Institución. Pero la mayoría de las personas senescentes, en realidad preferirían otro tipo de vida que la de asilado.

En muchos casos, el motivo por el cual acuden al asilo es la falta de alojamiento adecuado y de un subsidio para sus necesidades básicas. Por último algunos ancianos necesitan cierta asistencia médica.

Desde el punto de vista de su diseño arquitectónico, los asilos son parecidos unos a otros, y sus características principales son la incomunicación tanto con el exterior como dentro de la institución. En las instituciones estatales, estos hechos están agravados por espacios enormes, pasillos interminables, dormitorios comunes, sin ninguna posibilidad de intimidad; los lugares de reunión son habitualmente el comedor, sala de televisión, y los talleres de manualidades si es que cuenta la institución con ellos; en los que se observan pequeñas interacciones entre los residentes, como por ejemplo salvo las destinadas a presentar su lugar o la visibilidad de la pantalla.

La mortalidad es más elevada en el asilo que en la comunidad en la que vivimos. Krassoievitch opina que la elevada mortalidad de los ancianos puede ser por vivir en un ambiente deletéreo (mortífero, venenoso) es la causa más importante de este fenómeno.

Los internos en un asilo muestran siempre un comportamiento regresivo, se manifiesta por la exageración de las conductas de sumisión, de las limitaciones psíquicas y físicas y de la pasividad. En las relaciones interpersonales prevalecen la desconfianza y la hostilidad; la depresión y las ideas paranoides son muy frecuentes. Dentro de las Instituciones religiosas, no se permite la convivencia entre hombres y mujeres y mucho menos cualquier intento de acercamiento erótico o sexual, y no es excepcional que los cónyuges sean separados a su ingreso.

Sobre un fondo de apatía, inactividad y monotonía, los únicos sucesos relevantes dentro de los asilos son las comidas en días festivos, las salidas al

médico (fuera de las instituciones), las salidas con los familiares si es que las hay, y la muerte de algún asilado.

La mayoría de los internos de los asilos reconocen que su opinión no tuvo mucho peso en la decisión para ingresar al asilo y que han sido inducidos o forzados a ello. La mayoría se queja de lo poco estimulante del ambiente, mala calidad de la comida, falta de intimidad y libertad.

Afirman los ancianos que antes de que se tomara la decisión de ingresar al asilo, nunca lo habían pensado.

Dentro de los asilos se encuentran a los ancianos: agresivos, irritables y poco comunicativos; generalmente piensan que: No son nada y para que seguir viviendo, aburrimiento y frustración, etc...

Es un hecho que las Instituciones para los ancianos, donde las oportunidades para el compromiso en actividades creativas son recibidas por los residentes con entusiasmo; pero requieren de estímulos adecuados para ser puestos en marcha. Sin embargo, la mayoría de estas instituciones ofrecen un aspecto lamentable porque en ellas el ambiente físico y social está a tal grado empobrecido por la falta de estímulos, incentivos y gratificaciones, que genera dependencia, apatía y muchos estados de depresión como anteriormente se mencionó.

Además se necesita que el personal que labore con los ancianos esté familiarizado con éste tema; y si es posible que reciba una preparación especial para tratar con estas personas; ya que generalmente se maltrata a los internos, y dicho personal saca provecho de ellos y comete hurtos, cuando la ocasión se presenta.

QUINTA PARTE

IX. LA SITUACION DEL ANCIANO EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA

Se puede decir que existen tres tipos de edades del ser humano:

- a) La edad biológica. esperanza de vida
- b) La edad psicológica las capacidades del individuo para una conducta adaptativa
- c) La edad social. roles o papeles que una persona tiene, en relación a las expectativas de su entorno social para con los miembros de su grupo.

Comfort, menciona que los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son un producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez.

En el tiempo de las sociedades prehispánicas de América, por ejemplo los aztecas: el individuo que había logrado sobrevivir a las guerras, enfermedades, los desafíos que se le presentaban, etc..., y que llegaban a una edad avanzada formaban parte del consejo de ancianos Calpulli o barrio y desempeñaban un papel importante en la vida familiar y política pudiendo disfrutar los últimos años de vida apacible y llena de honores.

Dicho trato preferencial hacia los ancianos ha sido descrito en general por las sociedades caracterizadas por un escaso desarrollo tecnológico, y los conocimientos adquiridos por los senescentes son altamente valorizados por dos razones:

- 1) con base en su experiencia vivida, sólo el anciano posee ciertas experiencias que son transmitidas por vía oral.
- 2) en un sistema que evoluciona y cambia lentamente, la experiencia del anciano es valdadera para la nueva generación, ya que ésta vive prácticamente bajo las mismas circunstancias que las generaciones anteriores.

En las sociedades tanto culturalmente y tecnológicamente más evolucionadas, como por ejemplo las occidentales, donde hallamos también dos factores por la que se desvalorizan las experiencias de los ancianos:

- 1) los sistemas sociales y tecnológicos de cambio rápido, evolución constante y veloz, las experiencias acumuladas por el anciano proporcionan menos soluciones aplicables a problemas y situaciones.
- 2) la capacidad de transmitir los conocimientos por otros medios como son los ingresos, audiovisuales y electrónicos no requieren de la presencia del anciano.

Dentro de estas sociedades la valoración de los senescentes está determinada por la posibilidad de transmitir a la otra generación los bienes materiales que haya adquirido a lo largo de la vida, pero dicha transmisión de los bienes ocurre hasta la muerte de la persona, lo que acentúa la desvalorización de éste mientras vive.

En el pasado las familias eran grandes, existía una numerosa prole y convivencias de diferentes generaciones, pero actualmente la familia se ha vuelto nuclear, es decir una familia aislada, y con un escaso número de hijos; anteriormente el anciano contribuía en la crianza de los nietos; actualmente dicha función se ha perdido, siendo remplazados por las instituciones como son las estancias infantiles, guarderías, escuelas, etc..

Dicho suceso da como resultado la creación de numerosas Instituciones para el cuidado de los senescentes, que por ello mismo cumplen la función necesaria pero que a la vez no dejan de ser lugares de confinamiento.

Por lo tanto la persona anciana tiene el desafío:

- a) lograr un proceso de actualización, es decir, mantenerse cognoscitivamente sintonizado con su ambiente.
- b) un proceso de adecuación mediante el cual acepta y elabora los cambios que suceden en su entorno (y en sí mismo, desde luego).
- c) lograr la actuación, en tanto inserción operativa en su medio.

La valoración que se le daba a los ancianos en las épocas pasadas, actualmente no ocurre, ya que a la vez se le conoce con conceptos erróneos, prejuicios y creencias, que hacen ver a ésta como algo terrible.

En México, la atención que se otorga a los ancianos ocupa un lugar marginal, sobre todo porque ya no son capaces de producir.

En los centros urbanos los viejos aparecen como ignorantes y tontos. Cowgill estudió los efectos de la modernización sobre las condiciones sociales de la población senescente. Encontró cuatro tendencias que contribuyen a la inferioridad social del anciano.

Krassoievitch 1993:

- "..... 1) el progreso de la tecnología sanitaria, que aumenta la longevidad, produce un envejecimiento de la población y favorece la competitividad intergeneracional en favor de los jóvenes.

- 2) los avances de la tecnología económica, que hacen que los ancianos sean desplazados por los jóvenes y que los puestos que ocupan aquéllos los supriman en favor de las nuevas profesiones y especialidades que éstos dominan.
- 3) la urbanización que aumenta la migración y la movilidad de jóvenes y, por consiguiente, el alejamiento con respecto a los familiares ancianos.
- 4) los niveles de instrucción cada vez mejores, que hacen con frecuencia la escolaridad de los hijos sea mayor que la de los padres....."(11)

X. TEORÍAS SOCIOCULTURALES SOBRE LA VEJEZ

Encontramos 5 teorías socioculturales del envejecimiento:

a) *Desvinculación*

Este es un proceso que se produce durante el transcurso del envejecimiento, en el cual el individuo y la sociedad se alejan uno de la otra; ya que el anciano se siente menos involucrado con respecto a los demás y por lo tanto trae como consecuencia que sus relaciones sociales disminuyen, existe un decremento de los papeles o roles que habían asumido anteriormente y finalmente existe una preocupación mayor por sí mismo que en épocas previas de la vida.

Cumming y Henry sostienen que la desvinculación constituye una tendencia presente en todos los ancianos y que cumple una función adaptativa, ya que se correlaciona con una sensación de bienestar o de "satisfacción de la vida". De esta forma se establecerá un nuevo equilibrio caracterizado por una mayor distancia entre el individuo y la sociedad.

Ragan y Wales, mencionan que la teoría de la desvinculación sería una suerte de racionalización social que provee una explicación para la situación de los ancianos: éstos se desvinculan de sus roles previos porque ello es necesario para la sociedad y benéfico para ellos mismos. La desvinculación correspondería, entonces, más a una percepción deformada de la vejez, por parte de las generaciones jóvenes, que a una situación real o deseada por los ancianos.

Salvarezza, prefiere utilizar el término de desapego al de la desvinculación, y se opone a lo que opinan Cumming y Henry; ya que considera al desapego y el aislamiento como consecuencia de la desvinculación, de ninguna manera puede ser vistos como procesos intrínsecos y deseados por el ser humano; ya que el hombre aislado es un problema y no un ideal.

Sabemos que la queja mayor que manifiestan los ancianos es la pérdida de los roles sociales. Dentro de dicha teoría trae consigo tres consecuencias:

- 1) se produce una resignación de los ancianos, ante una pérdida o limitación de los papeles asumidos a lo largo de la vida.
- 2) la pérdida de los papeles no sólo significa el liberarse de actividades y responsabilidades, sino que implica además de estar disponible para otras actividades adquirir nuevas responsabilidades.
- 3) La desvinculación debe ser una elección de uno mismo, con el propósito de encontrarse a sí mismo, por medio de la introspección y la reminiscencia y la toma de conciencia de la situación presente. Es decir una preocupación mayor por sí mismo.

b) Actividad

Esta teoría tuvo como finalidad contrarrestar la ideología creada por Cumming y Henry con el concepto de desvinculación.

El valor de la teoría reside en la premisa:

"..... Las personas senescentes deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible y cuando ciertas actividades ya no son posibles de realizar debido al deterioro físico o alguna otra causa, deben buscarse los sustitutos correspondientes...."

Los individuos sanos que durante la vejez se mantienen activos y buscan la exposición de diversos estímulos; generalmente tratan de mantenerse de ésta forma debido a que se sienten más satisfechos de su existencia.

En la actualidad, es bien conocido los efectos negativos que produce la población anciana un medio carente de estímulos adecuados para ellos: irritabilidad, aburrimiento, frustración, etc...

En nuestra sociedad en la que el individuo desempeña un determinado rol; y que durante la vejez se pierde o se torna confuso; las metas y la identidad se ven seriamente afectadas y se presenta un estado denominado anomia (un caso extremo de anomia es el confinamiento de los ancianos en una institución, que es comparable a la muerte social del individuo). Sino se presenta nuevos papeles para sustituir a los anteriores, ésta lleva a la desadaptación y a la enajenación.

La anomia se estudia en dos perspectivas:

- 1) sociológica.- consiste en la carencia de normas, de valores y de fuerzas reguladoras, con las que la sociedad habitualmente toma decisiones o hace evaluaciones sobre su estado.
- 2) psicológica.- en este caso la anomia se expresa por un sentimiento de falta de metas, ansiedad y soledad.

En los ancianos como se ha venido mencionando, que han perdido su rol y el status social debido a la jubilación, viudez, etc..., el estado de anomia además

de presentar los síntomas anteriormente mencionados, presenta rumiaciones nostálgicas referidas al pasado, apatía y rechazo al compromiso de nuevas interacciones sociales.

El concepto de enajenación ha sido descrito claramente por Erich Fromm y la define como una experiencia que la persona siente de sí misma, como algo extraña, no tiene contacto consigo misma, de igual forma que no lo tiene con ninguna otra persona, ni con el mundo exterior en general. El hombre enajenado no se siente así mismo como portador activo de sus propias capacidades y riquezas, sino como una cosa empobrecida que depende de poderes exteriores a él y en los que ha proyectado su sustancia vital.

Erich Fromm 1987:

"..... Entendemos por enajenación un modo de experiencia en que la persona se siente a sí misma como un extraño. Podría decirse que ha sido enajenado de sí mismo. No se siente a sí mismo como centro de su mundo, como creador de sus propios actos, sino que sus actos y las consecuencias de ellos se han convertido en amos suyos, a los cuales obedece y a los cuales quizás hasta adora. La persona enajenada no tiene contacto consigo misma, lo mismo que no lo tiene con ninguna otra persona. El, como todos los demás, se siente como se sienten las cosas, con los sentidos y con el sentido común, pero al mismo tiempo sin relacionarse productivamente consigo mismo y con el mundo exterior...." (7)

c) Tiempo Social

Este consiste en un sistema de regulación social conformado por las expectativas sobre los comportamientos apropiados de cada edad. De este modo existe tiempo para casarse, para tener hijos, para ser abuelo, para jubilarse, etc..., y el individuo siempre se encuentra dentro del tiempo social asignado o fuera de él.

Algunos autores señalan al tiempo social como timing; en el cual no solo es la actividad que realiza el hombre como anteriormente se mencionó, sino también influye la vestimenta, las amistades y la conducta sexual que indican si el individuo actúa de acuerdo con su edad.

Salvarezza opina que el timing es de suma importancia para mantener la autoestima, y sobre todo en las personas que están haciendo el balance de su vida.

Por ejemplo cuando en una persona anciana se presenta una jubilación muy precoz en relación a su grupo etario; inicio de una carrera, un idilio o un casamiento, porque están reñidas con las normas prescritas por el tiempo social. Este desfase coloca al anciano en una posición desviada con respecto a las personas de la misma edad. Por este motivo, las consecuencias pueden ser negativas al relacionar su vida y su autoestima. Pero también es cierto que muchos de los casos de conformismo ante las normas prescritas por el tiempo social es una manera de inhibir el propio desarrollo y bienestar individual.

La principal meta del hombre es el desarrollo personal y la búsqueda de la satisfacción de vivir, a pesar de las críticas del entorno.

d) Estratificación por edades

Significa, que la distribución de los recursos materiales, el poder y el prestigio se hacen en forma diferente de acuerdo con la edad.

La existencia de estratos definidos por la edad es fácil de demostrar por la agrupación natural en niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos maduros y ancianos.

La estratificación por edades la denominan algunos autores estratificación etaria; ésta debe ser claramente diferenciada de la edad cronológica que muestra una progresión lineal del nacimiento a la muerte, con un aumento

numérico en unidades de tiempo. Este no es el caso de la estratificación etaria que estudia la distribución de los recursos, roles y responsabilidades en función de la edad.

A continuación revisaremos en forma breve cuáles son los rasgos distintivos del estrato de los ancianos en la sociedad contemporánea:

Roles. - el rasgo relevante se refiere a un cambio en el rol laboral, es decir, el paso de ser trabajador a ser jubilado. De dicho cambio derivan otros que son característicos de este grupo, como los que afectan, por ejemplo, el ingreso y el prestigio. Dado que el papel del jubilado no se encuentra bien definido, tampoco lo están las expectativas y prerrogativas correspondientes, e incluso podría ponerse en duda su carácter de rol.

Ingreso. - la distribución corre paralela a la asignación del rol laboral y es observable un decremento importante en el ingreso de la persona después de la jubilación. Aun cuando las personas continúan trabajando también se observa dicho decremento en su ingreso, dicho suceso es porque existe cierta declinación en la habilidad laboral en algunos ancianos.

Atención a la salud. - En esta rúbrica, el grupo de personas pertenecientes al estrato de la ancianidad estaría favorecida porque buena parte de los recursos para la salud se encuentra dirigida a él. Este hecho parece resultar de una necesidad mayor de los viejos de recurrir a los servicios de salud y de la disminución de sus ingresos.

Tiempo. - Esto es que los ancianos se encuentran en ventajas con respecto a los jóvenes y a los adultos, ya que disponen de mucho tiempo libre. Sin embargo, el problema reside en la ocupación de dicho tiempo, que pierde su valor como oportunidad de esparcimiento cuando no existen otras actividades.

Poder político. - Una de las observaciones importantes dentro de este punto; es que la mayoría de las personas de 65 años en adelante acuden a votar

más asiduamente que los jóvenes, así como es frecuente que el poder político reside en individuos ancianos.

Responsabilidades. Se asigna más al estrato de la edad madura que al de la vejez, como por ejemplo es el caso de los impuestos, para los adultos existe una mayor carga en cambio para los senescentes es una disminución o exención de los mismos.

Prestigio. Generalmente el status de los ancianos se encuentra devaluado, debido en gran parte a su situación de desventaja en el área laboral y económica. Pero es un hecho que también en la sociedad existe una imagen negativa de los ancianos, imagen compartida y habitualmente adoptada por estos mismos.

Instituciones sociales que sostienen la estratificación etaria. Las instituciones sociales más importantes se encuentran representadas por la familia, la religión y los sectores educativo, económico y político. Una de las instituciones que se ha creado o desarrollado en el transcurso del presente siglo es la jubilación, con leyes y reglamentos que derivan de éste. En muchas partes se ha institucionalizado además de una serie de leyes y prescripciones que comprenden el estrato de la vejez; como por ejemplo: la exención de algunos impuestos y los descuentos para espectáculos, transportes, etc...

Creencias relacionadas con la estratificación etaria. Tiene la función de explicar y justificar la desigualdad en la distribución de los recursos y responsabilidades. De esta forma, los ingresos reducidos de los jubilados se apoyan en la creencia de que son suficientes para sus gastos de alojamiento, transporte, esparcimiento, etc...

Movilidad dentro de los estratos. Implica el cambio de un estrato a otro y se encuentra delimitado por el inicio y la terminación de los roles correspondientes.

El problema central del paso hacia la senectud es que para ello requiere adoptar normas, valores y un estilo de vida que socialmente son considerados inferiores a los que tenían con anterioridad y que tuvieron que ser abandonados. Es decir, la entrada a la etapa de la senectud con lleva el paso a un status devaluado o inferior; no es raro que por este motivo la autoestima sufra un efecto negativo.

La teoría de la desvinculación sustenta a la estratificación por edades.

e) Brecha generacional de Margaret Mead.

Mead empezó a desarrollar su teoría cultural a principios de los años setenta y al final de la misma década, realizó una distinción entre las culturas en las que los cambios son tan lentos que las adquisiciones que tendrán los niños están prácticamente definidas desde el nacimiento, y las culturas en la que los cambios son rápidos que los jóvenes y adultos aprenden más que las personas mayores (padres). Un tercer tipo de cultura es la que se ha iniciado en nuestra época, en la cuál los adultos deben aceptar que la experiencia de sus hijos es diferente de la que ellos han tenido; por lo tanto se clasifican de la siguiente manera:

1) Culturas posfigurativas.

Este tipo de culturas son aquellas en las que los cambios son lentos e imperceptibles que los abuelos o personas ancianas no pueden concebir un futuro diferente de su propio pasado. El pasado de los adultos es el porvenir de cada nueva generación. Los valores y conocimientos son inmutables y transmitidos a los hijos por la acción de los padres y los abuelos. Estas culturas fueron características durante épocas pasadas, como por ejemplo cuando existieron las culturas mayas, aztecas, etc.... en el México prehispánico.

Dentro de este tipo de culturas los ancianos son considerados poderosos, portadores de las normas culturales y del estilo de vida y representan el modelo que van a seguir los más jóvenes.

En el continente Americano, este tipo de cultura no ha desaparecido totalmente; ya que ésta se presenta en zonas semirurales y rurales. La transmisión de las costumbres ancestrales por los senescentes permite que los grupos de la cultura posfigurativa tenga una gran coherencia interna que se traduce en una fuerte oposición al cambio y al desarrollo.

2) Culturas configurativas.

En ellas, el modelo social que prevalece es el comportamiento de los pares. Son pocas las sociedades en las que la configuración es la única forma de transmisión cultural, y no se conoce ninguna que la haya conservado como único modelo a través de las generaciones.

Krassoievitch Miguel 1993:

"..... En todas las culturas configurativas los mayores siguen detectando el poder y ocupan una posición de dominio sobre los demás en la medida en que fijan el estilo y estipulan los límites dentro de los cuales la configuración se expresa en el comportamiento de los jóvenes. En algunas sociedades, la aceptación de comportamientos nuevos requiere la sanción de los mayores. No obstante, la experiencia de la joven generación es rápidamente distinta a la de sus padres, abuelos y otros miembros mayores de la comunidad inmediata. Como los progenitores ya no pueden proporcionar modelos vivos apropiados para su época, los jóvenes deben desarrollar nuevos estilos fundados sobre su propia experiencia que a su vez son retroalimentados por los compañeros de la misma edad.

La configuración surge de una ruptura con el sistema posfigurativo, la cual puede producirse de diversas maneras: después de una catástrofe que diezma a

toda la población, pero sobre todo a los ancianos, esenciales para la conducción de la sociedad de tecnología las cuales los ancianos no son competentes...." (11)

El prototipo de dicha cultura, corresponde a la familia urbana contemporánea, pero sobre todo en las sociedades industrializadas, en cuya organización de la familia es de tipo nuclear, en las cuales los abuelos han sido excluidos y con frecuencia son segregados (son puestos en algún tipo de institución o Asilo para su cuidado). La ausencia de los ancianos (abuelos) propicia que los jóvenes desprecien las pautas adultas o que adopten una actitud indiferente hacia los senescentes.

De esta manera se instituye una configuración en la que los modelos son propiciados por personas que sólo tiene unos años más que quienes adoptan tales modelos.

3) Cultura prefigurativa

Puede ser definitiva como la cultura universal del futuro, cuyas primeras manifestaciones ya se han iniciado. En ella, el camino del aprendizaje se invierte, siendo los adultos y los ancianos quienes aprenden de los jóvenes; estos adoptan una nueva autoridad mediante la captación prefigurativa de un mundo futuro desconcertante e impredecible en el que es imposible que los padres mantengan el papel de la autoridad.

En la cultura prefigurativa, las personas mayores todavía tienen las riendas del poder y del mando, en lo que refiere a los recursos y técnicas indispensables para el mantenimiento y la organización de la sociedad. Ejercen control sobre los sistemas de educación de los jóvenes.

En el pasado las personas ancianas sabían más de lo que sus hijos o jóvenes, porque habían crecido dentro de su sistema Cultural. Hoy en día no sólo los padres ya no son guías, sino que estos ya no existen, ni en el país ni fuera de él.

Dentro de ésta sociedad no se conoce, por definición, su futuro, lo que produce en sus miembros desconcierto y angustia. La situación de los ancianos en ésta sociedad es pesimista, se encuentran irritables por haber sido abandonados y se encuentran dispuestos a rechazar a los jóvenes de quienes no aceptan lenguaje, música, conducta, moral, etc... Los ancianos temen salir a la calle, por miedo a ser agredidos y permanecen en las casas donde la televisión les presenta toda clase de crímenes, etc...

Salvarezza observó este conflicto intergeneracional en algunas familias. Por ejemplo, una familia de tipo posfigurativo o tradicional se encuentra en conflicto; éste se inicia cuando se alteran los roles preestablecidos; dichos cambios los intentan realizar los jóvenes pertenecientes a esa familia; influenciados por los sistemas masivos de comunicación y por los elementos configurativos que se encuentran representados por otros jóvenes. Además este autor comenta que se registran como peligrosas las transgresiones que provienen de las personas ancianas, intenta casarse e incorporar así a un nuevo miembro extraño al grupo familiar.

SEXTA PARTE

XI. EL DESAFIO DE SEGUIR VIVIENDO

Considerando que la niñez y la adolescencia son un desafío, no debemos olvidar que existe otro; igual de importante que los ya antes mencionados y es el llegar a la última etapa del ciclo vital (Vejez), puesto que se presentan retos a desafiar; el seguir viviendo y enfrentarse a ésta etapa es difícil ya que hay que resolver varias crisis y aceptar los cambios que ocurren dentro de ésta.

Dentro de la última etapa del desarrollo humano también estas personas se deben proponer metas que cumplir y tratar de que no sean imposibles o inalcanzables ya que hay que observar las limitaciones que se presentan.

Se tiene que cambiar de pensamiento, es decir debemos aprender a ver lo que podemos realizar y lo que no podemos llevar a cabo, hay que aceptar las pérdidas que sufrimos y un sin fin de cosas durante la senectud; se dice que es un arte el ser viejo, en gran parte esto puede ser cierto, ya que no es fácil aceptar ser una persona de edad avanzada. Deseamos vivir mucho tiempo pero no queremos llegar a ser viejos; porque en la actualidad, como ya se ha mencionado en los capítulos anteriores la vejez es considerada como: estado miserable, despreciable, símbolo de decadencia, inutilidad, pobreza, lástima, etc.

Muchas personas hacen bromas y se muestran inquietos respecto a "el paso de los años" o tratan de esconder las señales del envejecimiento.

A lo largo de la vida la gente desea ganar su propio respeto, así como él de las demás personas que lo rodean, quieren ser útiles, ser capaces de disfrutar nuevos placeres, aceptar nuevos retos; ser parte del presente y del futuro, así como también del pasado. Quieren desarrollar su potencialidad sobreponiéndose a las necesidades físicas y a la ansiedad y tensión excesivas; pero todo esto será

posible si psicológicamente nos encontramos bien y tratamos de mantener este pensamiento a lo largo de toda la vida.

Durante muchos siglos, en diversas partes del mundo, las personas ancianas eran las encargadas de transmitir la historia, los valores y la cultura. Sin dicha tradición cada una de las generaciones hubiera encontrado grandes obstáculos y hubiera intentado crear su mundo nuevo. Actualmente, a pesar de contar con los más modernos y sofisticados medios de comunicación, a través del espacio y el tiempo, el papel de una persona senescente como comunicador sigue teniendo importancia. A pesar de contar con libros, televisión, películas y computadoras todos estos almacenan y transmiten la información; sin embargo, sólo una persona puede hacernos entender el sentido especial de una generación en particular; ésta persona puede hacer presente el pasado, ayudándonos a valorar el lugar que ocupamos, puesto que su existencia se extiende en el pasado, presente y futuro.

Los ancianos no sólo tienen valor para nosotros, sino también para ellos mismos. El senescente que hace caso omiso acerca de las actitudes y pensamiento negativos de la sociedad puede experimentar un sentido de valor sólidamente, es decir sentirse bien consigo mismo.

Las personas de edad avanzada no tienen que mirar exclusivamente el pasado; las oportunidades para realizarse y obtener placer pueden presentarse. Muchas personas se han encontrado ocupadas, abrumadas y con muchas tensiones por las responsabilidades de la vida práctica, que no han podido encontrar sus propios dotes intelectuales e intereses particulares; al llegar a ésta etapa puede llegar a apreciar su libertad frente a los horarios agitados, la tensión causada por la competencia en el trabajo, las rutinas monótonas que nos mantienen cautivos en el trabajo y en el hogar, etc. Fortalecido por muchos años de experiencia y conocimientos, el anciano puede saber con certeza cómo emplear éste tiempo.

Los ancianos pueden mostrar un alto sentido de libertad en sus expresiones de sus pensamientos y sentimientos; así como también el enojo es

expresado con franco candor que puede sorprender a los demás. Lo mismo se puede decir del afecto y de la alegría. El amor puede aparecer sin disfraz tanto en un hombre como en la mujer cuando se encuentran dentro de ésta etapa. Una de las características más extraordinarias que en algunos ancianos se presenta, es la de transmitir afecto y una sensación de alegría por la vida, sin tener que buscar razones para ello.

La vejez puede ser el fin del crecimiento fisiológico, pero psicológicamente no es así; ya que todavía seguimos creciendo, se adquiere sabiduría durante ésta etapa; y se logra la completa integración de nuestra personalidad.

Finalmente hay que reconocer que todas las actitudes y pensamientos colectivos frente a la vejez son en su mayoría negativos y que no desaparecerán en breve, por lo tanto hay que tratar de buscar el medio de neutralizar los efectos producidos por éstos pensamientos en los ancianos.

Para neutralizar o encontrar el punto medio no existen recetas ni trucos mágicos. Hay que combatir la percepción que los ancianos se han formado y de toda la población en general.

Con todo lo anteriormente mencionado, la Vejez es un desafío, que representa todo un Arte el Ser Viejo.

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que las conquistas de la ciencia y los progresos sociales que caracterizan a nuestra época han originado un aumento del promedio de vida, lo que a su vez; queda reflejado en dos fenómenos demográficos principales:

- 1) Aumento de la población, y
- 2) Envejecimiento de las personas

En épocas pasadas, la representación gráfica del reparto según la edad de la sociedad podía tener la forma de una pirámide geométrica. Los niños eran muy numerosos de modo que, a pesar de la mortalidad infantil, había siempre un número suficiente de ellos para tomar relevo de la población adulta cuya mitad morirían antes de llegar a los cincuenta años. Tal situación demográfica podía pues, traducirse por una gráfica estadística que ofrecía una base muy amplia, que se iba estrechando por la cúspide de la pirámide. En la actualidad, para describir gráficamente el reparto por edades de la población, algunos expertos en estadística evocan más bien la imagen de un tonel en posición vertical, hinchado en el centro y estrechado en la base en la parte superior. (ver anexo)

Actualmente la población está constituida en su mayoría por gente joven; pero que va a suceder en un futuro cuando ésta población sea vieja; es decir: ¿En qué forma se les puede brindar ayuda para poder salir adelante durante ésta última etapa de la vida? y ¿Será correcto que ésta gente ingrese a alguna Institución (Asilo)?.

Un asilo será la Institución adecuada para atender a toda ésta población o será necesario crear nuevas alternativas.

Se ha observado que las personas dentro de las Instituciones (Asilos) se encuentran más deprimidas que las personas que viven en sus propias casas con sus respectivas familias.

¿Cómo poder brindar la ayuda necesaria a la población que se encuentra dentro de alguna Institución (Asilo) o que se encontrará en un momento determinado?; se podrá encontrar una solución adecuada de como tratar a la población antes de que llegue a ser en su mayoría vieja....

Los ancianos tienen los atributos de la vejez:

Enfermedad, deterioro físico, dependencia, debilidad, limitaciones, decrepitud de gestos, etc....

Se tiene un gran miedo a ser viejos, es decir se quiere a la vez prolongar la duración de la vida y escapar de la vejez.

A algunos ancianos se les da un trato hostil o en ocasiones son tratados como niños y por lo tanto no se les da el lugar de adultos que son; este trato es producto de la ignorancia ya que carecemos de los conocimientos necesarios o indispensables de como tratar a las personas ancianas; y ¿Qué es lo que sucede dentro de ésta etapa?. Por lo tanto se desea dar a conocer y ampliar las investigaciones que se realizan acerca de la Vejez.

DELIMITACION

Al realizar observaciones durante un período de 8 meses en la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet", se ha encontrado que existen dudas acerca del tema de la vejez; por lo tanto se pretende dar a conocer si existe más depresión en las personas que habitan en un asilo de ancianos o en las personas que no viven en éste; es decir que viven con sus familiares; con el objeto de ampliar nuestros conocimientos sobre la senectud en México.

Se tomará en consideración que culturalmente se define a la Vejez como algo terrible, decadente como enfermedad e inutilidad. Con respecto a lo anterior se pretende profundizar en este tipo de investigaciones para cambiar dicho pensamiento; así como poder ayudar y entender a este grupo de personas; con la finalidad de sugerir como comprenderlas y tratarlas en un determinado momento.

Se revisarán autores que abarcan el último ciclo de vida del ser humano (Vejez); los conocimientos, experiencias y sugerencias que aportan a este campo; así como también la propia experiencia adquirida dentro de la casa hogar para ancianos.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

Existe diferencia significativa en la depresión que presentan las personas que atraviesan por la etapa de la vejez; cuando vive con su familia o se encuentra dentro de alguna Institución (Asilo).

HIPÓTESIS NULA

No existe diferencia significativa en la depresión que presentan las personas que atraviesan por la etapa de la vejez; cuando vive con su familia o se encuentra dentro de alguna Institución (Asilo).

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE

Modo de Vida

El modo de vida que lleva a cabo la persona que atraviesa por la etapa de la vejez; es decir si se encuentra viviendo con su familia o se encuentra habitando dentro de alguna Institución (Asilo)

VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión

La depresión es un descenso del tono vital del individuo en sus componente somáticos y neuropsíquicos.

Dentro de los componentes somáticos se encuentran: cansancio muscular, cefaléa, estreñimiento, insomnio, pérdida de apetito, etc.

Dentro de los componentes neuropsíquicos tenemos: los desórdenes del humor los cuales se expresan en tensión, ansiedad en forma de abatimiento, pérdida de energía e interés, inhibición del curso del pensamiento, sentimientos de insuficiencia e incapacidad (subestimación de sí mismo); problemas de concentración e ideas de muerte.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizará en ésta investigación, es el de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung con el objeto de medir cuantitativamente la depresión en los ancianos.

En los últimos años se han buscado instrumentos con las siguientes características:

- a) El tiempo requerido para la solución del test sea corto.
- b) Que el contenido sea expresado en un lenguaje sencillo y claro de fácil comprensión para la población a estudiar.
- c) Que sea fácil de calificar y de interpretar.

Ya que los ancianos son una población difícil, es decir, cuando los test son largos o requieren mucho tiempo generalmente no desean cooperar, o contestan de cualquier forma con tal de no ser molestados; por tal motivo se pretende utilizar una prueba psicológica que reúna las características mencionadas anteriormente: la escala para medir la depresión del Dr. Zung.

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación acerca de la depresión y al siguiente año publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo. Zung y Durham se dieron cuenta que las escalas existentes para medir la depresión eran inadecuadas; puesto que son muy extensas y requieren de mucho tiempo para su aplicación, etc.

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de: Grinker, Overall y Friedman; Zung y Durham concluyeron que estos síntomas deberían de abarcar: alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos, después de un estudio cuidadoso consideraron que deberían incluir:

I. Estado de ánimo Bajo.

- A. Deprimido triste.
- B. Acceso de llanto

II. Equivalente fisiológico

A. Alteraciones de los hábitos

1. Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
2. Despertar del sueño temprano y frecuente.
3. Pérdida del apetito.
4. Pérdida de peso.
5. Disminución de la libido.

B. Otras alteraciones.

1. Constipación.
2. Taquicardia.
3. Fatiga.

III. Equivalentes psicológicos.

A. Actividades psicomotoras.

1. Agitación.
2. Lentificación.

B. Ideacionales

1. Confusión
2. Sensación de vacío.
3. Indecisión.
4. Desesperanza.
5. Irritabilidad.
6. Insatisfacción.
7. Devaluación personal.
8. Ideación suicida.

Una vez definidas las áreas por investigar, se elaboraron 20 reactivos tomando como base los puntos antes mencionados. Se realizaron 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. A un lado de los 20 ítems aparecen 4 columnas cuyos encabezados son: muy pocas veces, la mayor parte del tiempo, algunas veces y continuamente (ver anexo)

Se le proporciona una hoja a la persona en estudio de los ítems y se le pide que ponga una marca (X) en el recuadro más indicado y posteriormente, la escala se coloca bajo una cubierta transparente para realizar la calificación (Total de calificación básica) se suman y se escribe en el cuadro que se indica en la hoja; dicha calificación se convierte a un índice basado en 100 (ver anexo); que se le denomina total índice AMD.

La escala está planeada de una manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica. Las oraciones del test se encuentran en un lenguaje, sencillo y de uso diario.

Los rangos propuestos por Zung para la clasificación de depresión son:

| | |
|---------|-----------------------|
| 20 - 30 | Control Normal. |
| 34 - 53 | Reacción de Ansiedad. |

| | |
|----------|------------------------|
| 54 - 64 | Depresión ambulatoria. |
| 65 - 100 | Depresión severa. |

Jacobs y Cols., 1968 mostraron que las puntuaciones promedio en la escala de Zung eran más altas entre 50 pacientes clasificados como: borrachos empedernidos, que en un grupo de pacientes no considerados como tales. Este hallazgo es de gran interés, ya que es bien conocido que pacientes con enfermedad depresiva pueden tener múltiples quejas somáticas, sin síntomas depresivos.

Dichos estudios muestran que la escala es una herramienta útil en la población donde no se sospecha Depresión.

Existen datos transculturales acerca SDS (A self - rating depression scale) referentes a Japón, Australia, Checoslovaquia, Inglaterra, Alemania y Suiza. Estos estudios muestran un alto grado de confiabilidad.

El coeficiente de correlación entre evaluaciones globales hechas por médicos de la magnitud de la depresión y el SDS oscilan entre 0.43 y 0.65 para todos los países.

Existen datos que dan la validez a este instrumento; Zung en 1967, encontró las siguientes correlaciones con diferentes instrumentos de medición de la depresión como son: el inventario multifásico de la personalidad (MMPI) con una (r = coeficiente de correlación) $r = 0.59$, con la escala de Beck se encontró una $r = 0.76$, con la escala de Hamilton de depresión con una $r = 0.56$ y con la escala de Lubin una $r = 0.29$. Así como la correlación del SDS y las evaluaciones de observadores en las mismas dimensiones la cual fue de $r = 0.87$

Lara Tapia y Cols., presentan la experiencia en la adaptación y estandarización de la escala de automedición de la depresión de Zung en nuestro país, a través del estudio de ésta en cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos. Se concluye que las normas estándar de la escala original son válidas, con ligeras modificaciones. Se considera su utilidad en la

investigación clínica y farmacológica en nuestro medio, así como su utilidad como auxiliar de otros test.

Algunos investigadores han realizado el análisis exhaustivo de los ítems de la escala, con la finalidad de proveer una mayor confiabilidad a la misma.

Las respuestas de los ítems del SDS de Zung, fueron interrelacionadas por medio de gamas, que son una medida de asociación empleada con datos ordenados (Freedman 1965). La matriz gamas fueron sujetas al análisis Guttman-Lingoes del mínimo espacio. El análisis dio tres dimensiones, con un coeficiente de alineación de 0.14 y un coeficiente de Kruskal de stress de 0.12. Los puntos dentro de cada dimensión fueron sujetos a análisis adicionales para determinar si las relaciones entre los puntos dentro de un grupo eran similares para una variedad de subgrupos dentro de la población.

El principio básico del análisis dimensional fue, que dentro de los puntos de una dimensión o grupo debían mostrar consistencia en las relaciones entre los ítems dentro de los grupos demográficos seleccionados. Si tales relaciones eran consistentes se puede asumir que los ítems son vistos similarmente por esos subgrupos y probablemente en la mayoría de la población. Si las relaciones son inconsistentes el significado de los ítems probablemente varían de grupo a grupo.

Los subgrupos escogidos como unidades de respuesta fueron aquellos ítems contenidos en el grupo más grande, siguiendo el análisis del mínimo espacio. El grupo Zung "bienestar" consta de 7 a 10 reactivos positivos en la escala:

- Tengo la mente tan clara como antes.
- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro
- Me resulta fácil tomar decisiones.
- Tengo esperanza en el futuro.
- Siento que soy útil y necesario.

- Mi vida tiene bastante interés.
- Todavía disfruto con las mismas cosas.

Resulta interesante que estos mismos 7 reactivos se encontraron en el primer factor del análisis factorial de los datos de Rickels en 1973, en un estudio con 831 pacientes deprimidos no internos. El hecho de que estos ítems son tan diversos en contenido, como el equivalente a retardo psicomotor "me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro" estén en el mismo grupo que el equivalente de confusión, "Tengo la mente tan clara como antes", y el de desesperanza "Tengo esperanza en el futuro", subraya la posibilidad de que el entrevistado pueda estar relacionado al elemento positivo en los ítems, más que el síntoma específico que el ítem supone representar.

La inspección de estos ítems muestra un número de bajas correlaciones entre ítems (gama menores a 0.4). La mayoría de las bajas correlaciones están asociadas con dos ítems: "Tengo la mente tan clara como antes", y el ítem "Tengo esperanza en el futuro". Cuando estos dos ítems son retirados 17 de las 19 gamas menores a 0.30 y 8 de las 11 gamas 0.29 y 0.35 se eliminan de tal manera que las relaciones muestran desde moderados a altos índices de relaciones.

En base a estos hallazgos, los 5 puntos que se interrelacionan consistentemente se combinan en una sola subescala llamada: "Índice de Bienestar". Dado que los reactivos que no se relacionan consistentemente con los reactivos de bienestar, sin embargo, correlacionados consistentemente entre sí a través de todos los subgrupos se combinaron en un segundo índice "Índice de optimismo".

Utilizando éste sistema mencionado anteriormente, se crearon los demás índices adicionales en la prueba de Zung, como son:

- Índice de bienestar.
- Índice de estado deprimido.
- Índice de optimismo

Índice de Bienestar.

- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- Me resulta fácil tomar decisiones.
- Siento que soy útil y necesario
- Mi vida tiene bastante interés.
- Todavía disfruto con las mismas cosas.

Índice de Estado Deprimido.

- El corazón me late más aprisa que de costumbre.
- Me canso sin hacer nada.

Índice de Optimismo.

- Tengo la mente tan clara como antes.
- Tengo esperanza en el futuro.

ITEMS no agrupados en un Índice

- En la mañana me siento mejor.
- Me cuesta trabajo dormir en la noche.
- Como igual que antes solía hacerlo.
- Todavía disfruto de las relaciones sexuales.
- Noto que estoy perdiendo peso.
- Tengo molestias de estreñimiento (constipación)
- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- Estoy más irritable de lo usual.

POBLACION UTILIZADA

Se utilizará una población de 200 personas con las siguientes características:

- a) Nacionalidad Mexicana
- b) Con una edad de 60 años en adelante
- c) Sin distinción de sexo
- d) Nivel socioeconómico medio
- e) Sin distinción de estado civil y que radique en el Asilo "Mudet" o que asista a éste.

MUESTRA

Será una población de 60 sujetos de la casa hogar para ancianos "Arturo Mundel", de los cuales 30 residentes (que son ancianos que habitan en dicha institución) y los otros 30 sujetos son de comunidad (son personas que asisten a la Institución con la finalidad de recreación y recibir los servicios que se prestan dentro del asilo; así como participar en los eventos culturales; estos ancianos viven fuera de la institución, es decir viven con sus familias, o viven solos pero con buenas relaciones familiares).

DISEÑO

El diseño es cuasi - experimental: es el de dos grupos aleatorizados.

Se busca determinar si las condiciones de la variable independiente afectan en forma diferencial a la variable dependiente.

Las principales ventajas que presenta este tipo de diseño son las que mencionaremos a continuación:

- 1) Podemos hacer un número mayor de observaciones y comparaciones.
- 2) Se puede especificar mejor la forma de la relación funcional entre la variable dependiente y la variable independiente.
- 3) Podemos estudiar con más detalle los valores intermedios de la variable independiente.

PROCEDIMIENTO

Primeramente se aplicará la prueba de automedición de la Depresión de Zung, a 30 sujetos ancianos que habitan dentro de la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet" y posteriormente a los otros 30 ancianos de comunidad, es decir los que únicamente asisten a este asilo; algunos de ellos se encuentran con sus familias (hijos), o se encuentran solos viviendo en su propia casa; pero manteniendo contacto estrecho con sus familias.

Se anotarán las puntuaciones y se realizará el análisis estadístico. Para proceder a aceptar o rechazar una hipótesis de las ya antes realizadas.

Así mismo se llevará a cabo una serie de gráficas como son:

- 1) Gráfica general de los datos obtenidos dentro del asilo; así como también los datos obtenidos generales por sexo.
- 2) Gráfica general de los datos obtenidos dentro del grupo de comunidad; así como los datos obtenidos generales por sexo.
- 3) Gráfica para observar los datos obtenidos en ambos grupos.
- 4) Gráfica sobre puesta del grupo de los ancianos de asilo y comunidad.
- 5) Gráfica general de ambos grupos observando los datos obtenidos.
- 6) Gráfica general de ambos grupos de los datos obtenidos para ratificar que los ancianos presentan en su mayoría Depresión.

SISTEMATIZACION DE DATOS

Para comprobar cualquier de las hipótesis formuladas anteriormente, es necesario computar las puntuaciones promedio sobre la variable dependiente para los dos grupos, la prueba estadística a utilizar es la prueba "t" la ecuación es la siguiente:

$$t = \frac{X1 - X2}{\sqrt{\left(\frac{SS1 + SS2}{(n1-1) + (n2-1)}\right) \left(\frac{1}{n1} + \frac{1}{n2}\right)}}$$

para computar la suma de X es la sumatoria X (ΣX), y luego la sumatoria X^2 (ΣX^2) y n es el número de sujetos a estudiar de cada grupo.

Posteriormente se utilizara la siguiente ecuación:

para computar medias para cada grupo $\bar{x} = \frac{\Sigma X}{n}$

Para computar la suma de cuadrados en cada grupo:

$$SS = X - \frac{(\Sigma X)^2}{n}$$

después se sustituyen los valores anteriores en la ecuación ya antes mencionada de la prueba "t", y finalmente se da solución a la ecuación.

DATOS ESTADISTICOS

| | X1 | X2 | (X1) ² | (X2) ² |
|-----|---------------|---------------|-------------------|-------------------|
| | Residentes | Comunidad | | |
| 1) | 65 | 58 | 4225 | 3364 |
| 2) | 49 | 45 | 2401 | 2025 |
| 3) | 41 | 56 | 1681 | 3136 |
| 4) | 79 | 40 | 6241 | 1600 |
| 5) | 63 | 58 | 3969 | 3364 |
| 6) | 73 | 43 | 5329 | 1849 |
| 7) | 68 | 35 | 4624 | 1225 |
| 8) | 79 | 53 | 6241 | 2809 |
| 9) | 63 | 35 | 3969 | 1225 |
| 10) | 58 | 39 | 3364 | 1521 |
| 11) | 64 | 26 | 4096 | 676 |
| 12) | 64 | 39 | 4096 | 1521 |
| 13) | 74 | 58 | 5476 | 3364 |
| 14) | 54 | 44 | 2916 | 1936 |
| 15) | 68 | 41 | 4624 | 1681 |
| 16) | 48 | 49 | 2304 | 2401 |
| 17) | 54 | 39 | 2916 | 1521 |
| 18) | 36 | 60 | 1296 | 3600 |
| 19) | 58 | 41 | 3364 | 1681 |
| 20) | 60 | 39 | 3600 | 1521 |
| 21) | 55 | 50 | 3025 | 2500 |
| 22) | 48 | 35 | 2304 | 1225 |
| 23) | 69 | 35 | 4761 | 1225 |
| 24) | 58 | 30 | 3364 | 900 |
| 25) | 49 | 30 | 2401 | 900 |
| 26) | 56 | 34 | 3136 | 1156 |
| 27) | 80 | 53 | 6400 | 2809 |
| 28) | 70 | 64 | 4900 | 4096 |
| 29) | 40 | 49 | 1600 | 2401 |
| 30) | 54 | 45 | 2916 | 2025 |
| | Σ 1797 | Σ 1323 | Σ 111539 | Σ 61257 |

Sumamos X (es decir, ΣX), la suma de X^2 (es decir, ΣX^2), y n para cada grupo.

Residentes (X1)

$$\Sigma X = 1797$$

$$\Sigma X^2 = 111539$$

$$n = 30$$

Comunidad (X2)

$$\Sigma X = 1323$$

$$\Sigma X^2 = 61257$$

$$n = 30$$

Utilizamos la ecuación $\bar{X} = \frac{\Sigma X}{n}$ para computar las medias para cada grupo.

$$\bar{X}_1 = \frac{1797}{30}$$

$$\bar{X}_2 = \frac{1323}{30}$$

$$\bar{X}_1 = 59.90$$

$$\bar{X}_2 = 44.10$$

Utilizando la ecuación $SS = \Sigma X^2 - \frac{(\Sigma X)^2}{n}$ para computar la suma de cuadrados para cada grupo.

$$SS1 = 111539 - \frac{(1797)^2}{30} = 3898.79$$

$$SS2 = 61257 - \frac{(1323)^2}{30} = 2912.70$$

Sustituir los valores anteriores en la ecuación para computar "t".

$$t = \frac{59.90 - 44.10}{\sqrt{\left(\frac{3898.70 + 2912.70}{(30-1)(30-1)} \right) \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30} \right)}}$$

Realizar las operaciones en la forma que se indican y determinar que el valor de t es:

$$t = \frac{15.8}{\sqrt{\left(\frac{6811.4}{58}\right)(0.066)}}$$

$$t = \frac{15.8}{\sqrt{(7.82)}}$$

$$t = 5.64$$

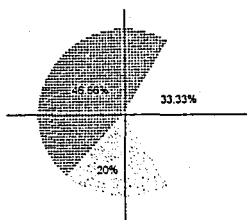
Determinar el número de grados de libertad asociados con el valor anterior de "t".

$$df = N - 2 = 60 - 2 = 58$$

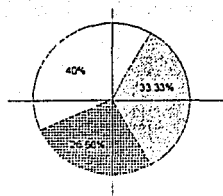
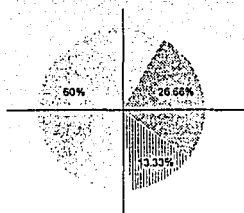
En la tabla "t" encontramos que la P = 0.01. Debido a que P es menor que el criterio convencional de 0.50, se rechaza la hipótesis de nulidad concluyendo que existe una diferencia entre ambos grupos (los de comunidad y residentes)

Gráfica #1 Residentes de la casa hogar para ancianos
"Arturo Mundet"

| Población General | | # Sujetos | Porcentaje |
|----------------------------|--|-----------|-----------------|
| Control Normal (CN) | | 0 | 0 % |
| Reacción de Ansiedad (RA) | | 6 | 20 % |
| Depresión Ambulatoria (DA) | | 14 | 46.66 % |
| Depresión Severa (DS) | | 10 | 33.33 % |
| | | <u>30</u> | <u>100.00 %</u> |

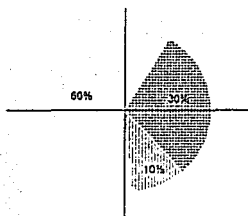


| Mujeres | | | Hombres | | |
|---------|-----------|-----------------|---------|-----------|-----------------|
| | # Sujetos | Porcentaje | | # Sujetos | Porcentaje |
| (CN) | 0 | 0 % | (CN) | 0 | 0 % |
| (RA) | 2 | 13.33 % | (RA) | 5 | 33.33 % |
| (DA) | 9 | 60 % | (DA) | 6 | 40 % |
| (DS) | 4 | 26.66 % | (DS) | 4 | 26.66 % |
| | <u>15</u> | <u>100.00 %</u> | | <u>15</u> | <u>100.00 %</u> |

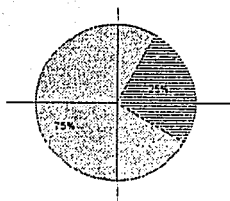
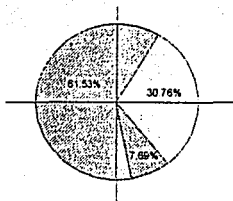


Gráfica #2 Personas de comunidad que asisten a la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet"

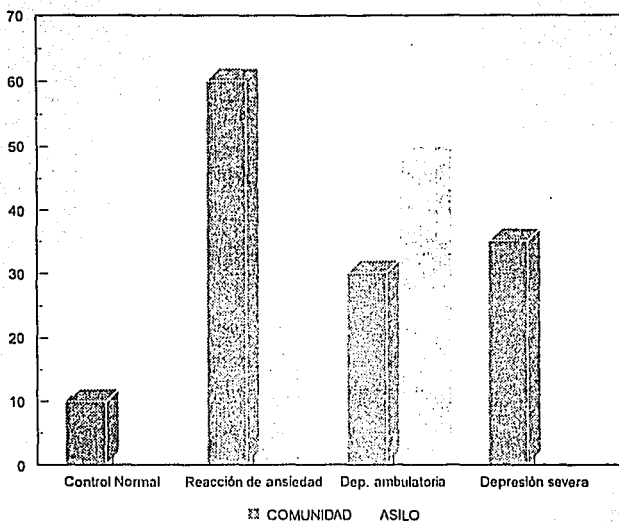
| Población General | | # Sujetos | Porcentaje | |
|-----------------------|--------|-----------|------------|---|
| Control Normal | (CN) | 3 | 10 | % |
| Reacción de Ansiedad | (RA) | 18 | 60 | % |
| Depresión Ambulatoria | (DA) | 9 | 30 | % |
| Depresión Severa | (DS) | 0 | 0 | % |
| | | 30 | 100.00 | % |



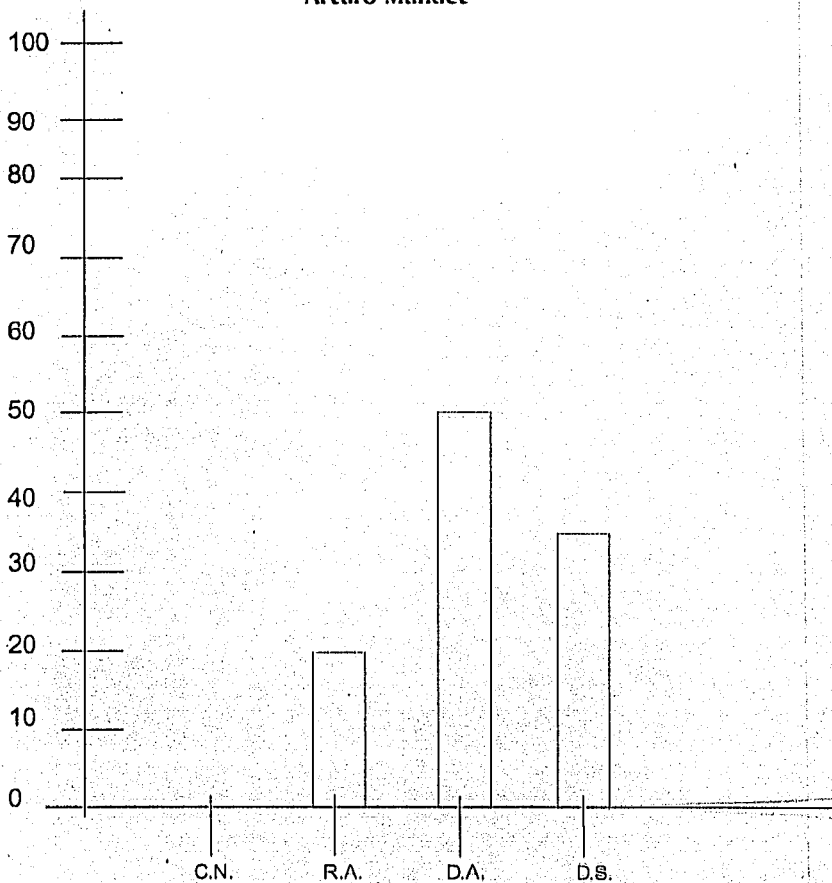
| Mujeres | | | Hombres | | |
|---------|-----------|------------|---------|-----------|------------|
| | # Sujetos | Porcentaje | | # Sujetos | Porcentaje |
| (CN) | 2 | 7.69 % | (CN) | 1 | 25 % |
| (RA) | 8 | 61.53 % | (RA) | 3 | 75 % |
| (DA) | 16 | 30.76 % | (DA) | 0 | 0 % |
| (DS) | 0 | 0 % | (DS) | 0 | 0 % |
| | 26 | 100.00 % | | 4 | 100.00 % |



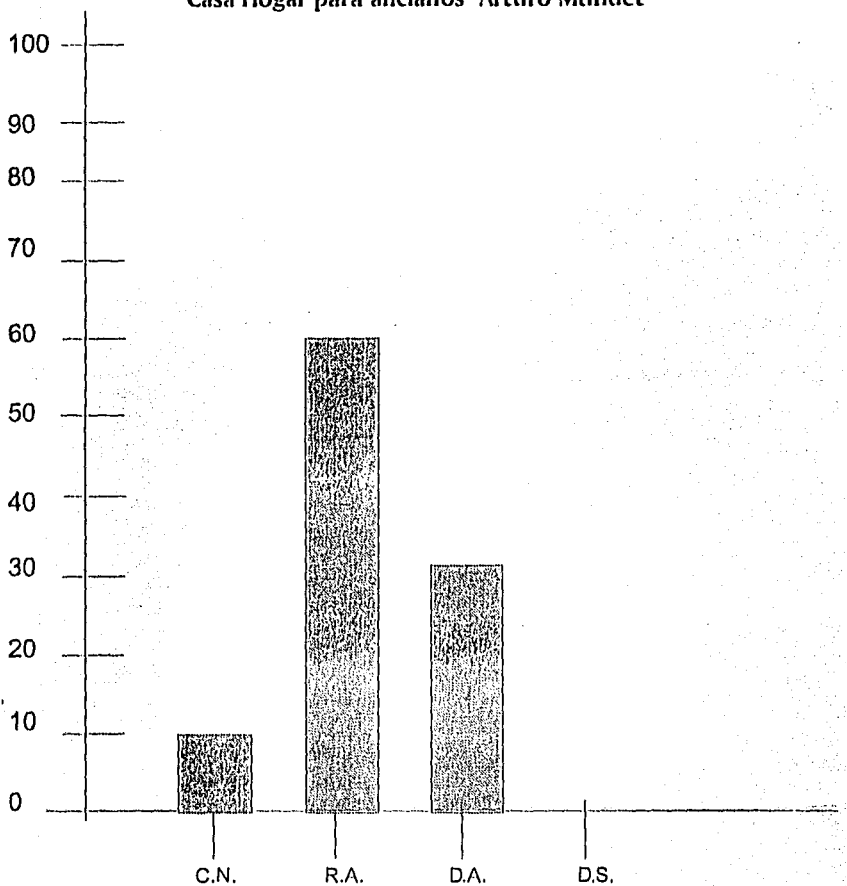
Gráfica #3 Residentes y personas de comunidad de la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet"



**Gráfica 4' Residentes de la Casa Hogar para ancianos
"Arturo Mundet"**



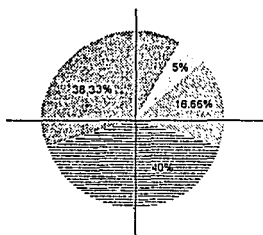
Gráfica 4 "Personas de Comunidad que asisten a la Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet"



Residentes y personas de comunidad que asisten a la
 casa hogar para ancianos "Arturo Mundet"
 (Población Total)

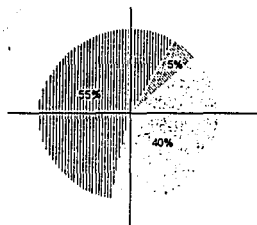
Gráfica #5

| | | # Sujetos | Porcentaje |
|-----------------------|--------|-----------|------------|
| Control Normal | (CN) | 3 | 5 % |
| Reacción de Ansiedad | (RA) | 24 | 40 % |
| Depresión Ambulatoria | (DA) | 23 | 38.33 % |
| Depresión Severa | (DS) | 10 | 16.66 % |
| | | 60 | 100.00 % |



Gráfica #6

| | | # Sujetos | Porcentaje |
|----------------------|--------|-----------|------------|
| Control Normal | (CN) | 3 | 5 % |
| Reacción de Ansiedad | (RA) | 24 | 40 % |
| Depresión | (D) | 33 | 55 % |
| | | 60 | 100.00 % |



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para determinar si se rechaza o se acepta una de las hipótesis formuladas, se empleo la prueba estadística "t".

Debido a que p (0.01) es menor al criterio convencional de 0.05, se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una diferencia significativa entre los grupos a investigar.

La gráfica #1

Podemos observar que dentro del grupo de ancianos que se encuentran viviendo dentro de una silo, de acuerdo con los rangos propuestos por Zung para la clasificación de la depresión:

| | | |
|-----------------------|-------|---|
| Control normal | 0 | % |
| Reacción de ansiedad | 20 | % |
| Depresión ambulatoria | 46.66 | % |
| Depresión Severa | 33.33 | % |

se encuentra que el más elevado es la depresión ambulatoria; ocupado el segundo lugar se encuentra depresión severa y un 20% de la población total presenta reacción de ansiedad, pero no existe dentro de la población control normal; es decir existe un gran incremento de la población que presenta depresión.

En el caso de las 2 gráficas de abajo se observa que las mujeres (60%) presenta depresión ambulatoria un poco más elevada que los hombre (40%); pero en el caso de la depresión severa se observa que en ambos se presenta con un 26.66%. Las reacciones de ansiedad se incrementan más con los hombres (33.33%) mientras que en las mujeres se presenta un 13.33%.

La gráfica #2

Este grupo de personas es la perteneciente a la comunidad, en está observamos que control normal presenta un 10% de la población total; es decir se encuentran bien psicológicamente hablando. Pero se incrementa en gran medida

las reacciones de ansiedad (60%); en cuanto a las depresiones, únicamente se presenta depresión ambulatoria (30%) y no existe caso de depresión severa (0%).

Observando las gráficas de abajo nos percatamos que existe más control en los hombres (25%) que en las mujeres (7.69%) las reacciones de ansiedad se incrementan en hombres (75%) que en las mujeres (61.53%). La depresión se presenta generalmente en las mujeres ya que observando la gráfica nos damos cuenta que en las mujeres se presenta en un 30.73% pero siendo ésta depresión ambulatoria; ya que en ambos sexos la depresión severa se presenta en un 0%.

Gráfica #3

Son las gráficas anteriores pero; está se encuentra diseñada para observar más claramente las diferencias que se presentan entre ambos grupos.

Gráfica #4

Está gráfica es igual a la anterior; pero se puede observar claramente los datos que se acaban de proporcionar.

Gráfica #5 y #6

5) Fueron realizados con toda la población anciana en general; encontrando:

| | | |
|-----------------------|-------|---|
| Control normal | 5 | % |
| Reacción de ansiedad | 24 | % |
| Depresión ambulatoria | 38.33 | % |
| Depresión severa | 16.66 | % |

6) Podemos observar que al no realizar ningún tipo de clasificación acerca de la depresión; se incrementa la depresión en esta población (sea cualquier tipo de depresión, simple, severa, etc....) así como también la reacción de ansiedad se incrementa dentro de la vejez.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la realización de esta investigación; afirmamos que existe una gran diferencia, en cuanto a la depresión que presentan los ancianos. Esta se presenta en mayor medida en las personas que viven dentro del asilo "Arturo Mundet" que los que son de comunidad.

Con esto no queremos decir que sea malo estar dentro de una Institución de éste tipo; ya que estas tratan de cubrir todas las necesidades básicas de la población senescente, que no puede satisfacer por la falta de los recursos económicos. Dichas instituciones proporcionan techo, comida, vestido y "seguridad". Pero faltan programas adecuados para el buen funcionamiento de las Instituciones (Asilos), como son elevar la autoestima de los residentes, disminuir la depresión que se presenta, agresión, etc.; así como el personal necesario y adecuado para tratar con este tipo de población.

En México hace falta la preparación de profesionales para tratar a los ancianos, tanto de médicos, enfermeras, psicólogos, etc...; así como de la población en general. Ya que tenemos un pensamiento equivocado acerca de la Vejez.

Estamos viviendo un gran cambio en cuanto a la integración de la familia; ya que anteriormente eran familias muy extensas; en las cuales existía la convivencia de varias generaciones y el papel de los ancianos se encontraba definido; pero actualmente la familia es nuclear es decir un número reducido de hijos la integran, y nos encontramos influenciados por países extranjeros, que tienen el pensamiento de que los ancianos no sirven, que deben ser mejor aislados en alguna institución, etc... Pero hay que tomar en cuenta que ésta población se incrementará bastante en los años venideros; no nos hemos hecho la pregunta:

¿Cuándo sea viejo quiere ser tratado como actualmente se trata a éste grupo de personas?

Se debe tomar en cuenta que los ancianos no son niños y por lo tanto no se debe tratarlos como tal; ya que son adultos y hay que llevar una relación con ellos de adulto - adulto; debemos considerar sus pensamientos, sentimientos y decisiones; ya que en un futuro no muy lejano nos podemos encontrar en estas situaciones.

Podemos observar que los factores precipitantes de la depresión en la vejez son varios y muy diversos, pueden ser de tipo social, económico, político, familiar, situacional, etc...; pero el más importante es el tener un concepto tan erróneo de la vejez. Debemos cambiar dicho concepto; llevando a cabo la transmisión y difusión del conocimiento de esta etapa; tanto a la población infantil así como a los propios ancianos; ya que existen muchas dudas acerca de lo que sucede en esta etapa tan crucial de nuestra vida.....

Se debe de ver a la vejez no como una época difícil, sino como una etapa de la vida que también ofrece sus aspectos agradables como por ejemplo:

los antiguos griegos apreciaban la vejez; ya que es una edad en la cual se presenta la sabiduría.....

Guillermo Humboldt (1767 - 1835) describe a ésta como: Constituye una ventaja manifiesta de la vejez el hecho de despojarse a las cosas del mundo de su actitud y su peso, y adaptarlas aún más a la luz interior de los pensamientos, que facilita su contemplación de un modo más general, amplio y sosegado... así como estos ejemplos y más nos describen a la vejez positivamente.

Los psicólogos nos vemos en la tarea de buscar soluciones ante este problema; porque la vejez no solamente es un enigma para la sociedad sino también para la propia persona que la está viviendo. Dentro de la senectud se

integra toda nuestra personalidad; así como también se presentan desafíos; ya que no es el final de la vida sino que es un reto más que hay que resolver.

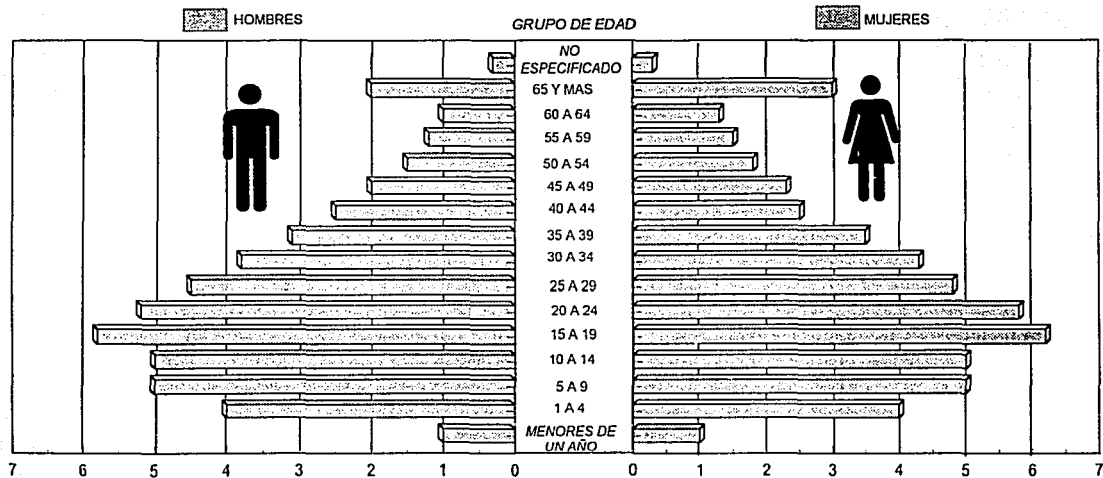
Debemos tratar de elaborar pruebas psicológicas de acuerdo a esta edad; ya que las existentes requieren de mucho tiempo, tener buena vista, una coordinación muscular adecuada, etc....; pero dentro de la vejez todas estas capacidades y habilidades se ven disminuidas considerablemente o en algunas ocasiones desaparecen en la gran mayoría de la población.

Debemos tomar conciencia de que en general los ancianos necesitan de la ayuda psicológica (ya que en la mayoría de los ancianos se presenta depresión) por tal motivo se requiere que se preparen profesionales en este tipo de áreas para que se pueda ahondar más las investigaciones gerontológicas.

Por último necesitamos que exista una buena integración familiar ya que ésta es la base de una sociedad. La familia representa para el anciano un gran apoyo, pero ésta no debe hacer dependiente al anciano; su función es de comprender, entender y ayudar al anciano a superar las crisis que se presentan dentro de la senectud.

ANEXOS

POBLACION TOTAL POR SEXO SEGUN
GRUPO QUINQUENAL DE EDAD
AL 12 DE MARZO DE 1990
(EN PORCIENTO)



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

| | |
|----------------------|---------------------|
| Paciente: _____ | Fecha: _____ |
| Diagnóstico: _____ | Total calif. básica |
| Observaciones: _____ | Total índice AMD |
| _____ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 1 | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |

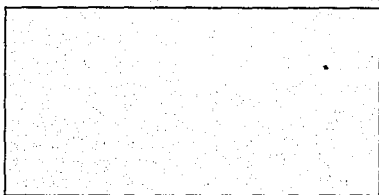


Tabla: para convertir la calificación básica al índice AMD

| CALIF. BASICA | INDICE AMD | CALIF BASICA | INDICE AMD | CALIF BASICA | INDICE AMD |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 20 | 25 | 40 | 50 | 60 | 75 |
| 21 | 26 | 41 | 51 | 61 | 76 |
| 22 | 28 | 42 | 53 | 62 | 78 |
| 23 | 29 | 43 | 54 | 63 | 79 |
| 24 | 30 | 44 | 55 | 64 | 80 |
| 25 | 31 | 45 | 56 | 65 | 81 |
| 26 | 33 | 46 | 58 | 66 | 83 |
| 27 | 34 | 47 | 59 | 67 | 84 |
| 28 | 35 | 48 | 60 | 68 | 85 |
| 29 | 36 | 49 | 61 | 69 | 86 |
| 30 | 38 | 50 | 63 | 70 | 88 |
| 31 | 39 | 51 | 64 | 71 | 89 |
| 32 | 40 | 52 | 65 | 72 | 90 |
| 33 | 41 | 53 | 66 | 73 | 91 |
| 34 | 43 | 54 | 68 | 74 | 92 |
| 35 | 44 | 55 | 69 | 75 | 94 |
| 36 | 45 | 56 | 70 | 76 | 95 |
| 37 | 46 | 57 | 71 | 77 | 96 |
| 38 | 48 | 58 | 73 | 78 | 98 |
| 39 | 49 | 59 | 74 | 79 | 99 |
| | | | | 80 | 100 |

BIBLIOGRAFIA

Arieti S. Bemporad J.

"Psicoterapia de la Depresión"

Buenos Aires, Argentina 1977

Paidós

Balderas Armendariz M.

"Estudio exploratorio a través de la escala de Zung"

Tesis, UNAM

México 1986

Beauvoir de Simone

"La vejez"

Buenos Aires, Argentina 1980

Sudamericana

Bee Helen L., Mitchell Sandra K.

"El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida"

México D.F. 1987

Harla

Bellak L.

"Los mejores años de la vida. Arte y ciencia de envejecer"

México D.F. 1979

El Ateneo

Bianch H., J. Gagey, J. Moreigne, G. Balvo, Dypoivet, L.V. Thomas

"La cuestión del envejecimiento"

Barcelona 1990

Biblioteca Nueva

Calderón N.G.

"Depresión"

México D.F. 1990

Trillas

Cameron Norman

"Desarrollo y psicopatología de la personalidad"

México D.F. 1990

Trillas

Castro Luis

"Diseño experimental sin estadística"

México 1990

Trillas

Coffer Charles N.

"Motivación y Emoción"

Bilbao España 1986

Biblioteca de Psicología

Comfort Alex

"Una buena Edad"

Madrid España 1986

Blumesa

Dicaprio N.S.

"Teoría de la personalidad"

México D.F. 1989

McGraw - Hill

Edelstein y Carstensen

"Gerontología Clínica"

México D.F. 1990

Martínez Roca

Erikson Erik H.

"El ciclo vital completado"

México D.F. 1988

Paidós

Erikson Erik H.

"El niño y la sociedad"

Buenos Aires 1984

Paídos

Fromm Erich

"Psicoanálisis de la sociedad contemporánea"

México D.F. 1987

Fondo de cultura económica

Fuentes A.L.

"Salud y Vejez"

Madrid España 1978

El caballito

Gamietea Domínguez Carmen

Envejecer es natural

"Alétheia"

1985 - Número 6 Págs.: 77 - 85

Gamietea Domínguez Carmen

El anciano segregado por su familia

"Alétheia"

1987 - Número 8 Págs.: 55 - 60

García L., C. Nebreda, F. Perlado

"Enfermedad Mental en el anciano"

México D.F. 1990

Díaz Santos

Guerrero S.C.

"Manual de gerontogeriatría"

México 1981

Domes

Hayflick L., Barcía D., J. Miguel

"Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico"

Buenos Aires, Argentina 1990

Libro del año

Hernan San Martín, Vicente Pastor

"Epidemiología de la vejez"

México D.F. 1991

MwGraw - Hill

Jiménez Reyes

"El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes"

Tesis, UNAM

México 1990

Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J.

"Compendio de psiquiatría"

México D.F. 1992

Salvat

Kastenbaum Robert

"Vejez años de plenitud"

Colombia 1980

Harla

Kernberg Otto F.

"Trastornos graves de la personalidad"

México D.F. 1990

Manual Moderno

Kolb Lawrence C.

"Psiquiatría Clínica Moderna"

México D.F. 1992

La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.

Krassoievitch Miguel

"Psicoterapia Geriátrica"

México D.F. 1993

Fondo de cultura económica

Laforest Jacques

"Introducción a la Gerontología"

Barcelona 1991

Herder

Lehr Ursula

"Psicología de la senectud"

Barcelona España 1988

Herder

Mackinnon R.A., Michels R.

"Psiquiatría clínica aplicada"

México D.F. 1991

McGraw - Hill

Mayer - Gross W., Cols.

"Psiquiatría Clínica II"

Buenos Aires 1974

Paidós

McGuingan F.J.

"Psicología Experimental"

México 1990

Trillas

Mcteer Wilson

"El ámbito de la motivación"

México D.F. 1990

Manual Moderno

Minois Georges

"Historia de la Vejez"

España 1987

Nerea

Orban, Wagorn, Théberge

"Hacia la Madurez Feliz"

España 1980

Plural

Papalia Diane E., Olds Sally W.

"Desarrollo Humano"

México D.F. 1990

McGraw - Hill

Rappoport León

"La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad"

España 1980

Paidós

Rogers, Carl R.

"El poder de la persona"

México D.F. 1980

Manual Moderno

Sabanés Francesc, Luis Salvador

"Psicogeriatría"

México D.F. 1990

Martínez Roca

Salvarezza Leopoldo

"Psicogeriatría"

España 1990

Paidós

Skinner B.F., Vaughn M.E.

"Disfrutar de la Vejez"

México D.F. 1980

Martínez Roca

Tonna E.A.

"Envejecimiento de los sistemas esquelético - dental y los tejidos de apoyo"

México D.F. 1977

Trillas

Tournier P.

"Aprendiendo a envejecer"

Buenos Aires, Argentina 1976

La Aurora

Vallejo Rulloba J.

"Introducción a la psicopatología y la psiquiatría"

México D.F. 1992

Salvat

Zinberg N.E., I. Kaufman

"Psicología Normal de la Vejez"

Buenos Aires, Argentina 1987

Paidós

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

"Anuario Estadístico del Distrito Federal"

México 1993

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

"La tercera edad en México: XI Censo general de población y vivienda"

México 1990

Tercer seminario de asistencia social al anciano

"La tercera edad. Vida en Dignidad"

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

México 1985

CITAS

- (1) Bee Helen L., Mitchael Sandra K.
"El desarrollo de la persona, en todas las etapas de su vida"
México D.F. 1987
Harla Págs.: 419-430 520-523 530-535
- (2) Cameron Norman
"Desarrollo y psicopatología de la personalidad"
México D.F. 1990
Trillas Págs.: 506-520
- (3) Comfort Alex
"Una buena edad"
Madrid España 1986
Blumesa Págs.: 65-66 70-73 92-93 112-120
- (4) Dicaprio N. S.
"Teorías de la personalidad"
México D.F. 1989
McGraw - Hill Págs.: 170-214
- (5) Erikson Erik H.
"El ciclo vital completado"
México D.F. 1988
Paidós Págs.: 77-92
- (6) Erikson Erik H.
"El niño y la sociedad"
Buenos Aires 1984
Paidós Págs.: 260-262
- (7) Erich Formm
"Psicoanálisis de la sociedad contemporánea"
México D.F. 1987
Fondo de cultura económica Págs.: 104-106

- (8) Gamitea Dominguez Carmen
El anciano segregado por su familia
Alétheia 1987 - Número 8 Págs.: 55-57
- (9) Jiménez Reyes
"El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes"
Tesis, UNAM
México, 1990
- (10) Kastenbaum Robert
"Vejez, años de plenitud"
Colombia 1980
Harla Págs.: 25-37 75-76
- (11) Krassoievitch Miguel
"Psicoterapia geriátrica"
México D.F. 1993
Fondo de cultura económica Págs.: 23-55
- (12) Laforest Jacques
"Introducción a la gerontología"
Barcelona 1991
Herder Págs.: 51 80-86 103-109 121-127 140-142
- (13) Lehr Ursula
"Psicología de la senectud"
Barcelona España 1988
Herder Págs.: 271-272
- (14) Mackinnon R.A., Michels R.
"Psiquiatría clínica aplicada"
México D.F. 1991
McGraw - Hill Págs.: 162-172
- (15) Mayer - Gross W., Cols.
"Psiquiatría clínica II"
Buenos Aires 1974
Paidós Págs.: 275

- (16) Papalia Diana E., Olds Sally W.
"Desarrollo Humano"
México D.F. 1990
McGraw - Hill Págs.: 572-585
- (17) Salvarezza Leopoldo
"Psicogeriatría"
España 1990
Paidós Págs.: 207-218
- (18) Tonna E.A.
"Envejecimiento de los sistemas esquelético - dental y los tejidos de apoyo"
México D.F. 1977
Trillas Págs.: 150-152
- (19) Vallejo Ruiloba J.
"Introducción a la psicopatología y la psiquiatría"
México D.F. 1992
Salvat Págs.: 452-456
- (20) Zinberg N.E., Kaufman
"Psicología Normal de la Vejez"
Buenos Aires, Argentina 1987
Paidós Págs.: 45-50