

56  
2 y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

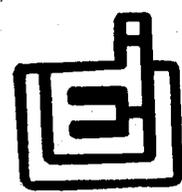
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
I Z T A C A I A

"AUTOPSIA PSICOLOGICA, EN EL SUICIDIO  
OCULTO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
BETZABEL GONZALEZ PEÑALOZA

ASESORES: FERNANDO QUINTANAR OLGUIN  
LAURA PALOMINO GARIBAY  
CARLOTA JOSEFINA GARCIA REYES  
ESTEBAN CORTEZ SOLIS  
TERESA GARCIA GOMEZ

MAYO 1996



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	pág.
Introducción	1
CAPITULO I	8
1.- Perspectiva Médico-Biológica	
a) Definición de envejecimiento y muerte	
b) Teorías del envejecimiento	
CAPITULO II	23
2.- Perspectiva Histórico-Cultural	
a) Definición de vejez y muerte	
b) Modelos Sociales	
CAPITULO III	38
3.- Perspectiva Psicológica	
a) Definición de tercera edad y muerte	
b) Teorías y psicoterapia	
CAPITULO IV	51
4.- Suicidio en la tercera edad	
a) Antecedentes Históricos	
b) Definición de suicidio y Tipos de suicidio	
CAPITULO V	74
5.- Análisis de resultados	
a) Recolección de datos y Método	
CAPITULO VI	82
6.- Conclusiones y Comentarios	87
Bibliografía	
Anexos:	
Fotos, Gráficas y Cuadros	90-100

## AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE .  
SOY AFORTUNADA POR SER HIJA TUYA  
SOY AFORTUNADA POR HABERME HECHO MUJER A TU LADO  
ME CONOCES MAS QUE EL OXIGENO QUE ENTRA A MIS PULMONES Y  
DEFIENDES MIS IDEALES COMO PROPIOS, ERES LO MEJOR QUE EL  
MUNDO ME HA DADO GRACIAS POR SER MI MADRE.

A MI PADRE  
TU SILENCIO ES EL SELLO DE LO INFINITO, ES LA CLAVE DEL  
OLVIDO Y LA TRISTEZA DEL REMORDIMIENTO, TU SILENCIO  
ESQUEMA UNICO E IRREMEDIABLE QUE HACE AL HUMANO MEDITAR,  
TU SILENCIO ESPEJO FIEL DE TUS SUSPIROS Y DEL ALIENTO  
AUSENTE, TU SILENCIO ES EL MENSAJE QUE LOGRA LA  
RETROALIMENTACION DE MI AGONIA. TU SILENCIO !OH; PADRE,  
TU SILENCIO FUE LA PRUEBA CRUEL DE TUS DESVARIOS Y LA  
MARCA TRIUNFAL DE TU MUERTE.

A MI HERMANA MIREYA.  
SIEMPRE DIJISTE QUE ESTARIAS Y LO CUMPLISTE, FUISTE LA  
PIEDRA ANGULAR DE LA FAMILIA EN LA EPOCA DE LA  
ADOLESCENCIA. VOLVIENDOTE AL PASO DEL TIEMPO MI AMIGA, MI  
COMPAÑERA, EL APOYO EN MIS CAIDAS, LA MUJER QUE LUCHA POR  
BUSCAR SU FUTURO, DANDO LA MANO Y EL CORAZON.

A MI HERMANA LILIAN.  
TU SEMBLANTE DEMUESTRA LA ETERNA LUCHA, POR CONSEGUIR TUS  
LOGROS, POR SER SIEMPRE, LA MANO FUERTE PARA ENFRENTAR LA  
ADVERSIDAD, LA PALABRA PRECISA, EL COMENTARIO ACERTADO Y  
LA OPINION CONCRETA, LA AMIGA DE LA ADOLESCENCIA Y LA  
COMPAÑERA EN LA ADULTEZ.

A FERNANDO QUINTANAR POR SER MAS QUE UN ASESOR, UN AMIGO  
Y POR FORMARME EN EL TRABAJO ESCRITO, SENSIBILIZANDO MI  
POSTURA EN LA PRACTICA.

A TODOS MI SINODALES

A MI AMIGA RAQUEL ARAUJO, POR TU SINCERIDAD EN LOS  
MOMENTOS DE TEMPESTAD, POR TU LEALTAD EN LOS MOMENTOS DE  
INIQUIDAD ,Y POR EL SENTIMIENTO DE HERMANDAD QUE EN MI  
CULTIVASTE.

A ALEJANDRO CASAS, POR TENER EL SELLO DE LO OCULTO. Y  
DARME A TRAVES DE TUS COMENTARIOS UNA VISION DIFERENTE DE  
EL SENTIDO DE LA VIDA.

A MIS AMIGOS POR SU APOYO Y COMPRESION. A PATRICIA  
GODINEZ LEAL, POR SU COMPANIA EN LA BUSQUEDA DE LA  
SUPERACION, A EFIGENIA HERNANDEZ, ANTONIO MENDEZ,  
GUILLERMO, NACHITO, SEÑOR LUNA, DOCTOR PATT, DOCTOR

PETERSON , ESTEBAN CORTES POR AUMENTAR MI SED DE CONOCIMIENTO, AL DIF POR SU APOYO EN LA REALIZACION DE LA TESIS.

A TODOS LOS RESIDENTES DE LA CASA HOGAR ARTURO MUNDET.

POEMA A TI A MI

PERDI LA CORDURA DE LOS AÑOS, LA SABIDURIA DE LA VIDA Y ME LLAMARON LOCO, ME TRAJIERON A UN LUGAR Y EN LAS NOCHES CUANDO QUIERO DORMIR, ME DESPIERTAN PARA INYECTARME. PERDI LA LOZANIA DE LA EDAD, LA RAPIDEZ DEL TIEMPO, SOY ACASO EL ESPEJO DE LO VIEJO?. MIS AMIGOS YA MURIERON, MI FAMILIA YA PARTIO Y YO SIGO AQUI, EN UNA CARCEL, LLENA DE MEDICAMENTOS, QUE NO CONOZCO, GRITO Y ME DESESPERO, RECLAMO MI DERECHO A ELEGIR, PERO SOLO SE OYE EL ECO DEL LAMENTO, PERO PARA TODO HAY MEDICAMENTO . ¡OH SEÑOR; HE PERDIDO TANTAS COSAS QUE NO SE PORQUE DICEN QUE ALGUN DIA GANARE Y LOS QUE LO DICEN ACASO NO LO HAN PERDIDO. TRIBUTA A USTEDES.

BETZABEL

AL HOMBRE QUE AMO.  
A TI COMPAÑERO DE LAS CAIDAS Y TRIUNFOS.  
A TI SUEÑO DE NIÑA, ESPEJO DE ADOLESCENTE, AROMA DE ETERNIDAD.  
A TI HOMBRE GENTIL QUE SUPISTE SOPORTAR LA DUALIDAD DE MI TORMENTA.  
A TI SER ESPECIAL QUE ME ENTREGO LO MEJOR DE SI A TI TE DOY LAS GRACIAS.

¡G R A C I A S A TODOS QUE DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA ESTUVIERON CONMIGO;

## Introducción

"La idea preconcebida ha sido y será siempre un móvil de un espíritu investigador" (Rafael Sales, 1988)

El fenómeno universal del proceso de envejecimiento parte de un balance histórico y psicológico del mundo actual, su estudio formal toma auge durante la postguerra (1919), por la devaluación económica, social y política en que se encontraba el mundo. La asamblea general de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) en 1978 aprueba la resolución 3252 donde se dan las bases para la investigación en el área geriátrica. Abriéndose un campo amplio de investigación gerontológica en un lapso de cuatro años llegando a tres propuestas:

- a) Legales y administrativas.- Que son prácticas y dirigidas a procurar el bienestar al senecto.
- b) Pedagógicas.- Para el trabajador senecto que labora.
- c) Institucional.- Organismos Gubernamentales que trabajan en favor de las personas de la Tercera Edad; principalmente el ISSTE, SALUBRIDAD, IMSS, DIF, DDF, La Junta de Asistencia Privada (preparación de recursos humanos en Geriatría y Gerontología, que tiene como objetivo primordial proteger, orientar, apoyar y cuidar a la vejez mexicana que en teoría son funcionales y en la práctica insuficientes. Al intentar

resolver esta problemática y atender esta vía artificial se han creado programas médico-asistenciales y modelos de asistencia gerontológica. Pero pocos son los que cuentan con una infraestructura adecuada.

Uno de los problemas metodológicos a los que se enfrenta la gerontología es la conceptualización y definición de la vejez, muerte y suicidio. En la presente investigación se estudio los procesos biopsicosociales bajo tres perspectivas, la primera es la Médico-Biológica, que la define "Proceso biológico universal, endógeno intrínseco, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico, que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno como al medio ambiente externo y que lleva inevitablemente como destino final a la muerte entendida como la cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio y circulatorio.<sup>1</sup>". La segunda, la Histórico-Social que la define como "Estado de una persona que por razón de su crecimiento en edad sufre un desapego a la actividad comunitaria debido a su disfuncionalidad orgánica, basada en el engrane social, siendo la cesación de esta un estado de muerte" y por último la Psicológica "que nos permite entender esta etapa de la vida como una interacción organismo-sociedad-individuo que concluye en la "época de las pérdidas" definida como "Una

---

<sup>1</sup>. Bernard Strehly.

situación indeseable<sup>2</sup>" lo que nos lleva a entender el porque del suicidio en esta etapa, cuya definición general es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la victima misma sabiendo el resultado (Davison 1988) existiendo infinidad de suicidios, lo que se amplia en el capítulo cuatro, definiendo al suicidio oculto no clasificado, se considera como "La negación de las normas sociales, del orden colectivo y por ende la culpabilidad, con una realidad moral, humana" que no debemos criticar con dogmas de fé. La muerte, el suicidio y la vejez son un trinomio perfecto aceptado en todos los contextos de manera consciente o inconsciente, volviéndose un derecho de todo ser humano como: nacer, crecer, reproducirse y morir. En esta etapa de la vida el viejo debe Morir, y entre más rápido mejor, porque es lo que la sociedad espera de él y lo demuestra de muchas formas.

La presente investigación de la muerte en serie y suicidio oculto en ancianos institucionalizados, surgió al observar que la mayoría de los estudios sobre mortalidad se realizan con técnicas epidemiológicas, y no ante la presencia de los casos reales como es la muerte en los ancianos, centrados en las características estereotipadas o aparentes de los mismos. La muerte en serie y suicidio oculto, es estudiado con un análisis de muertes sucesivas en ancianos institucionalizados, en el cual se sospecha la presencia del suicidio oculto.

---

<sup>2</sup>.- La muerte es vista como la separación del alma y el cuerpo; definición que aparece desde Platón

La institución, dependencia del DIF fue la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" donde detecté cuatro principales problemas en la institución y su burocracia impermealizada.

- a) Los vicios de la institución en su organización y administración en un lapso de 8 años, mismo director y equipo administrativo.
  - b) La gran demanda para ingresar y el hacinamiento de las personas de la Tercera Edad (debidas al abandono familiar, alcoholismo, etcétera.)
  - c) La existencia de personas con discapacidades, desviaciones sexuales, y disfuncionalidades crónicas.
  - d) Ambiente y contexto: instalaciones inadecuadas para personas de la tercera edad, que propician en el anciano sentimientos de soledad, culpa y depresión.
- (Fotos 1, 2, 3, 4)

La institución cuenta con una población de 150 adultos mayores, conformada por 100 mujeres y 50 hombres, con edades que varían de 65 a 100 años, acompañados de enfermedades crónicas y agudas, con porcentajes elevados, siendo las más frecuentes encontramos: Hipertensión 85%, diabetes mellitus 35%, problemas cardiovasculares 25,; Cáncer (estómago, mamarías) 23%, acompañados de problemas de incontinencia, continencia, respiratorios (Asma, efisema pulmonar) frecuentes caídas (baño) etcétera. Siendo una población cautiva.<sup>3</sup> esteriotipada por los cuatro pilares

---

<sup>3</sup>. La Casa Hogar para Ancianos, tiene el objetivo de mantener, y proporcionar al senecto todos los satisfactores necesarios para vivir, se cuenta con personal multidisciplinario y administrativo para lograr estos objetivos.

de la Geriátría, y manifestaciones normales como la Plexbiacusia y Plexvisia, deterioro progresivo, lo que nos hace notar que los ancianos presentan polipatologías, porque es frecuente encontrar al senecto con problemas renales, hipertensión y farmacodependencia, en los hombres las enfermedades son más fuertes. Algunos autores afirman que existe un síndrome depresivo que lleva a un suicidio imitación, que se da más en los hombres que en las mujeres, lo cual aún están en debate.

Bajo ciertos ambientes se da la muerte sincronizada, que partiendo de un principio común en la tercera edad es dada por las pérdidas irremediables. La muerte es la pérdida terrenal y la ganancia de la tranquilidad espiritual, para algunos senectos pero para otros es el último recurso para salir de sus pesares.

La importancia de la presente investigación radica en su originalidad, ya que son escasos los estudios de muerte en serie de personas de la tercera edad institucionalizados; la obtención de la información fue posible gracias a que desempeñé prácticas profesionales en la Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet", cuyo ambiente deprimente era el adecuado para analizar la ocurrencia del evento, sin manipular la información, ya que el contexto ambiental y las relaciones interpersonales encadenadas a los prejuicios y vicios del sistema fueron de suma importancia, más no las causas de esos sucesos; Sin embargo las fuentes no permiten establecer una correlación concluyente entre la muerte en serie y el suicidio oculto, comentando al final la importancia de realizar estudios posteriores de muerte y suicidio en la tercera

edad, para poder entender y utilizar estrategias de intervención psicoterapéutica y de gerontología social.

A lo largo de esta investigación puedo definir a la vejez que es un fenómeno universal, como la amalgama de condiciones biológicas, sociales y psicológicas que alteran al individuo, que sin pertenecer a nadie, viven implícitamente en él, al igual que la muerte. De ahí la connotación de la época de las pérdidas, la dualidad de la decisión de morir o luchar por vivir con las polipatologías es un reto personal.

Los objetivos de la presente Investigación fueron, rastrear las muertes ocurridas desde 1983 hasta 1994, para poder darles un tratamiento de series en el tiempo a través de sus respectivos expedientes de defunciones, con los siguientes datos: día de muerte, mes y año (cuadro A ). Comparar el índice y distribución de las muertes de 1993 y 1994 con un análisis transversal (fig 2y3 ). Analizar los factores institucionales relacionados con las características del suicidio, contextos ambientales depresivos. (fotos en la antesala de la muerte) Comparar la Tasa y Distribución de la Mortalidad de 1993 y 1994 con los años anteriores estudio transversal.(FIG 3)

Identificando los meses y días de mayor prevalencia como Enero y Febrero, los días 7 y 22. Explicados en el cuadro A, con sus respectivas gráficas por cuadrantes.

j  
e  
s  
p  
e  
p  
e  
m  
a  
z  
s  
d  
e  
e  
t  
d  
e  
s  
a  
p

edad, para poder entender y utilizar estrategias de intervención psicoterapéutica y de gerontología social.

A lo largo de esta investigación puedo definir a la vejez que es un fenómeno universal, como la amalgama de condiciones biológicas, sociales y psicológicas que alteran al individuo, que sin pertenecer a nadie, viven implícitamente en él, al igual que la muerte. De ahí la connotación de la época de las pérdidas, la dualidad de la decisión de morir o luchar por vivir con las polipatologías es un reto personal.

Los objetivos de la presente Investigación fueron, rastrear las muertes ocurridas desde 1983 hasta 1994, para poder darles un tratamiento de series en el tiempo a través de sus respectivos expedientes de defunciones, con los siguientes datos: día de muerte, mes y año (cuadro A ). Comparar el índice y distribución de las muertes de 1993 y 1994 con un análisis transversal (fig 2y3 ). Analizar los factores institucionales relacionados con las características del suicidio, contextos ambientales depresivos. (fotos en la antesala de la muerte) Comparar la Tasa y Distribución de la Mortalidad de 1993 y 1994 con los años anteriores estudio transversal.(FIG 3)

Identificando los meses y días de mayor prevalencia como Enero y Febrero, los días 7 y 22. Explicados en el cuadro A, con sus respectivas gráficas por cuadrantes.

Al encontrarse los expedientes como Archivo Muerto, el rastreo de las muertes ocurridas fue tardado, se encontraban en un completo abandono con polvo, pareciera que se mueren al igual que sus respectivos residentes aunque ellos no son la causa de que ellos mueran, reiterando que "La vida no puede considerarse, calificarse o medirse, diciendo que es corta o larga, sino si fue útil o inútil". Para aclarar lo anterior definire el contexto ambiental como si fuera un visitante, ya que el sucedáneo de las época de las perdidas en la vejez, se vive a través de los ojos de un espectador.

#### LA CASA VISTA DESDE UNA PERSPECTIVA HUMANA

*Las paredes vacías con sello de propiedad ajena, pasillos largos donde cada paso refleja el sentido estético de no ensuciar, de no tocar, de no usar, de no existir, para poder llegar a un cuarto donde se asigna una cama, como un cajón, sin privacidad, donde cada ronquido es una queja y cada lamento es un pretexto para ir a la enfermería, mendigando atención. De momento percibes que no estás solo, sino mal acompañado, todos luchan por tener un espacio, hay peleas, porque se peino alguien y el cabello cayó en una cama, por un lugar en el comedor y sobre todo los cambios son una puñalada a su modo de vivir, los muros fríos vacíos, donde la luz es una superficial realidad, los colores amarillo, azul y gris en tonos pálidos hacen más patético el lugar, que contiene una superficie vacía; En estas salas utilizadas como dormitorios se percibe el aroma del olvido, la cama refugio de ensoñaciones es la soledad palpable, la gente evade su realidad y se dedica a dormir, a rezar, a soñar que aún es joven y sobre todo a morir, me pregunto aún ¿Es aquí, dónde pasarán los últimos momentos de su vida? en una constante agonía, ¿porqué es tan difícil, llegar a viejo y serlo? a lo largo de la investigación entendí, quien mira a su pasado puede aprender, pero de forma individual decidir si tiene el tiempo de hacerlo mejor.*

Al encontrarse los expedientes como Archivo Muerto, el rastreo de las muertes ocurridas fue tardado, se encontraban en un completo abandono con polvo, pareciera que se mueren al igual que sus respectivos residentes aunque ellos no son la causa de que ellos mueran, reiterando que "La vida no puede considerarse, calificarse o medirse, diciendo que es corta o larga, sino si fue útil o inútil". Para aclarar lo anterior definire el contexto ambiental como si fuera un visitante, ya que el sucedáneo de las época de las pérdidas en la vejez, se vive a través de los ojos de un espectador.

#### LA CASA VISTA DESDE UNA PERSPECTIVA HUMANA

*Las paredes vacías con sello de propiedad ajena, pasillos largos donde cada paso refleja el sentido estético de no ensuciar, de no tocar, de no usar, de no existir, para poder llegar a un cuarto donde se asigna una cama, como un cajón, sin privacidad, donde cada ronquido es una queja y cada lamento es un pretexto para ir a la enfermería, mendigando atención. De momento percibes que no estás solo, sino mal acompañado, todos luchan por tener un espacio, hay peleas, porque se peino alguien y el cabello cayó en una cama, por un lugar en el comedor y sobre todo los cambios son una puñalada a su modo de vivir, los muros fríos vacíos, donde la luz es una superficial realidad, los colores amarillo, azul y gris en tonos pálidos hacen más patético el lugar, que contiene una superficie vacía; En estas salas utilizadas como dormitorios se percibe el aroma del olvido, la cama refugio de ensoñaciones es la soledad palpable, la gente evade su realidad y se dedica a dormir, a rezar, a soñar que aún es joven y sobre todo a morir, me pregunto aún ¿Es aquí, dónde pasarán los últimos momentos de su vida? en una constante agonía, ¿porqué es tan difícil, llegar a viejo y serlo? a lo largo de la investigación entendí, quien mira a su pasado puede aprender, pero de forma individual decidir si tiene el tiempo de hacerlo mejor.*

SEGUNDO NUMERO DE FEBRERO 1977  
Nº 479 TOMO XXXII Nº 4

# Tribuna Médica



## Perspectiva Médico-Biológica

### Definición de envejecimiento y muerte

"La realidad es la mera descripción de un fenómeno que no garantiza su definición objetiva" Anónimo

A cinco años de que termine el siglo XX, nos encontramos en la necesidad de hacer un balance psicológico e histórico del mundo contemporáneo que nos permita entender la transcendencia en la Tercera Edad del suicidio oculto (Rivera Casado, 1991), sus consecuencias en la sociedad. El saldo que paga el mundo por sus excesos, es una profunda destrucción del planeta, de la cultura, tradiciones y valores del ser mismo que nos lleva a la paradoja de que el hombre desea ser viejo; sin embargo se queja cuando lo consigue, dado que lo acompañan enfermedades crónico-degenerativas que le impiden ser funcional, culpando a la vejez de todos sus males, como una forma de salvaguardar su dignidad. (Wasley Thomás, 1936)

El envejecimiento es algo más que una progresión inevitable de circunstancias biológicas "es una amalgama de condiciones sociales, emocionales y psicológicas que alteran al individuo" (M.I.) que no pertenece ni al presente, ni al pasado, ni al

científico, ni al analfabeto, pertenece a lo humano" M.I.<sup>1</sup>. El proceso del envejecimiento representa un obstáculo particular en donde no debe perderse de vista la correlación entre el concepto de vejez y la explicación del mismo término, por lo que fue necesario conceptualizar el proceso de envejecimiento de forma operativa en tres perspectivas que son las siguientes: Médico-Biológica, Histórica-Cultural y Psicológica.

La primera perspectiva, ve la parte fisiológica y corporal del ser humano; donde la vida y muerte del senecto son fenómenos artificiales y predecibles. El concepto de vejez, dentro de la biología y medicina lleva a una teorización, creada hace treinta años, resultado de nuestro mundo evolutivo, empezando con el término ageísmo, introducido en la Geriatria y Gerontología por Butler en 1973, (cit. en Krassoievicth, 1993), el cual Salvarezza en 1988 traduce atinadamente como viejismo. La Gerontología es el estudio del proceso de envejecimiento en todos sus aspectos, abarca desde investigaciones de biología molecular, estudios socioeconómicos y consecuencias socioculturales, jubilación (Mishara BL. y Riedel RG, 1993)

La Geriatria es el mantenimiento del anciano en su propio domicilio en buenas condiciones de salud tanto físicas como funcionales, la problemática de la vejez bajo esta perspectiva es considerada como campo de estudio más que como objetivo formal de una ciencia. Lo que concluye que las ciencias naturales tienen como

---

<sup>1</sup>. Felipe Arronte, GEMAC, material mimeografiado.

objetivo ver la realidad como una reflexión secular de la humanidad sobre la ancianidad y da una imagen impregnada de aspectos negativos e impresionistas. (GEMAC).

En la Medicina y La Biología existen diferentes criterios para determinar cuando se llega a la vejez, sin embargo estas disciplinas han saturado su conocimiento de definiciones que tienen un principio en común, el deterioro biológico, por lo que la Gerontología se ha dividido a su vez en cuatro ramas que señalo a continuación.

- 1.- Biología del envejecimiento
- 2.- Geriatria
- 3.- Gerontología Psicológica
- 4.- Gerontología Social

La definición del proceso de envejecimiento, bajo esta perspectiva se divide en dos grandes rubros Biológica y Médica siendo los ejemplos más claros los siguientes:

#### **Biológica**

- a) **Progresiva:** Deterioro del organismo ocasionado por el proceso de envejecimiento tanto estructural como funcional del organismo humano.
- b) **Vejez:** Proceso de decadencia estructural y funcional del cuerpo humano.

#### **Médica**

- c) **Vejez:** Resultado de todos los procesos que llevan a una disminución de la reserva homeostática y, por ende a una adaptabilidad reducida. consecuencia

del deterioro de los mecanismos homeostáticos, por la edad, es el aumento de la variación intraindividual de las funciones orgánicas.

- d) **Definición clásica:** "Proceso biológico universal, endógeno intrínseco, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico, que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno como al medio ambiente externo y que lleva inevitablemente como destino final a la muerte" Bernard Sthrely (Cit. por Felipe Arronte en Disfuncionalidad, 1994)

Como podemos observar las ciencias y profesiones médicas, tienen como objeto el proceso propio de la decadencia biológica, estructural y funcional, decadencia que intenta retrasar (e incluso, idealmente suprimir) enfermedades que tratan de prevenir, aliviar o sanar. Con el mismo objetivo que en el siglo XVIII y XIX de la Medicina Medieval, cuando aparecen los primeros trabajos científicos (Walshe, 1988)<sup>2</sup>. Es creada con la época post-modernista la definición de envejecimiento normal que constituye la vejez, saludable, disminución o carencia de enfermedad. Otra más ejemplificada es la condición física carente de enfermedad aguda condicionada por factores genéticos, originales y hereditarios de cada persona y factores del medio ambiente y psicosocial.(M.I.) A pesar de los grandes esfuerzos de la medicina, prevalece un término común de decadencia en la tercera edad ya que la fragilidad, autonomía e incapacidad son vistos en términos de funcionalidad y no de expectativa.

¿Qué nos representa esta perspectiva? sólo, el reiterar que la medicina y la biología, las ciencias naturales en general son tributarias del énfasis de las enfermedades, decadencia, pérdidas, en el adulto mayor ya que han olvidado las necesidades propias del senecto, dándoles tratamientos paliativos que no toman en cuenta la aptitud residual de los órganos en esta etapa, sino que su atención descansa en lo que debe ser; Sin embargo debemos reconocer que pocos campos han sido tan prolíficos en estudios del envejecimiento, como la biología y las ciencias naturales que abarcan desde la antigüedad a nuestros días (Waisley Thomás, 1986)

Si consideramos al envejecimiento como una pérdida progresiva de capacidades, como un desgaste, un deterioro o la consecuencia del paso del tiempo, automáticamente limitamos u orientamos su posible explicación a estas disciplinas, pero, sin embargo, son ellas las que más investigaciones y teorías tienen, aunque algunas de ellas "dudosamente" están relacionadas con la evolución biológica y reconocen a la vejez como un proceso universal, ha quedado inhumanamente el antropocentrismo en la mayoría de los intentos por descubrir su génesis (Rivera Casado, 1991), llevando al investigador a pensar en el individuo en dos niveles, micro y macro, el primero está lleno de teorías del proceso del envejecimiento ¿Por qué envejecemos? y la segunda son los cambios anatómicos, fisiológicos que se producen en el cuerpo y como dicen algunos a la vista de todos.

Es necesario establecer una diferenciación entre la vejez como una etapa de la vida

(que se explicará en los próximos capítulos) y el envejecimiento como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento. En el primer nivel encontramos las siguientes teorías (M.I.<sup>2</sup>):

### 1.- Endocrinológicas.

El sistema realiza la función de coordinar el metabolismo y el desarrollo orgánico, a través de mensajeros bioquímicos que denominamos hormonas, estableciendo una jerarquía de niveles de información, que van de niveles suprahipotálamicos, hasta órganos específicos, cuya función queda así regulada, tal regulación consiste, en última instancia, en activar, reprimir, potenciar o inhibir la expresión genética o la actividad enzimática a nivel celular. El deterioro del tejido nervioso conforme avanza la edad, afecta a la mayoría de las funciones endócrinas donde los procesos de envejecimiento se desencadenan a partir de un reloj biológico situado en algún centro suprahipotálamico, que a través de neurotransmisores como la serotonina, modifique las secreciones hipotálamicas de hormonas liberadoras de hormonas hipofisarias, afectando así a todo el organismo. (timo, glándula, pineal) recordemos que lo esencial en el proceso del desarrollo es la activación y represión de la expresión genética en tiempos específicos. Desregulación hipotálamica provocada por el deterioro de los controles endócrinos y neuroendócrinos, ya sea por la pérdida de sensibilidad, cantidad de receptores o deficiencia en neurotransmisores (variando de individuo a

---

<sup>2</sup> - Eduardo Rubio, Teorías del envejecimiento, ponencias diplomado 1994, pág. 7, I módulo.

individuo). (M.I.)<sup>3</sup>

## 2.- Stress.

Una repetida exposición a las tensiones, en períodos prolongados produce daños particulares al sistema cardiovascular, al sistema digestivo, inmune, nervioso y músculo esquelético, como sería el caso del envejecimiento de la colágena en animales de laboratorio expuestos a tensión.

## 3.- Teoría de acumulación de errores.

Es en la fidelidad de la síntesis de proteína, donde los errores se producen en algunas de sus etapas: iniciación, activación, erogación y terminación. Tales errores pueden converger hacia un estado estable de ineficiencia, retardando así el envejecimiento a divergir, lo cual trascendería en una mayor acumulación de errores hasta estropear completamente la fisiología celular y orgánica (L. Orgel 1963 cit. en GEMAC 1994), aún con poca vigencia esta teoría por no demostrar los errores (D.MBA) intracelulares en la síntesis de proteínas, no necesariamente quedan circunscritos a la célula, sino que pueden afectar amplios sectores del organismo, como sería el caso de las secreciones hormonales que llevan al deterioro biológico y no sólo al envejecimiento.

## 4.- Teoría Mitocondrial.

Actualmente se cuenta con una clara explicación para el deterioro de células

---

<sup>3</sup>.- Eduardo Rubio, Memorias del envejecimiento, ponencias Diplomado, 1994. pág. 7

postmitóticas, que es la producción de radicales libres, los cuales eventualmente pueden afectar a la información genética mitocondrial, de manera que un número creciente de mitocondrias no puedan regenerarse, haciéndose cada vez más vulnerables al daño de sus membranas.

#### 5.- Teoría celular del envejecimiento.

Por medio de la teoría de la sucesión clonal, donde es posible relacionar el número de duplicaciones celulares in vitro con la longevidad del individuo, pues no todas las células del organismo pueden duplicarse 60 veces, ya que esto implicaría un crecimiento gigantesco independientemente de la muerte celular. Tomando en consideración "Células germinales" con un potencial de 60 duplicaciones rodeadas por siete células mitogénicas que dieran lugar a sólo tres generaciones de células en diferenciación, se puede conciliar el tiempo para llegar al límite de la misma con la longevidad máxima del individuo.

#### 6.- Teoría genética.

Estas teorías proponen al programa genético como el responsable del envejecimiento del organismo, estando muy relacionada con la teoría celular, con los siguientes postulados:

- a. Un mensaje genético se escribe en un lenguaje específico, utilizando en distinta proporción los 61 condones posibles.

- b.- Células especializadas que usan lenguajes específicos, es decir, cada célula expresa distintos mensajes del genoma de la especie para diferenciarse en el organismo.
- c.- La diferenciación es controlada por un contenido de R.N.A..
- d.- Su desarrollo programado por la retroalimentación
- e.- Los efectos de represores celulares para el uso de determinados codones, del código genético. En 1983, Blazejowski y Wetoster descubrieron que la capacidad de síntesis de proteínas en sistemas libres de células de distintos tejidos de ratón disminuye marcadamente entre los 21 y 22 meses de edad lo cual podría ser la causa fundamental de los decesos que ocurren poco después de los 24 meses de edad. (Gemac 1994)

#### 7.- Teoría de los radicales libres.

Se trata de átomos y moléculas que contienen átomos con un electrón no apareado, pero no necesariamente con una carga neta, sino que requieren equilibrar el octeto en su orbital exterior de valencia. En los seres vivos los radicales libres participan en variadas funciones metabólicas, pero particularmente en los dos procesos fundamentales del flujo de energía del mundo biológico: la fotosíntesis y la respiración. En la inmensa mayoría de los organismos vivos, la producción de radicales libres constituye la primera línea de defensa en contra de organismos.

Hasta la década de los 60's, se comienza a reconocer el daño biológico que los

radicales libres derivados del oxígeno causan a macromoléculas de importancia capital, para las funciones de los seres vivos, como son las proteínas y los ácidos nucleicos.

#### **8.- Teoría inmunológica del envejecimiento.**

Esta teoría tiene 25 años, donde el sistema inmune se visualiza, como un sistema exclusivamente protector del organismo que se vuelve contra el, disminuyendo sus defensas. Dado que al avanzar la edad aumenta la frecuencia de reacciones autoinmunitarias, entre las que destacan, las enfermedades reumatológicas; asimismo, la velocidad de respuesta inmunitaria decrece y la incidencia de tumores junto con la propensión a enfermedades contagiosas aumenta conforme avanza la edad, todo lo cual apoya la idea de que el envejecimiento depende del adecuado funcionamiento inmunológico. (otras recientes son el lupus erimatoso). Existe debate al respecto, ya que todos los adultos mayores presentan una disminución irremediable del Sistema Inmune.

Antes de entrar a hablar del segundo nivel es necesario decir que las definiciones y teorías del envejecimiento nos aportan dos elementos importantes de gran controversia. La edad de 65 años como parámetro para decir que una persona es adulto mayor y el aspecto fisiológico que aparentemente está desligado de lo social.

Aclarando lo anterior en el adulto mayor se presentan problemas especiales (que tratan de resolver muchos campos del conocimiento) donde urgencias sencillas se transforman en complicadas. por otra parte se ve disminuida la capacidad de ellos para soportar los esfuerzos impuestos por alteraciones severas del ambiente endógeno y exógeno. (M.I.)

En el envejecimiento como etapa de la vida terminal es difícil distinguir los cambios que ocurren en el adulto mayor, porque las enfermedades se presentan en forma típica, en donde el organismo de una persona de la tercera edad es cualitativamente distinta al del adulto mayor, por lo tanto, la expresión de la patología es diferente.

En este segundo nivel, nos concretamos en una respuesta del área médica que ha realizado cuidadosos estudios de los cambios anatómicos, fisiológicos normales que se producen en el individuo (siendo una labor muy difícil de concluir) creando parámetros para dicho fin.

En el segundo nivel, entre los cambios Físicos-Anatómicos encontramos lo siguiente:

- a) Piel y pelo. Aumento de la pigmentación, se atrofian las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos de la epidermis. Disminuye la grasa subcutánea y los vasos sanguíneos se hacen más gruesos (colocación, textura, delgada, arrugada, seca, frágil, púrpura senil, verrugas, atróficas y envejecimiento).

- b) Nariz, garganta y lengua. Atrofia de la mucosa de estos órganos así como la degeneración neuronal de las papilas gustativas, se consideran cambios morfológicos normales, resistencia al cloro, potasio y calcio. "perdida de riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales, siendo el cerebro el que presenta una disminución de su peso de 11% aproximadamente.
- c) Atrofia (Disminución en el tamaño, volumen y peso de los órganos)  
Hipofunción (Disminución en las funciones)  
Plexbiacusia (Disminución de las funciones del sistema auditivo)  
Plexvisia (Disminución de la capacidad visual)  
Tacto (Disminución de la sensibilidad)  
Músculo liso (perdida de elasticidad)
- d) Músculo y esqueleto. El sistema muscular se atrofia con la llegada de la vejez, disminuyendo la masa muscular y la fuerza física. Existiendo la fragilidad en los huesos (elasticidad, flexión, tono) cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales y disminución de la capacidad de recuperación.
- e) Dentadura. El proceso del aparato digestivo se caracteriza por la aparición de caries dental, atrofia gingival, aparición de alteraciones atróficas de la mandíbula y los cambios de la mucosa gástrica e intestinal.
- f) Riñones. La función renal se conserva en la Senectud, aunque aparecen modificaciones netas, hasta los 85 años aproximadamente, la masa renal se ve reducida en un tercio, en la misma escala disminuye el flujo sanguíneo renal.

Envejecimiento de las células epiteliales con pérdida de elasticidad.

- g) Corazón. la aorta añosa pierde elasticidad, y en ocasiones bloqueos de rama, arteriosclerosis.

Para poder distinguir entre una patología y un envejecimiento normal es importante realizar una evaluación funcional de la Actividad de la Vida Cotidiana, (KANTZ 1960) que es un método que se utiliza para describir capacidades y limitaciones que un individuo experimenta y así medir la forma de realizar actividades que son necesarias en la vida diaria, usando esta técnica pueden ser medidas con la misma instrumentación las necesidades y resultados.

Siendo el objetivo primordial aliviar el dolor o sufrimiento a través de un cuidado activo, flexible e interdisciplinario donde exista la atención especializada hacia el adulto mayor.

Para las ciencias naturales, el envejecimiento y la muerte son vistos como un fenómeno biológico irreversible por que es como suponer que la presencia y la ausencia son antónimos de la existencia, esta resistencia de todo ser humano, sin importar su edad, es el derecho fundamental de poder morir con toda dignidad, con plena aceptación y en total paz.

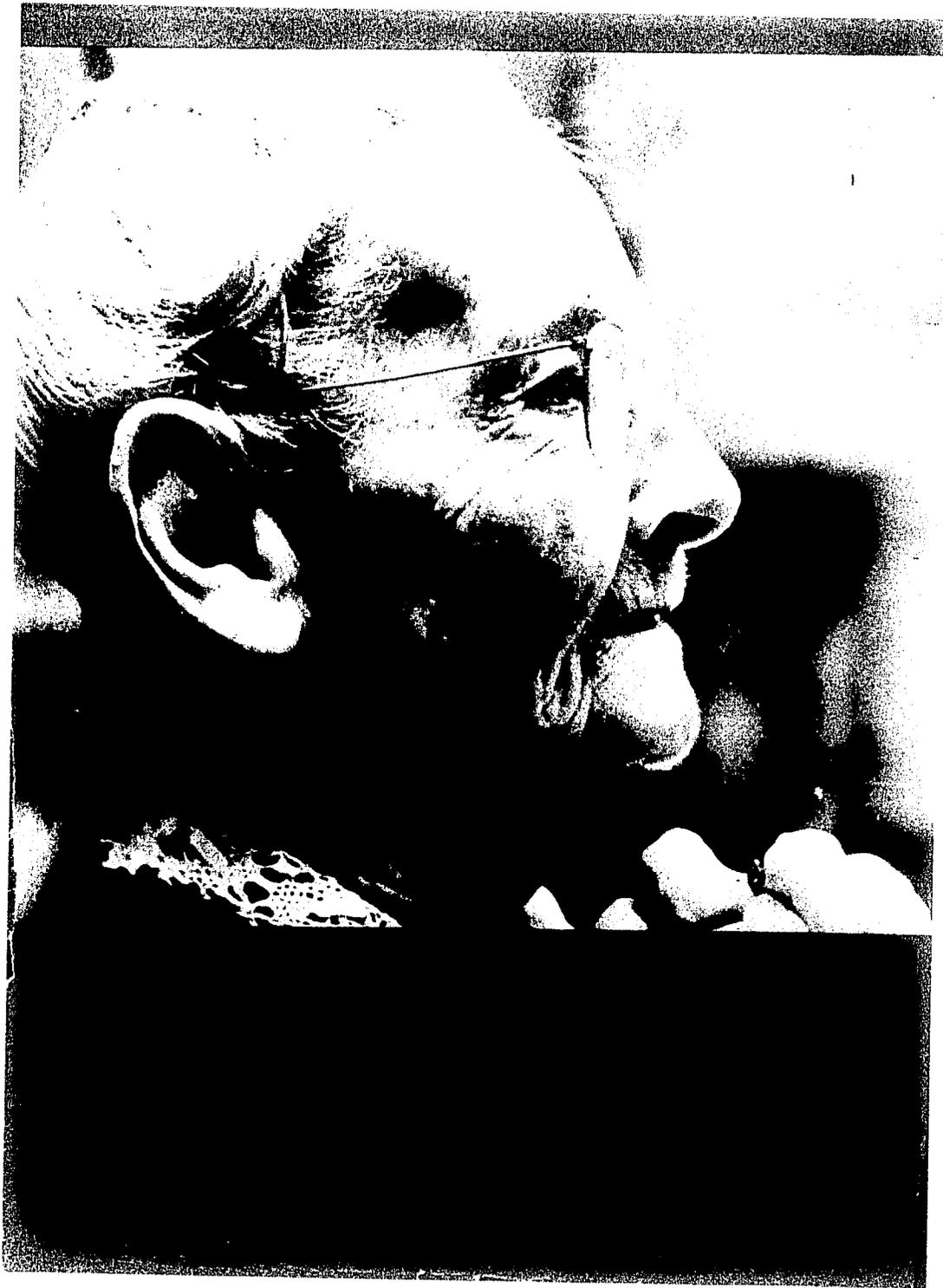
Pero ¿Qué es la muerte? Existen tantas definiciones de ella como personas, la muerte bajo el punto de vista de la medicina es simplemente la cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio y función espontánea del aparato circulatorio; esta definición ve al hombre como un ser físico y fisiológico. ( Cit. R.A. Mackinnan/R. Michels, 1985)

La muerte es un sufrimiento porque morir es acabar con nuestra red de intercomunicaciones, morir es todo un proceso; al morir se vive una mezcla de emociones: La primera es angustia: miedo al futuro. La segunda es la frustración: fruto de la impotencia que se tiene ante la muerte y del saber que ya no hay tiempo; ante la frustración surgen la tristeza y la rabia. La rabia hay que echarla fuera; la tristeza debe ser manejada: tenemos que encontrar un sentido al pasado y a nuestra vida, meternos al mundo de los valores. La tercera es la de la aparición de culpas. La culpa, simplemente la debemos de quitar por que nos lleva a una depresión, depresión reactiva, ansiosa y anticipatoria, y limita al ser humano. (Tribuna Médica)

Envejecer es vivir una continua disminución de la capacidad de hacer las cosas, pero con la ganancia de la experiencia o acumulación de información. La calidad de vida de los ancianos dependerá del afecto, del amor con que se le trate. La vejez se vive como: soledad, sentimiento de mutilidad, falta de afecto, aislamiento, temor a la intimidad, temor a la muerte, depresión; estos estados psicológicos que provocan daños profundos en la salud mental del anciano y provocan repercusiones negativas

dentro del organismo y el ambiente familiar o institucional serán analizados en los siguientes capítulos, al igual que los suicidios en ancianos, Ya que en México de cada 10 suicidios, al menos 2 de ellos son realizados por personas mayores de 60 años, por lo tanto podemos afirmar que la causa principal de estos suicidios es la depresión, que puede surgir ante la pérdida de una esperanza real. Cuánto más vive el hombre cuanto más se plantea el problema del futuro. Lo afronta a una dimensión personal. El futuro lo debe ver como esperanza. Si muere la esperanza, no hay vida, vendrá la ideación suicida. (Albarrán Eugenia, 1993)

Al morir el anciano se enfrenta al último suceso de su existencia. Tiene todo el derecho de ser ayudado para que éste, el más trascendental acto de su vida, lo viva con plena aceptación, dignidad y paz. Comenzará el dolor de la angustia mucho antes de ser realmente enfermo. Durante años sufrirá y hará sufrir por sus frustraciones y culpas; será víctima de sus culpas absurdas y padecerá el dolor de la depresión reactiva, ansiosa y anticipatoria. Ser viejo no es sinónimo de ser feliz por morir; por esto es importante dialogar con ellos y abrirles la puerta de una esperanza real. Dos cosas hay que tomar en cuenta: no caer en el fácil remedio de acudir a la religión para ocultar o aliviar sus angustias personales, respetar la espiritualidad del anciano y de su familia, la segunda es darle un sentido a su vida, cuya esfera social le permita sentir un ser vivo y no muerto pseudoañoso que busca puertas falsas, por tal motivo, hablaremos sobre la parte social y familiar de las personas de la tercera edad en la perspectiva Histórico-Cultural.



## Perspectiva Histórico Cultural

### Definición de vejez y muerte

*"Si para todo hay término y hay tasa y última vez, y nunca más y olvido. Quien nos dirá de quien es esta casa, sin saberlo, nos hemos despedido" J. L. Borges*

La evolución de la humanidad ha adoptado diversas actitudes con respecto a la vejez. En las sociedades más primitivas, ni siquiera era un problema; ya que la función del ser humano era: nacer, crecer, reproducirse y morir. La etapa de transición entre nómadas y sedentarios es marcada por la reproducción a través de algún rito mágico, esperando que con este hecho, la persona asumiera una nueva actitud de acuerdo a su condición fisiológica, los que pasaban a la "adulthood" y se volvían enfermizos y débiles, o enviudaban, eran segregados del resto de la comunidad, ignorados, en el mejor de los casos y en el peor, torturados, enterrados vivos, asesinados. Algunos ancianos preferían morir antes de envejecer pues sabían el final que les esperaba, siendo realistas no ha variado mucho. (INSEN 1989)

En la época medieval tanto los Griegos como los Romanos preferían la muerte antes de conocer las penalidades de la vejez. En el Oriente, (China y otros países) se considera y parece un principio que persiste a la vejez con respeto, porque el Adulto mayor debió de haber adquirido una serie de conocimientos y conductas que la experiencia podría convertir en sabiduría, por lo tanto la llegada a la tercera edad se espera con ansia. Donde el viejo siempre es una persona digna que la comunidad aprecia y se preocupa por sus necesidades primarias y secundarias.

En la época feudal (occidente) esta concepción cambia, y se vuelve protectora, no solo la tribu, pueblo o civilización determinaba lo que se hacía con sus ancianos, sino que el gobierno crea los nosocomios y asilos, los cuales eran atendidos por religiosas (principalmente las teresianas M.I.). A finales de los siglos XVIII, XIX y comienzo del XX, la asistencia a los ancianos se vuelve de beneficencia pública y de caridad, ya que la familia después de las dos guerras mundiales es considerada desintegrada y el hombre cambia su percepción ante la vida, la vejez y la muerte, por lo tanto, ya no preocupa a los jóvenes, la idea del presente es "*vivir sin sufrir*" y cuando se es viejo se sufre, por lo tanto, no se debe echar raíces, ni tener compromisos que impliquen tiempo, olvidarse de los valores, ritos, creyendo en sus propias fuerzas, con una identidad llena de fantasmas y mucho menos llegar a viejos. (Zinberg N. E. Krauman, 1987). Pero, al contrario de lo que se esperaba después del vacío existencial, el crecimiento de la población de edad avanzada, es uno de los fenómenos que caracteriza el conflicto de la civilización en el mundo industrial. La esperanza de vida

al nacer es una expresión en sí misma impropia, porque un hombre que nace en 1994 tendrá las mismas posibilidades de morir en el mismo tiempo que el que en este momento tiene 50 años es hipótesis simplista, sería como pensar que la Medicina y demás ciencias no tendrán ningún progreso dentro de 50 años; sin embargo dentro de la simplicidad de la esperanza de vida en los países desarrollados (Europa principalmente) ha incrementado y la dinámica de la población mundial ha experimentado cambios en su composición de edades postulando tesis como estas:

- a) Para poblaciones en que la mortalidad ocurre al azar, la probabilidad de muerte no cambia con la edad, esto es absurdo, no es un caso representativo de ninguna población humana.
- b) Para el caso de la supervivencia dependiente de cambios ambientales al azar como sucede en la vida silvestre y puede asumirse para el hombre en la prehistoria.
- c) La variabilidad de los factores ambientales es contrarrestada por la actividad humana, conforme se eleva el nivel de vida, la curva tiende a ser rectangular.  
(M.I.)

Lo que respecta a nuestro país, la población de 65 y más años de edad tiende a incrementarse, a un ritmo semejante, que el de América Latina, por lo que debemos prepararnos para atender a una población de edad avanzada cada vez mayor,

calculando para el año 2,000 al 16 % de población añosa en México,<sup>1</sup> esto nos dice, que el avance tecnológico ha incrementado el número de años en la especie humana, conjugando factores como la biomédica, el mejoramiento de las condiciones ambientales, la disminución de la tasa de mortalidad, la seudocalidad de los aspectos nutricionales, pero no los mitos y prejuicios que hay sobre ella, que clasificamos de la siguiente manera:(Haward Golman, 1989)

Mitos y prejuicios. (Mitos = SNO de CV) El filósofo Griego Evémero sostuvo que los mitos no eran sino el recuerdo idealizado de los mortales modificado al contacto con otros cultos. (Larousee, 1995)

- a) Mitos del envejecimiento cronológico, como su nombre lo advierte es la idea de que la edad se mide solamente por el número de años vividos. No se toman en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que la determinan.
- b) Mitos de Improductividad, que el senecto no debe, ni puede trabajar, crear, etc. ya que es lento, y tiene pérdida de memoria, olfato, oído y un carácter amargo.
- c) Mito de la Inflexibilidad, aquí lo que es el senecto toda su vida lo será y no puede, ni quiere cambiar, es terco (aspecto personal).
- d) Mito de la senilidad. La senilidad se refiere a la pérdida de la memoria, a la disminución de la atención y a la aparición de episodios confusionales, pero no es una condición inherente a todos los ancianos. por lo tanto no es una

---

<sup>1</sup>.- Eduardo Rubio, Demografía de la vejez, 1995, pág. 6

característica esencial en la vejez.

- e) Mito de la serenidad, La serenidad y todo el paraíso terrenal, que algunos autores han dicho sobre la vejez, solo se puede tomar como un mito o un efecto publicitario de amor y de verdad en la tercera edad ya que nosotros nos damos cuenta de la marginación y poca autoestima de los mismos. (Manual de Psicología, INSEN 1989)

El gran aislamiento y vacío existencial entre generaciones hace que los jóvenes, piensen y sientan que son diferentes al adulto mayor y entre algunos de sus prejuicios encontramos:

Lo que piensa el joven del viejo y viceversa  
Dr. Saúl Belio Campoy

El viejo,	un ser humano al que consideramos una persona ajena a este mundo de prisas, de productividad, de acciones y actividades que requieren rapidez.
El joven,	un ser humano al que consideran una persona ajena a este mundo en el que se necesita más que fuerza, experiencia: más que rapidez, astucia.
El viejo,	aquella persona a la que escuchamos sin una atención total, que nos cuenta anécdotas, historias, experiencias de su tiempo.
El joven,	aquella persona a la que se escucha, que dice cosas sin pensar, que es arrebatado, rebelde y necio.
El viejo,	que tiene sus achaques, que los manifiesta para llamar la atención, que no entiende que es parte del desgaste del organismo.
El joven,	que desgasta sus energías en cosas sin sentido, que es temerario, que podría orientar hacia cosas positivas sus fuerzas.
El viejo y el joven, deben vivir en un solo mundo: el viejo y el joven necesitan compartir su tiempo, necesitan valorar sus necesidades y sufrimientos, según su edad, y mientras no rompamos los dos estas barreras que nos separan, seguiremos cada quien en un mundo diferente.	

Fuente: Revista el Día, Madrid, 1978

El cuadro nos muestra los prejuicios y deseos reprimidos de las dos generaciones que al pasar del tiempo no han podido adaptarse al proceso de tener y perder, porque no se puede ser sabio y ser joven al mismo tiempo. Tanto el viejo como el joven viven

en un solo mundo: necesitan compartir además de su espacio, su tiempo, necesitan valorar sus necesidades y sufrimientos, según su edad. Rompiendo las barreras que los separan, sino cada quien seguirá un mundo diferente que lleva a la destrucción del mundo que tenemos. Estas percepciones ponen en duelo a la sociedad, ya que el concepto de vejez va más allá de los mitos, prejuicios, y la propaganda escuchando cada día frases como las siguientes:

"La vejez es la época de las pérdidas"

"La vejez es la etapa cumbre de la realización suprema que se ha logrado a través del tiempo"

"La vejez es una cima, se comienza franqueando verdes valles andando a través de bosques, por entre flores, después de emprender la pendiente; sin embargo cuando se empieza a bajar uno ya no es el mismo y solo le toca recordar, porque falta un pecho robusto, ojos seguros y piernas buenas"

"La vejez es el atardecer de la vida"

"La vejez es una felicidad eterna que transfigura el rostro de alegría y felicidad que acompaña el dolor y queja que habrán terminado." Isaías 36, 10.

Que no definen, sino idealizan a la Tercera Edad como una etapa de precielo.

Dentro de esta perspectiva existen cuatro definiciones que tratan de explicar la vejez como una condición social a diferencia de la perspectiva Médico-Biológica, poniendo como primer problema la desvinculación y disfuncionalidad del senecto:

- a) **Cronológica.** Se toma la edad cronológica, como parámetro; algunos la llaman edad laboral o social, pero parten las dos de los años transcurridos desde el nacimiento. A partir de los 65 años uno ya es un senecto, lo más ilógico es que si se tienen 64 años 11 meses se es adulto menor, por lo tanto, esta definición

obedece al mito cronológico y a la necesidad estadística del individuo para etiquetar y controlar a la población.

- b) **Un estado de respeto.** La vejez es el estado de una persona que por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo que le produce un receso en su participación social. estado de una persona avanzada, lo que implica necesariamente, que su expectativa de vida disminuye. Como podemos notar al hablar de estado, se habla de un proceso, en donde se ve al senecto en relación a su funcionalidad, no a su rol actual.
- c) **Envejecimiento normal.** Constituye la vejez saludable, carente de enfermedades crónico-degenerativas. Esta definición sigue una base Médico-Biológica, aún dentro de las ciencias sociales que denota la falta de interés de las mismas por establecer terminología adecuada al proceso de envejecimiento, o mejor dicho la influencia en el ambiente socio-cultural en la tercera edad.
- d) **Externa.** Aquel proceso que lleva a la vejez saludable o aquella condición física carente de enfermedad normal y de marginación. Esta definición es una utopía, dado que existe un proceso degenerativo en la tercera edad.

Tomando en cuenta todo lo anterior en esta perspectiva la vejez es definida como: "El envejecimiento humano es un proceso de cambios, que se producen no sólo en el individuo, sino que afectan al conjunto social en el que vive, parece ser que el grado de envejecimiento de una sociedad dependen del grado de desarrollo de la misma. La duración de la vida, de los individuos de un país está directamente relacionado con

el uso del Producto Interno Bruto (PIB)<sup>2</sup>. Esta perspectiva, quitando el lado fisiológico y poético, reconoce que el sujeto humano constituye un producto complejo de la influencia de factores hereditarios originales del medio ambiente, materiales y psicosociales comprobándose la interdependencia de los factores en el resultado final, donde se apoya el concepto de viejo. Conforme envejecemos, el riesgo a la soledad o al abandono puede aumentar según la cultura y economía a la que se pertenece, esto implica un reto importante ya que en los últimos 50 años la población mexicana aumento 30 años promedio a su vida, teniendo menores tasas de fecundidad, lo que produce que en la tercera edad se imponga una cesación de las relaciones de trabajo, o al menos una reducción considerable; con la inmediata perdida de ingresos, en la vejez, las necesidades materiales se cubrirán a través de ahorros, jubilación, etcétera,\* sin embargo debemos aclarar que según las estadísticas en México, son muy pocos los ancianos que cuentan con ello. Siendo en la década de los '90, que se agrupan a los pensionados en cuatro grandes grupos.

- 1).- 375,000 son pensionados del IMSS con N\$290.00
- 2).- 229,000 son pensionados del IMSS y un complementario
- 3).- 196,000 son pensionados del IMSS con una pensión promedio de 1.5 veces el salario mínimo.
- 4).- 66,000 son pensionados del IMSS
- 5).- Finalmente el total de pensionados de 60 años y más es de 888,000, lo que deja una diferencia de 4,119,000 personas de edad avanzada sin pensiones,

---

<sup>2</sup>.- Gemac, 1991

sin familia, sin trabajo, sin un respaldo económico de seguridad social siendo la mayoría del género femenino. Estas mujeres nacidas en 1940 tenían una sobrevivencia de 42 años y los hombres de 40 años, cinco décadas después podrán vivir 73 y 67 años respectivamente, la mayor sobrevivencia de la población femenina a lo largo de este período una de las grandes diferencias que se registran en materia de mortalidad en México, dado que sus tasas de fecundidad son menores. (M.I.)

George C. Hyders (Cit. en Mishara, RG Riedel, 1982) realiza un porcentaje de personas viudas de 60 años y más por sexo, en países seleccionados, escogiendo uno de cada continente, los más representativos son:

Cuadro 1  
Porcentaje de viudez, 60 años y más  
1982

REGION	HOMBRES	MUJERES
Africa	7.5	51.0
Kenia		
Asia		
Japón	16.6	56.6
Latinoamérica		
México	10.8	36.6
Norteamérica		
Estados Unidos	13.2	44.5
Europa		
Suecia	14.2	34.0
Reino Unido	19.3	41.9

Sobresaliendo en el Cuadro 1, la aseveración de que hay más mortalidad de hombres antes de llegar a la tercera edad. Las mujeres tienen un alto porcentaje de longevidad

lo que las hace más vulnerables al impacto social en la tercera edad.

B. L. Mishara, R.G. Riedel, (1984). Este autor hace un buen resumen de seis modelos sociales, estos presentan diferencias mínimas así como numerosas superposiciones del comportamiento en la tercera edad. Los que se enumeran a continuación.

#### **Retraimiento y Actividad.**

- a) Cummings y Henry (1961). El individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad y está ofrece cada vez menos posibilidades de todo género, creyéndose que las personas de la tercera edad inician por si mismas el proceso de retraimiento y que la sociedad lo acepta.
  
- b) Según esta teoría una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos. (Cit. en Krassoievitch, 1993)

Madrox y Eisdorgel<sup>3</sup>(Cit. en Linbergne, 1962) han elaborado una característica de la moral y de la actividad de las personas de edad que comportan cuatro combinaciones posibles. Han hallado pocos hechos en apoyo de la hipótesis del retraimiento de Cummings y Henry (1961), esto los llevo a identificar cuatro tipos de sujetos, distintos entre las personas de edad, en función de la evaluación de las actividades

---

<sup>3</sup>. - Idem

y de la moral. Sus cuatro combinaciones son las siguientes:

- 1.- Actividad elevada/ moral elevada
- 2.- Actividad elevada/moral baja
- 3.- Actividad débil/ moral elevada
- 4.- Actividad débil/moral baja

Llegando los investigadores a la conclusión de que una moral elevada se encuentra asociada por lo general con un nivel alto de actividad y que esto depende de la situación económica y de las posibilidades que se ofrecen al sujeto.

En conclusión, se considera que ni la teoría del retraimiento ni la de la actividad pueden explicar más de una fracción de las situaciones reales. Parecen existir más bien, "tipos activos", "Tipos retraídos" así como otros "tipos" y su distribución sólo cambia en una proporción débil en función de variables como el trabajo, los ingresos, la instrucción y la edad.

#### **Medio social**

Esta teoría no sólo engloba el contexto social (con sus normas), sino que también obstaculiza los órdenes materiales y las posibilidades que se le ofrecen, donde el nivel de actividad de un individuo de edad influyen tres factores valiosos: La salud, el dinero y los apoyos sociales. Las dos últimas nos hacen visualizar las mínimas redes

de apoyo al senecto y su aislamiento o desvinculación, con lo que se puede decir que "Viejos los cerros y reverdecen" existiendo una **Subcultura**, definida en función de las características comunes de las personas ancianas y su aislamiento explican el por que forman un grupo social aparte.

#### **Continuidad**

Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten en la vejez, y la mejor predicción de su conducta es la continuidad de su conducta anterior.

#### **Grupo Minoritario**

Aquellas personas cuyos rasgos característicos son: falta de movilidad, pobreza, segregación e impotencia.

#### **Estratificación social**

Clasificación según la edad, condición social, en el desarrollo de un país, donde no será válido teorizar el concepto, sino vislumbrar alternativas de cambios. Esta ironía de la vida nos enfrenta a tener personas senectas olvidadas, porque no saben a donde van ni lo que quieren. La definición de adulto mayor bajo esta perspectiva es de tipo cronológica y contextual, donde el dicho de "a la tierra que fueras hacer lo que vieras" es llevado a cabo porque nos quedamos con la imagen que nos dan los países del primer mundo del adulto mayor y no buscamos una identidad propia. Después de

conceptualizar al senecto de lo particular a lo general, de lo individual a lo masivo, es el turno de definir a la muerte bajo esta perspectiva. (Cit. en Mishara)

Dentro de nuestra cultura la muerte no es sólo la "cesación" definitiva de la vida, esta marcada por dos vertientes la católica y la prehispánica; la primera con la conquista española penetró en América y fue adoptado por las poblaciones recién conquistadas. Pero el sincretismo que presenta debido a sus profundas supervivencias prehispánicas, lo hace uno de los más ricos, profundos y originales sobre el planeta, la tradición milenaria "Fiesta" se vuelve tragedia en la tercera edad, obliga a puntualizar algunas reflexiones.

En primer término para la mayoría de los mexicanos creyentes, practicantes pocos, y sinceros menos, existe la convicción, no comprobada de la existencia del más allá. En segundo lugar, cuando por ley natural alguien "deja" este mundo va, por consecuencia lógica a "otro". Este es peor que el otro, de ahí la necesidad de hacer méritos aquí para lograr vivir mejor allá. Si la meta del más allá es mejor y puede escogerse como base en nuestras conductas con nosotros mismos, y los demás a lo largo de la vida, el lograr llegar allá, es motivo de alegría, pero en las personas de la tercera edad es de incertidumbre y preocupación, por eso la muerte es algo más que una trágica y dolorosa separación. (M.I.)

*" Puesto que en el mito todo puede suceder, y que mito y culto forman una unidad cultural inesperada, en el ritual de autodestruirnos, devorando nuestra propia calavera de dulce ¿Damos paso al culto de la muerte o más bien culto a la vida..a través de la muerte?*  
Cambrani, 1995 (Cit. Eduardo Rubio)

El factor central de la complejidad humana, nos lleva a recurrir al enfoque interdisciplinario, donde la vejez para el jubilado o rezagado social es y seguirá siendo, si no se ataca de raíz, esperar la muerte, más o menos placentera y cualquier intento de actividad física se considerará un riesgo desproporcionado a su capacidad orgánica, varias opiniones sostienen que la forma de envejecer actual, es radicalmente distinta a la de hace tan solo una década. Por que se olvida que lo biológico depende de lo social y viceversa, estableciendo una sutil interrelación en la que resulta difícil aislar el agente causal original, la prevención actua antes de que aparezca la patología, debe empezar varios años antes, convirtiéndose en un acto racional. elevando la capacidad de defensa biológica, sin omitir estilos de vida; dieta, hábitos higiénicos, vicios, historia familiar, etc...(Cit. Salud y Enfermedad, 1980 M.I.)

El anciano es como un engrane del conjunto social, que embona en los últimos hoyos del escalafón y que actualmente produce estados de crisis en todos los niveles, económicos y culturales. No puede darse una solución positiva a esta crisis social ya que aqui se halla la mayor contradicción del ser humano. Se habla de estereotipos, que etiquetan y marginan a las personas de la tercera edad y los comportamientos se disparan en los dos extremos sociales no aceptados, trascendiendo la convicción de que no solo, las personas ancianas no pueden acrecentar su vida, sino que ni siquiera

lo desean, considerando grave el asunto, ya que renuncian a sus aspiraciones e ilusiones ¿Qué hay de sorprendente en ello? ¿Qué otra opción de manera objetiva les da la sociedad y se dan ellos mismos?. Puesto que los conceptos de vida y muerte que tienen los ancianos les vienen del entorno social, cuando viven con su familia: pero si viven en una institución, su pasado, su presente, ya no existe, porque para ellos la tierra ya los tragó. A continuación se presentan algunas definiciones de residentes de la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" en el día de muertos, que nos reiteran la concepción de vida y muerte en un estado de desesperación.

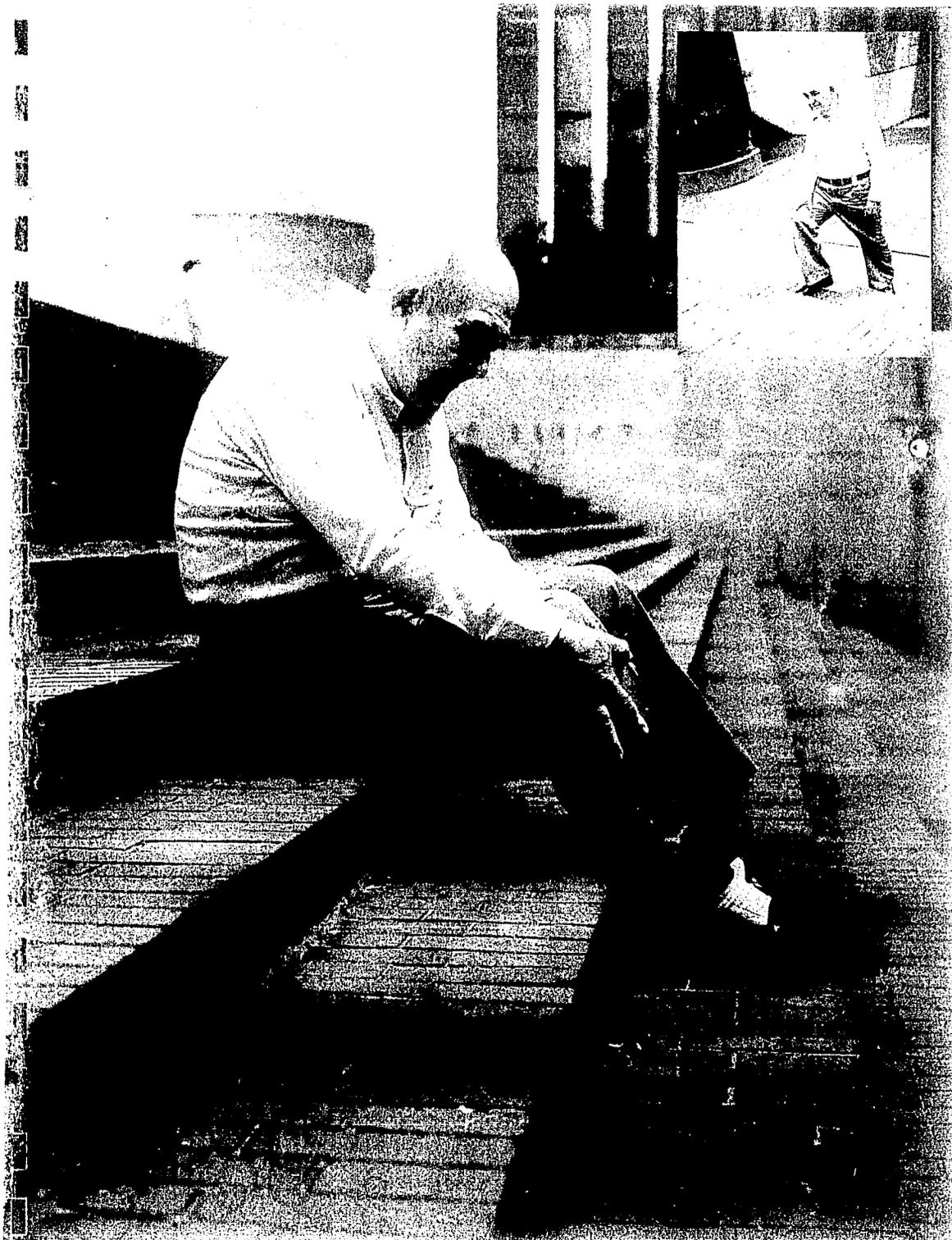
"La muerte es la recta final de la vida"

"La muerte es la entrega con Dios"

"La muerte es la dicha del que desespera"

"La muerte es lo que da la paz"

Hemos ido de un nivel a otro, del intracelular al social, pero ahora entramos al estudio en cuestión, la perspectiva psicológica que nos permitirá entender por que el adulto mayor acepta y apresa la muerte como último recurso de vida, dignidad social, el proceso del suicidio, y sobre todo la posible identificación del suicidio oculto sin llegar aún a la intervención en la Tercera Edad.



## Perspectiva Psicológica

"Después del apogeo de la Medicina y Filosofía Alemana del siglo XIX, se produce una fatiga en los sistemas racionales" que dan al mundo una nueva pauta de conocimiento, donde la psicología interviene como disciplina autónoma.

Actualmente la psicología es definida en su generalidad o en cualquier enciclopedia como el estudio del comportamiento humano; nos habla de una transformación ordenada que le ocurre al organismo con el transcurrir del tiempo bajo determinadas condiciones.

La psicología define la tercera edad, la vejez, la etapa senil, el viejo, el anciano, adulto mayor, el jubilado, el marginado; de acuerdo a un enfoque y práctica profesional de una corriente; para muchos autores la edad psicológica del adulto mayor se determina por la capacidad plástica del individuo para adaptarse a nuevas condiciones tanto internas como externas correlacionada con el índice de la edad funcional manifestada como la habilidad competente y eficaz de las exigencias ambientales, condiciones de trabajo, sociales y familiares del individuo , Para que una persona sea un adulto mayor, debe sentirlo y demostrarlo.(M.I)

Estudios científicos.- Los primeros estudios científicos sobre la vejez, fueron por

Sinhall (1922) que representa el primer estudio psicológico sobre la investigación de la senectud en Estados Unidos. En Rusia (1929), Riabidan introduce el término Gerontología y tres años después la Psicogerontología. Coketa (1939), fue el primero en enfatizar sobre la problemática de entender el envejecimiento de una forma médico-psicológica, correlacionada a la historia y cultura en que se encuentra el individuo. En el año de 1945 se forma la sociedad gerontológica en los Estados Unidos de Norteamérica, aunque Europa, ya tenía varias asociaciones. (1945, ininich of gerontory) En 1946, el primer congreso de la sociedad gerontológica, 1950, la sociedad internacional de gerontología comienza realizando congresos, jornadas internacionales de gerontología, psicogerontología y gerontología social.

Esto hace que nos encontremos con una variedad de trabajos internacionales o secuenciales de temas como: diferenciaciones entre género, personalidades, desamparos, status, económicos, funcionalidad y disfuncionalidad, funcionamiento cognitivo, memoria, inteligencia, tipo de lenguaje, estimulación sensomotriz, rol social, jubilación sin contar con todos los estudios de la medicina que enmaraña todas las enfermedades crónico-degenerativas, junto con el alcoholismo, drogadicción, desviaciones sexuales, etcétera. pero en realidad pocos de suicidios y muerte. Erikson, dos años antes de su muerte (con una postura neofreudiana) realizó un estudio del desarrollo humano dividiendolo en ocho etapas (enfocando nuestro estudio a la octava nada más, sin explicar las demás) donde afirma que si no se cumplen en secuencia ya sea por la interacción con el medio económico, social, cultural, familiar,

la carga genética, este individuo entrará en disonancia o depresión acumulada. Entre una de sus aportaciones Erikson nos plantea la subdivisión de las etapas y sus antagonismos en la tercera edad. La primera subdivisión es:

La ritualización, definida como aquellos patrones repetitivos y aprobados de conductas características de una sociedad en particular. El ritualismo son las exageraciones de la ritualización, anormalidades; En la etapa de nuestro interés, la octava integridad vs. desesperación ( de los 65 años en adelante). La ritualización será la integridad del ser humano, saber lo que es y tomar conciencia de ello, el ritualismo es el sapientismo creer que se merecen todo y el mundo está mal.

Los procesos de envejecimiento, son en parte manifestaciones de los factores hereditarios interpsíquicos llevados en cada célula del organismo, el propio ritmo y la maduración se hallan determinados por la herencia y la actividad del individuo. La vejez no sólo es una época (como lo afirma la perspectiva histórico-cultural), ya que la mayoría de los individuos no la perciben, es el último eslabón del ciclo vital. Restrepo Posada (1981) afirma que la "preparación" para la vejez plena debe iniciarse desde la niñez, con hábitos de vida, tales como aprender a no dañar nuestra salud; para entender lo anterior doy el siguiente ejemplo:

" Puede que en el verano sintamos placer por el contacto con el agua, pero en el invierno, evitamos esa misma agua, porque está muy fría. En cualquiera de los casos el agua es la misma, pero la percibimos agradable o desagradable debido a la condición ambiental". En la vejez el mundo se percibe de acuerdo a las condiciones ambientales y sociales, que parten de una personalidad específica. (M.I.)

En nuestra sociedad Neo-Capitalista-Urbana, la palabra viejo tiene una fuerte connotación cultural, Robert (1980) afirma que la vejez es un estado mental, se define según normas estereotipadas como el caso de la edad, o según nuestro propio criterio, situándola como una etapa relativamente tardía de la vida. Sin omitir que se puede considerar como una situación deseable o no deseable, más aceptada la última y de mayor importancia para el desarrollo psicológico del individuo. Lo que hoy llamamos edad de la vejez (60 años o más) no coincide con la edad de la vejez de hace dos siglos. La llamada senilidad (hoy calificada como síndrome cerebral, senectud-senescense período terminal de la vida, etcétera). Atribuida como hemos podido observar a factores predominantemente biológicos, se analiza en el sentido más integral, produce que varios autores la definan como déficit, deterioro, a veces más funcional que orgánico en cuanto a sus desencadenantes, existiendo, por lo tanto, la posibilidad de comprobar que la vejez es una construcción individual y que la vida laboral, familiar, tiene un papel importante, que brindan múltiples alternativas compatible con la autorealización.(M.I.)

El aspecto fundamental de la vejez, no es la edad, ni la estética de la misma, es la connotación que le damos. El ser humano en algún momento avanzado de su vida comienza a considerarse viejo y esto implica que se vea a si mismo diferente. Algunos autores consideran que la senectud comienza de los 55 a 75 años y que son los llamados "viejos jóvenes" los cuales se diferencian de la edad media, porque han dejado de trabajar tiempo completo, y a su vez se diferencian de los "viejos viejos"

debido a que continúan su participación en la vida social activa, de tal forma que el senecto, comienza en diferentes edades dependiendo de su contexto, actividad social (genética, historia, cultura, etc.) , con frecuencia el término anciano, se ve como sinónimo de enfermedad, por dos razones, que aunque diferentes, pueden desarrollarse paralelamente. Por una parte, el anciano estando sano se siente enfermo, y por otra, actúa en el papel de sano y es lógico, ya que los rangos salientes de una personalidad y sus valores persisten y se acentúan en la etapa terminal del individuo.

#### Teorías y Psicoterapia

Neugarten (Cit. en Mishara 1967), afirma que el psicoanálisis define a la tercera edad como la "época de las pérdidas," de los cambios de las capacidades, percepción sensorial, donde existe una cierta disminución de capacidades cognitivas, afectivas que se suman a las dificultades entre el adulto mayor y el medio ambiente. Sus cambios de personalidad son en función de la organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno " además menciona que existiendo una tipología de las personalidades de los ancianos es decepcionante y escasos los materiales que hablan de ella; sin embargo, es donde se presentan los más grandes cambios o se reafirman aún más conductas estereotipadas. En 1970 Mishara, basándose en Thomás; señala las bases de una

teoría de la personalidad de los sujetos de edad. Es un hecho que se sabe poco sobre la psicología y la teoría de la personalidad. La escuela cognitiva, trata de explicar la forma en que el individuo percibe el mundo que le rodea, estima que la conciencia es uno de los factores esenciales en la determinación del comportamiento y propone lo siguiente:

- 1) La evolución del comportamiento se halla ligada a la percepción del cambio objetivo.
- 2) Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado a la luz de las preocupaciones y de las expectativas del sujeto.
- 3) La adaptación al envejecimiento se halla en función del equilibrio entre las estructuras cognitivas y motivacional del sujeto.

Guttman (1975), da una conclusión sobre la percepción del senecto hacia la vejez "La vejez es pasar del dominio activo mediante la lucha contra el medio exterior al dominio pasivo, para llegar finalmente al dominio mágico a través del repliegue social", donde encontramos gran influencia de la primera postura.

La Psicoterapia (Krassoievitch Miguel, 1993), visualiza el problema de que las personas de 50 años no pueden ser analizadas fácilmente, a menos que con anterioridad se hayan sometido al análisis durante algún tiempo, la consecuencia de esta desventaja es que sólo cabe hacer lo mejor que se pueda y dedicarse a poner en

práctica los principios del enfoque, teniendo como primer parámetro la agresión que produce hechos psicológicos importantes:

- 1.- Rechazo social de la persona de edad.(que se amplió en la segunda perspectiva)
- 2.- El rechazo social se incorpora al concepto de si mismo y unido a las fuerzas neuróticas, se transforma en autorechazo.
- 3.- La pérdida de autoestima.
- 4.- La Aparición de la ansiedad consciente y de un estado intrapsíquico de terror y pánico.
- 5.- Esfuerzos desenfrenados por reestablecer las defensas que se desmoronan, conducen a un debilitamiento y a un agotamiento psicofisiológico.
- 6.- Regresión psicológica.
- 7.- La conciencia del yo es dominada por los hechos intrapsíquicos y su interés se aparta de la realidad del entorno y de las personas que la integran, podemos decir que esta es la retracción del interés por el objeto.
- 8.- Los esfuerzos por superar la ansiedad y el temor suponen el empleo de mecanismos de defensa primitivas e infantiles que desde el punto de vista clásico y clínico son patológicos.
- 9.- Los sistemas de Eutanasia que predominan en la conciencia, se interpretan erróneamente (N. E. Zinberg 6, 1987).

Este esfuerzo por resolver individualmente los problemas que se presentan a partir de los deseos insatisfechos de cada individuo, en la tercera edad, es dada por la frustración a la que se encuentra de satisfacer sus deseos la "Autoconciencia, es un acto único y absoluto y con el acto uno es uno", ¿Pero, como saber quien eres, si el movimiento dialéctico de deterioro lo lleva a umbrales desconocidos como la muerte?

La psicología ha tenido que recurrir a estrategias que le permitan a los terapeutas que incursionan en la geriatría dar alternativas de vida durante esta etapa. Porque el envejecimiento es una experiencia que puede desestabilizar a cualquiera que le toque vivirla. Al individuo le atacan sentimientos de miedo, angustia, estados de stress que lo llevan a una depresión, incrementados por todos los cambios anatómicos-fisiológicos que trae el envejecimiento consigo (Mega Pharma, 1993), estos son concebidos como necesarios e irrevocables, entre los psicólogos. Mishara en 1920, nos habla de dos cambios importantes. El primero, que son los cognitivos, es decir, los que afectan al proceso de pensar, así como el desarrollo de estas capacidades. Los últimos, los que conciernen a la efectividad y a la personalidad, estas modificaciones no sobrevienen solas. La personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos, como la jubilación, la muerte del conyuge, que se hallan ligadas a experiencias complejas en el seno del medio social. Ahora se cree que la manera de reaccionar ante las experiencias sociales determinan aspectos importantes del envejecimiento.

La psicoterapia geriatrica para Krassioevitch parte de la idea de que no sólo puede, sino que además debe, ser practicada de la misma manera con la que le procede en otras edades y que es, por ende tan efectiva como la que se realiza en etapas previas del ciclo vital. Donde se observa que hay muchas formas de Psicoterapia para la población senecta.

Como podemos observar la teoría psicoanalítica, la cognitiva conductual, son las que han aportado más al conocimiento de la tipología de la personalidad del adulto mayor.

Adler, 1960 (Cit. Ruth Floyd, 1980) nos habla de que la personalidad de personas sanas y adaptadas, tiende a permanecer estable durante la vida, y las modificaciones de estos rangos, cuando se producen, no sólo dependen de la edad cronológica, si no de la trayectoria vital del sujeto, de su estilo de vida y de las circunstancias ambientales que lo rodean. (ADLER, cit. en Mishara, 1960)

Tyler (Cit. en Mishara, 1970) afirma que las dificultades de ajuste de la personalidad no son acompañamientos inevitables de los procesos biológicos de envejecimiento, si no el producto de la situación en que la persona se encuentre y sus reacciones ante estas situaciones, caracterizada esta etapa, en la mayoría de las culturas por una gran pasividad, soledad, rígidez, dependencia, un fuerte arraigo a los ritos y creencias religiosas.

Todos los autores consultados coinciden que la personalidad es un producto social, y que las condiciones socioeconómicas son las que permiten el desarrollo de los mecanismos de aceptación o de evasión. Lo que si es invariable es "que la mayoría de la gente puede mirar al pasado e identificar un momento, un lugar en que su vida haya cambiado de manera significativa; sin embargo, no todos han tomado la decisión de hacerlo, puesto que han dejado que el "tiempo" "la demás gente" (progenitores, amigos, etcétera) lo decidan.

En la etapa de la tercera edad "El dejar" se vuelve una constante, el considerarse como una persona que necesita ayuda, por su deterioro biológico los lleva a pensar que han caído en una desgracia, la transición entre la personalidad habitual en la ancianidad y la demencia senil generalmente es gradual y toda decisión respecto a cuando se pasa la línea imaginaria es arbitraria.

En la evaluación de la personalidad, los métodos predominantes son pruebas estructuradas y no estructuradas; las primeras son las que recurren a estímulos ambiguos, dejando los materiales de prueba mal definidos a fin de que la persona se proyecte hacia el material y revele su personalidad, con ellos se corre el riesgo de que la interpretación de los datos interfiera su "correlación ilusorias" (cit. en Mishara)

La segunda se deriva en buena parte de las teorías de la personalidad y se consideran como métodos descriptivos de evaluación, todos ellos dentro del ámbito

Psicogerontológico son con una base metodológica estructurada de ahí varias pruebas que son utilizadas para una evaluación geriátrica exhaustiva que reporte datos psicológicos. 1) Función cognitiva utilizando el mini-examen, cognitivo (Folstein) el separar los distintos epígrafes (orientación, fijación, memoria reciente, atención, lenguaje, comprensión). 2) Función perceptivo, incluyendo audición, habla, visión. Función emocional, incluyendo el screening de la depresión, paranoia, alucinaciones, tipo de personalidad y capacidad de adaptación. Pero el problema psicológico que ataca con mayor frecuencia al Adulto mayor, es la depresión.

Definimos el Síndrome Depresivo como los cambios de la personalidad dados por un duelo o patología crónico-degenerativa, observándose fácilmente en adultos mayores que son candidatos ideales para el estado depresivo. Dividiendo los estados del síndrome en el Cuadro 2. (Felipe Arronte, Ponencia Depresión, M.I.)

Cuadro 2. Depresión y duelo

Factores	Detección	Esfera afectiva	Esfera cognitiva	Area Biológica	Enfoque conductual
----------	-----------	-----------------	------------------	----------------	--------------------

Cuadro 2. Depresión y duelo

Factores	Detección	Esfera afectiva	Esfera cognitiva	Area Biológica	Enfoque conductual
Pérdida de salud Reacción de duelo Negación Agresividad Resignación Baja de peso Entidad nosológica específica	Síntoma aislado Desanimado	Humor Afecto depresivo Motivación Intereses Disminución de apetito Desesperanza ansiedad	Autoevaluación Culpa Rumiación Pesimismo Autocrítico Falta de concentración Atención Retención Ideación suicida	Esfera somática Transtornos del sueño (fatiga), apetito (peso)	Aislamiento Retardo Agitación Llanto fácil Conductas autoagresivas Agresivo dependiente

Este cuadro nos muestra al individuo Biopsicosocial donde la ideación suicida, implica un reto dentro de la psicología para su detección, el anciano considera a la muerte un examen autónomo del momento de declive de sus formas periclitadas en la cultura, con entidad y no menos atractivo que el engrane industrial y sus avances. La figura de la muerte conocida hace siglos en más de una forma, dentro de su representación plástica y literaria: como caballero apocalíptico galopando sobre un montón de hombres yacentes, etcétera. Personificada la muerte, imponía el miedo a la vida, a la belleza; la negación de la dicha y los placeres, la experiencia del dolor y la separación para alcanzar la felicidad celestial, el asco por lo desconocido, que llevan al hombre a ver a la muerte y la belleza como algo externo, porque si llegaban a ver dentro de ellos les daría asco y terror de sí mismos, este pensamiento materialista no soportaba la idea de la caducidad de la belleza sin dudar de la belleza misma (Huizinga Johan, El otoño de la Edad Media, Barcelona, 1990)

En la época actual encontramos que el concepto de la muerte está íntimamente relacionado con el significado macabro (terror), marcado por la época medieval: como el bulto de sentimientos de horror, frustración, miedo, terror, pánico, superstición, idolatría, fanatismo, etcétera. El deseo de hacer directamente sensible la muerte trae aquellos aspectos grotescos no es el dolor de las pérdidas de personas u objetos amados o la propia que traerá el descanso de los pesares. (Foto 1)

Si es verdad que "Todas las actividades están subordinadas a metas económicas, los medios se han convertido en fines; el hombre es un autómata-bien alimentado, bien vestido, pero sin interés fundamental alguno en lo que constituye su cualidad y función peculiarmente humana. Si el hombre quiere ser capaz de amar debe colocarse en su lugar supremo" (Erick From, Mundo Feliz). Esto lo lleva a entender el proceso de la muerte, no como un acto único, "sino como la necesidad fundamental y real de todo ser humano". Percibiendo el proceso de muerte como un fenómeno psicológico donde el adulto mayor busca una forma de no existencia en el suicidio oculto entendiéndose este como la única salida a su disfuncional y discapacidad. "No puedo dejar de existir sin que me pese, pero si me pesan los años he dejado de existir" (Otton, residente del Asilo, Cáncer y Asma, 1994). Estas palabras nos hablan del poder de la depresión que es la genesis, de cualquier tipo de suicidio ,cuya clasificación , y definición ,realizó a continuación.

Senectud olvidada\*



### Suicidio en la Tercera Edad

*"Usted es viejo, papá Guillermo, Le dijo el joven, y su cabello se ha puesto totalmente blanco, y sin embargo no cesa de pararse de cabeza. Cree usted que a su edad eso es correcto? En mi juventud- contesto papá Guillermo a su hijo, temí que eso pudiera dañarme el cerebro, pero ahora estoy seguro de que no tengo, me paro de cabeza una y otra vez" (Fragmento de Magnus Pike).*

No se puede hablar de suicidio, sin aclarar el problema de la relación entre la vida y la muerte. Desde diferentes ángulos y con contenidos diversos según las culturas de que se trate y el momento histórico de los mismos, esto es un problema.

En nuestra cultura occidental es importante no olvidar nuestras raíces e influencias prehispánicas pues aparte de que están en lo recóndito de todos nosotros, en nuestro cotidiano actuar, implican el enfrentamiento de la muerte misma consciente o inconsciente, en mayor o menor proporción se encuentran formando parte de nuestro mundo mestizo, indígena y un poco europeo.(M.I.)<sup>1</sup>

El trinomio entre el suicidio, la vida y la muerte son perspectivas culturales del fluir

---

<sup>1</sup>.- Sociedad de Geriatria y Gerontología en México, Demografía de la Vejez.

continuo del ser universal, pero que en última instancia son formas de pensamiento, sentimiento y acción paradigmáticas de conglomerados humanos de diversas latitudes.

Así como seudoelegimos vivir pedestre o elegantemente, superficial u hondamente, deberíamos meditar nuestro morir, saber hacerlo bien, dependiendo del talento artístico de cada cual, estéticamente hablando, morir en forma bella, que es un pensamiento compartido, pero sin duda con todo el sello y el peso de la cultura europea y de la francesa en particular. Burnet (cit en Torres, 1993) al hablar sobre la muerte dice:

*"Al final morimos y para nosotros es como si nunca hubiéramos existido. Para el individuo la muerte es la misma, nada existe antes de que empezará el alborear de la mente en la infancia. La muerte puede no ser más que la dirección a que apunta la flecha del tiempo y una vez ocurrida, carece de sentido. Nos enfrentamos a la extinción del pensamiento cada noche, sin estremecernos."*

#### Antecedentes históricos.

Los documentos históricos y literarios hablan ya de la existencia del suicidio entre diversas culturas y pueblos del universo. Los más antiguos son escritos por los hebreos en la Biblia, en el Antiguo testamento; los suicidios de Sansón (hombre de gran fuerza que al perderla se deja morir) y Saúl (acongojado por una gran culpa

prefiere la muerte) entre otros. En China aparte de que los funcionarios públicos deseosos de sustraerse por muerte voluntaria a la vergüenza de una ejecución pública se cita el suicidio de 500 filósofos de la escuela de Confucio que no quisieron sobrevivir a la pérdida de sus libros sagrados. En Africa el suicidio de Sesóstris (líder patriarca) inconsolable por haber perdido la vista en edad avanzada. Lo que nos da margen a pensar que el suicidio no es un fenómeno propio del Capitalismo y que ha estado presente en todas las épocas ya fuese bajo la influencia de las ardientes convicciones religiosas, de cualquier dogma de fé, por el deseo de pagar culpas, o de ser admirado, moda que surge hasta el siglo XVI, donde el quebramiento que produjo la reforma y las corrientes escépticas, aumentaron las tendencias al suicidio u otras formas de cesación de la vida. En el siglo XVIII, son las ideas neoliberalistas, cuyo ejemplo claro se vislumbra en Francia con la Revolución Francesa, dándose el suicidio heróico o mártir. En el Siglo XIX y en el segundo tercio el predominio del romanticismo da al suicidio un numeroso contingente del individuo "Donde el sentimiento supera a la razón". El siglo actual ha presenciado también épocas de intensas crisis suicidógenas principalmente después de la Primera Guerra Mundial y en los años de las difíciles situaciones económicas, sobre todo en los países afectados.

Este breve recorrido cronológico nos muestra la importancia de ver al suicidio no solo como un suceso ideológico, ya que el aumento estadístico que posiblemente alcance proporciones más alarmantes entre los así considerados países civilizados que entre

los primitivos, pero aun así no deja de presentarse en estos últimos con frecuencia (Durkeim, Suicide RS, Cavan cap. 4; cita en María Rodríguez, 1958). En nuestra cultura prehispánica ya existía el suicidio entre los Mayas: Morley, en su civilización Maya cita a Landa:

*"Decían también y tenían por muy cierto, iban a su gloria los que se ahorcaban, y así, había muchos que con pequeñas ocasiones de tristeza, trabajos y enfermedades se ahorcaban para salir de ellos e ir a descansar a su gloria, donde decían los venían a llevar a la diosa de la horca que llamaban IXTAB, o porque el suicidio era la tristeza y temor de ser torturados o evitación del deseo de culpas de su mundo y dejar de sufrir un trato cruel, por un ser querido." (como Cuauhtémoc)*

En el mundo Nahuatl, las referencias conectadas con este fenómeno son muy limitadas; entre ellas se encuentran los comentarios entre padres e hijos, donde se previene de sentimientos negros o de perdición. además de una condena al acto de suicidarse.

*" Porque se vive en la tierra, hay allá señores, hay mando, hay nobleza, águilas y tigres. Y quien anda diciendo siempre que así es la tierra. Quien anda tratando de darse la muerte, hay afán, hay vida, hay lucha, hay trabajo, se busca mujer, se busca marido. " Trad. Miguel León Portilla.*

Al existir el mestizaje, se empieza a ver al suicidio como un acto Místico y heroico. por lo tanto los estudios más relevantes que se ocupan del suicidio son los sociológicos donde sus iniciadores son Emile Durkheim en su libro "el suicidio" publicado en 1897 y ampliados con gran éxito por su discípulo M. Holowachs con su obra "las causas del suicidio", que apareció en 1930 en Francia, surgiendo teorías

como la de Dublin y Bunzel que sostienen que algunas personas que matan debido a que la situación social les resulta desfavorable para cubrir sus necesidades elementales (cit. en María Rodríguez).

La segunda teoría es la del Dr. Achelle Delmas (Libro Psychologie Pathologique du suicide, Paris 1932), que considera al suicidio como el resultado de un fenómeno asociado con las enfermedades, la última y más popular fue la de Freud (iniciador) acompañado de sus seguidores neofreudianos "Obra del Dr. Manninger Man Against Himself" Nueva York 1938. En la cual se asienta que el suicidio es producto de un instinto que existe en todos los individuos al igual que el de conservación. por lo tanto nos hemos dado cuenta que el suicidio es un fenómeno natural e importante dentro de todas las edades en especial la de la tercera edad.

#### **Definición de suicidio y tipos**

Existen innumerables definiciones de suicidio pero estas no abarcan toda la problemática social del mismo; sin embargo, es verdad que es un comportamiento aberrante, también en términos sociológicos se tiende a subrayar su aspecto de anomia, sin existir un suicidio anómico (Suicidio Altruista Durkheim) el del héroe, soldado mártir que se valora en forma positiva. Algunos filósofos afirman que lo que normalmente llamamos suicidio es "la negación de las normas sociales, del orden colectivo y por ende la culpabilidad", pero si no fuera anómico el suicidio según la filosofía, sino el habitual y este no fuera subjetivamente, para un individuo

determinado y en bajo ciertas circunstancias, sino la única forma de encontrar el nomo ausente, entonces el suicidio sería una realidad moral y muy humana que no puede ser criticada.

Eli Robins M. D.(1939, Psiquiatra) afirma que el suicidio consiste en obtener la mayor cantidad posible de información que le permite reconocer su riesgo en pacientes individuales. en general cerca del 5% de los suicidios consumados entran en la categoría de los trastornos psiquiátricos no diagnosticados o no especificados, en discordancia con sus colegas. Howard H. Goldman (1984). A causa de la sensación subyacente de inseguridad, el suicidio se presenta como una situación de escape. El suicidio no es necesariamente una manifestación de Psicopatología, puede ser heroíca, cuando las circunstancias llevan a una solución para un breve cúmulo de personas (guerra) o una expresión de conformidad a normas sociales (Japón) Independientemente de la razón en la mayoría de las instancias las personas cometen el fenómeno del suicidio (cit. en Mussen 1989).

Las investigaciones han distinguido cuatro tipos fundamentales de suicidios:

#### Suicidio Simbólico.

Cuando el sujeto participa en la destrucción de algún objeto (o incluso una organización) que el considera como una extensión de si mismo. El objeto esta en lugar de la persona y le permite representar los impulsos autodestructivos, sin

destruirse por ello. Es como si quemará su propia imagen en una esfinge.

#### Suicidio Accidental.

Acto que resulta en la muerte del individuo y que parece contener cierto elemento inconsciente de deseo de que ocurriera. El tipo de personas que repetidas veces arriesgan su vida en deportes o trabajos peligrosos sin ser esto un medio económico satisfactorio. Si alguien esta acosado por las frustraciones, desesperación y se ve impedido de suicidarse por una norma que define el suicidio como una acto cobarde y poco viril, pudiendo considerarse más o menos atractiva una muerte violenta esencialmente si de paso se inflige daño a las personas que detentan el poder.

#### Suicidio Intencional pero frustrado.

Es como un último grito de ayuda buscando que si alguien responde a este grito, entonces existirá la atención garantizada, la simpatía, exigencia y responsabilidad reducidas y en ocasiones terapias. Si esto no se logra se coincide obteniendo en su mayoría éxito y dejando la culpabilidad a los demás (Floyd Ruch 1980).

#### Suicidio Familiar.

El suicidio es más frecuente en los enfermos que han mostrado tensión y angustia. El antecedente de un suicidio en la familia aumenta la posibilidad de que el paciente deprimido pueda poner fin a su vida. No es raro que un enfermo repita el intento de suicidio que antes fracasó y que el peligro del suicidio aumenta durante la

convalecencia y por lo tanto durante ese periodo el individuo requiere una vigilancia mayor de la que es posible lograr en el hogar.

Pero existen casos de enfermos como los hipomaníacos en donde se recurre a la depresión sumisa y la actividad excesiva y vengativa, las psicosis moderadas, la arterioesclerosis, la cardiorenal, que aceleran el proceso de morir.

Si es bien cierto, que la depresión es una etapa por la cual pasa el suicida, también cabe mencionar que los pensamientos de autodestrucción igual que los actos suicidas son signos psicopatológicos, junto a la idea de suicidio a menudo se encuentran ideas de desprecio hacia si mismo, ideas delirantes de pecado, inutilidad o desesperanzas, otras veces hay ideas de grandiosidad o anhelo de unirse con una persona muerta. Sintetizando, los esfuerzos suicidas rara vez aparecen antes de la pubertad como un acto deliberado de autodestrucción.

Krassoievitch (1993) afirma que el suicidio es probablemente más frecuente en la senectud de lo que registran las estadísticas, Las principales causas de muerte en México en la Tercera Edad son por depresión e ideación suicida acompañadas de la polipatología y una triada cognitiva, no siempre con duelo patológico (fotos 1,2,3,4,). La palabra suicidio, el concepto que expresa es ambiguo, por lo que es necesario someterlos a estudio, dado que su significado varía según los casos y las necesidades, la clasificación que las produce no procede de un análisis metódico. Por

lo que una investigación científica no puede cumplir su fin más que fundandose sobre hechos comparables, y tiene menos probabilidades de fracasar cuanto más seguridades obtenga de haber reunido todos aquellos hechos que puedan compararse con utilidad, debe ser nuestra tarea primordial la de determinar el orden de hechos que nos proponemos estudiar bajo el nombre de suicidio, determinando si entre las diferentes clases de muerte existen algunas que tengan de común caracteres sobradamente objetivos, para que puedan ser reconocidos por todo observador de buena fé; tan especiales que no se encuentran en otras categorías y bastante próximos a los de aquellos hechos que se agrupan generalmente bajo el nombre de suicidio.

Entre las diversas clases de muerte hay algunas que presentan el rasgo particular de que son obra de la víctima misma, que resultan de un acto cuyo valor autor es el paciente; este mismo carácter se encuentra en la base sobre que se funda comúnmente la idea de suicidio, poca importancia tiene la naturaleza intrínseca de los actos que producen este resultado. Por regla general se representa al suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, puede ocurrir que una actitud negativa o una simple abstención produzcan idéntica consecuencia. Se mata uno lo mismo rehusando alimentarse que con un arma, y no es completamente necesario que el acto producido por el paciente haya sido el antecedente inmediato de la muerte para que esta pueda ser considerada como efecto suyo; la relación de causalidad puede ser indirecta, sin que el fenómeno cambie por

esto de naturaleza.

*"El iconoclasta que, para conquistar la palma del martirio, comete un crimen de esa majestad, cuya gravedad conoce, y que sabe que le hará morir a manos del verdugo, es el autor de su propio fin, tanto como si se hubiese dado él mismo el golpe mortal". (Emile Durkeim, 1913)*

Un acto no puede ser definido basándose en el fin que persigue al agente; porque un mismo sistema de movimientos, sin cambiar de naturaleza, puede dirigirse a fines completamente diferentes, y en efecto, sólo hay suicidio allí donde existe intención de matarse, sería necesario sustraer de esta denominación hechos que, a pesar de sus aparente desemejanzas, son en el fondo idénticos a aquellos que todo el mundo llama de este modo y que no se pueden llamar de otra manera, a menos de dejar el término sin su empleo adecuado.

Ya sea la muerte aceptada simplemente como una condición sensible, pero inevitable del fin a que se tiende, o bien haya sido querida expresamente y buscada por sí misma, lo cierto es que el sujeto en uno y otro caso renuncia a la existencia, y las distintas maneras de renunciar a ella no pueden constituir más que variedades de una clase igual. Toda muerte resulta mediata e inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma. Es un acto de desesperación de un hombre que no quiere vivir.

Existe un factor común a todas las formas posibles de este renunciamento supremo, es que el acto que lo consagra se realiza con conocimiento de causa; que la víctima en el momento de obrar sabe cual ha de ser el resultado de su obra, sea cualquiera la razón que le haya llevado a producirse en esta forma. Todas las variedades de muerte presentan esta particular característica, se distinguen, francamente, de aquellas en que el paciente no es el agente de su propia muerte, o es sólo el agente inconsciente. Y se distinguen por un carácter fácil de reconocer, ya que no es un problema insoluble el de saber si el individuo conocía o no, anticipadamente, las consecuencias naturales de su acción, estos hechos forman un grupo definido, homogéneo, diferenciable de cualquier otro, y que en consecuencia, debe ser designado con una palabra especial, la de SUICIDIO que conviene para este objetivo; Por lo tanto, "El suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado"(cit. Davison, 1989). La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte. Esta definición basta para excluir de nuestra investigación todo lo concerniente a los suicidios de animales.

Los suicidios no constituyen, como pudiera creerse, un grupo completamente aparte, una clase aislada, de fenómenos anormales, sin relación con otras modalidades de la conducta; sino que, por el contrario, se enlazan con ésta por una serie continua de relaciones intermedias, y no son más que la forma exagerada de prácticas usuales.

Un hombre que conscientemente se expone por otro, sin que tenga la certeza de un desenlace mortal, no es un suicida, aún en la hipótesis de que llegue a sucumbir, y lo mismo ocurre con el imprudente que juega con la muerte, tratando de evitarla, o con el apático que no interesándose vivamente por nada, no se impone el cuidado de conservar su salud y la compromete con su negligencia. Estas diferentes maneras de obrar no se distinguen radicalmente de los suicidios propiamente dichos; proceden de análogos estados de espíritu, puesto que llevan consigo riesgos mortales, que no son ignorados de la gente, a la que no basta detener la perspectiva de estos riesgos; toda la diferencia esta en que son menores las probabilidades de morir. (Durkheim, 1913)

El suicidio aparece bajo un aspecto distinto, una vez que se reconoce que se relaciona, sin solución de continuidad, con los actos de valor y abnegación, de una parte; y de otra, con las acciones por imprudencia y por negligencia, que es un acto del individuo, que sólo afecta al individuo. Parece que únicamente depende de factores individuales, y que encaja, por consiguiente en la Psicología, por lo demás ¿No es por el temperamento suicida, por su carácter, por sus antecedentes, por los acontecimientos de su vida privada por lo que se explica, de ordinario, su resolución?.

El conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante un unidad de tiempo determinada, se comprueba que el total así obtenido no es una simple adición de unidades independientes, o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo, sui géneris, que tiene su unidad y su individualidad, como consecuencia

de su naturaleza propia, que además esta naturaleza es eminentemente social. En efecto, para una misma sociedad, aun cuando la observación no se extienda a un largo período de tiempo, esta cifra es casi invariable; la evolución del suicidio esta compuesta de ondas de movimientos distintos y sucesivos, que tienen lugar por impulsos. Se desenvuelven por un tiempo, deteniéndose después. Cada sociedad tiene, en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio. El cual mide esta intensidad relativa de aptitud, comparando la cifra global de las muertes voluntarias y la población de toda edad y sexo. Llamaremos a este dato numérico tasa de mortalidad-suicidio propia de la sociedad tomada en consideración. Se calcula generalmente en relación con un millón o con cien mil habitantes. No solamente esta cifra es constante durante largos períodos de tiempo, sino que su invariabilidad es mayor que la de los principales fenómenos demográficos. La mortalidad general varía con más frecuencia de un año a otro, y las variaciones por las que pasa son importantes. Para asegurarse de ello basta con comparar durante varios períodos la manera como evoluciona uno y otro fenómeno. (Durkheim, 1913)

#### **Clasificación de los suicidios.**

los alienistas se han preocupado poco de clasificar los suicidios de alienados; se puede, sin embargo, considerar que los cuatro tipos siguientes encierran las especies más importantes. Las reglas esenciales de esta clasificación estan tomadas de Jousset y Moreau de Tours.

### 1.- Suicidio Maniático.

Se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginarios o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etcétera. Los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía. Lo que distingue esta afección es su extrema movilidad, las ideas, los sentimientos más diversos y contradictorios se suceden, con una extraña ligereza, en el espíritu de los monomaníacos; se trata de un perpetuo torbellino; apenas nace un estado de conciencia, otro lo remplaza. Lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maníaco: nace, desaparecen o se transforman con asombrosa rapidez. De repente la alucinación o el delirio, que deciden al sujeto a suicidarse aparece, la tentativa del suicidio; luego, en un instante cambia la escena y si el ensayo aborta, no comienza de nuevo, al menos de momento. Si se reproduce más tarde, será por un motivo distinto. El incidente más insignificante puede ocasionar estas transformaciones bruscas. Un enfermo de esta clase, queriendo poner fin a sus días, se arrojó en un río poco profundo y buscó un lugar en que la inmersión fuese posible, cuando un aduanero, sospechando sus designios, le apuntó a la cabeza y lo amenazó con dispararle el fusil si no salía inmediatamente del agua. El hombre sale y se va a su casa, no pensando más que en matarse.

### 2.- Suicidio Melancólico.

Se relaciona con un estado general de extrema depresión, de exagerada tristeza, que

hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y las cosas que le rodean; los plácemes carecen para él de atractivos, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorosa. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. Una muchacha, hija de padres sanos después de haber pasado la infancia en el campo, se ve obligada, hacia los catorce años, a alejarse de él, para completar su educación; en este momento la ataca un tedio inexplicable, un gusto pronunciado por la soledad; luego, un deseo de morir que nada puede disipar. Permanece durante horas enteras inmóvil, con los ojos fijos sobre la tierra, con el pecho oprimido, en el estado de una persona que teme un acontecimiento siniestro. En su firme resolución de precipitarse en el río busca los lugares más apartados, para que nadie pueda acudir en su socorro. Aunque no lo lleve a cabo inmediatamente, lo sigue intentando y cada vez en lapsos más cortos.

A menudo en esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Sólo no tienen la movilidad de las que hemos observado antes en los monomaniacos, por el contrario, son fijas, como el estado general de que derivan; los temores que torturan al sujeto, los reproches que dirige y los pesares que siente son siempre los mismos. Si esta forma de suicidio esta determinada por razones imaginarias, como la precedente, se diferencia de ella por su carácter crónico, y es muy tenaz. Los enfermos de esta categoría preparan con calma

sus medios de ejecución, y despliegan en la persecución del fin propuesto, una perseverancia y una astucia a veces increíble.

### 3.- Suicidio Obsesivo.

El suicidio no es causado por motivo alguno real o imaginario, sino sólo por la idea fija de la muerte que, sin razón sólida alguna, se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo. Este está obsesionado por la idea de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene ningún motivo racional para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio, análoga a esas necesidades de robar, matar, incendiar, cuando se da cuenta el individuo trata de luchar contra esos deseos, encontrándose triste, oprimido, con una ansiedad que aumenta día a día. (suicidio ansioso)

### 4.- Suicidio Impulsivo o Automático.

Todos los suicidios vesánicos o están desligados de todo motivo o están determinados por motivos puramente imaginarios; así un gran número de muertes voluntarias no entran ni en una ni en otra categoría; la mayor parte de ellos tienen motivos que no carecen de fundamento en la realidad; sin buscar ni abusar de las palabras, no es posible ver un loco en cada suicida. De todos los suicidios caracterizados, este es el más difícilmente diferenciable de las formas que el suicidio adopta en los hombres sanos de espíritu, es el suicidio melancólico. Los suicidios vesánicos se distinguen de los melancólicos como las ilusiones y las alucinaciones de las percepciones normales,

y las impulsiones automáticas de los actos deliberados, el hecho es que se pasa de uno a otro sin continuidad, por lo tanto la locura no es condición necesaria del suicidio.

Puesto que los suicidios de los alienados no son todo el suicidio, sino representan una variedad de él, los estados psicopáticos, que constituyen la alineación mental, no pueden dar idea de la inclinación colectiva al suicidio en su generalidad. Pero entre la alineación mental propiamente dicha y el perfecto equilibrio de la inteligencia existe toda una serie de estados intermedios: son las diversas anomalías que se reúnen de ordinario bajo el nombre común de neurastenia. Es preciso investigar si, en lugar de la locura representan un papel importante en la génesis del fenómeno que nos ocupa.

**Relación entre el suicidio y las variaciones de temperatura, pueden ser determinados con la mayor precisión.**

En primer lugar implica una concepción muy discutible del suicidio. supone, en efecto, que éste tiene siempre como antecedente psicológico un estado de sobreexcitación que consiste en un acto violento y que no es posible más que por un gran despliegamiento de fuerzas. Por el contrario, el suicidio resulta frecuentemente de una extrema depresión. Si existe el suicidio exaltado y exasperado, el suicidio melancólico

no es menos frecuente, y ya tendremos ocasión de demostrarlo.

Es verdad que ignoramos todavía como la vía colectiva puede producir esta acción. Pero se comprende desde ahora que si ella encierra las causas que hacen variar la cifra de los suicidios, éstos deben crecer o disminuir, según sea más o menos activa. Lo que se refiere a determinar con más precisión qué causas son éstas, será objeto de algún estudio posterior.

Existe la influencia de un último factor psicológico, la imitación que es un fenómeno puramente psicológico. Un hombre puede imitar a otro, sin que sean, respectivamente, solidarios miembros de un grupo social del que ambos dependan igualmente y la propagación imitativa no tiene, por sí sola, el poder de solidarizarlos. Un estornudo, un movimiento coreiforme, una impulsión homicida, pueden transferirse de un sujeto a otro sin que se dé entre ellos otro vínculo que una aproximación fortuita y pasajera. No es necesario que exista entre ellos comunidad intelectual o moral alguna, ni que cambien servicios, ni aunque hablen una misma lengua; además, después de la trasmisión los individuos se encuentran tan ligados uno a otro como antes. Por lo tanto no hay nada de social en la imitación, tiene su origen en ciertas propiedades de nuestra vida representativa, que no resulta de influencia colectiva alguna.

**Concepto del instinto de imitación:**

- 1.- Ocurre que en el seno de un mismo grupo social, cuyos elementos todos están sometidos a la acción de una misma causa, o de un grupo de causas semejantes, se produce entre las diferentes conciencias una especie de nivelación en virtud de la que todo el mundo piensa o tiene y siente al unísono. Se ha dado frecuentemente el nombre de imitación al conjunto de operaciones de donde resulta este acuerdo.
- 2.- Necesidad que nos impulsa a ponernos en convivencia con la sociedad de que formamos parte y adoptar, con este fin, las maneras de pensar o hacer que son generales en los que nos rodean. Así, es como seguimos las modas, los usos y cómo las prácticas jurídicas y morales no son más que usos precisos y particularmente concretados, así es como obramos a menudo cuando actuamos en el orden moral.
- 3.- Reproducir un acto que pasa delante de nosotros o que conocemos únicamente porque ha ocurrido en nuestra presencia o porque hemos oído hablar de él. En sí mismo el acto no tiene carácter intrínseco, que constituya para nosotros una razón de reproducirlo. No lo copiamos ni porque lo juzgamos útil, ni para ponernos de acuerdo con nuestro modelo, sino simplemente por copiarlo. La representación que de él hacemos determina automáticamente los movimientos que lo realizan de nuevo.

Por lo tanto, no se puede designar con el mismo nombre el proceso en virtud del cual, en el seno de una reunión de hombres, se elabora un sentimiento colectivo, de aquel

de donde resulta nuestra adhesión a las reglas comunes o adicionales de la conducta, lo que determina a los corderos a arrojarse al agua porque uno de ellos lo ha hecho. Una cosa es sentir en común, otra inclinarse ante la autoridad de la opinión, otra, en fin, repetir automáticamente lo que los demás han hecho.

Asumiendo que el suicidio es contagioso de individuo a individuo, jamás se ve a la imitación propagarlo de modo que influya en la cifra social de los mismos. Puede muy bien dar lugar a casos individuales más o menos numerosos, pero no contribuye a determinar la inclinación desigual que arrastra a la propia muerte a las diferentes sociedades, y en el interior de cada sociedad, particularmente a los grupos sociales. La irradiación que de ella resulta es limitada, además intermitente, cuando alcanza un cierto grado de intensidad es siempre por tiempo muy corto.

La razón más general que explica porque los efectos de la imitación no son apreciables a través de las cifras de la estadística; se reduce a sus propias fuerzas, la imitación no influye nada sobre el suicidio. Puede decirse que salvo raras excepciones, la imitación no es un factor original del suicidio. Se limita a exteriorizar un estado que la verdadera causa generadora del acto y que seguramente hubiese encontrado medio de producir su efecto natural, aunque ella no hubiese intervenido, ya que es preciso que la predisposición sea particularmente fuerte para que tan poca cosa baste a transformarla en el acto. Por esto, no es de extrañar que los hechos no lleven la huella de la imitación, puesto que ésta no tiene acción propia, y la que ejerce

es muy restringida. Ciertos autores le atribuyen a la imitación un poder que no tiene, han pedido que se prohíba a los periódicos el relato de suicidios y crímenes. Para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que nos basta para explicar la constitución orgánico-sociológica de los individuos y la naturaleza del medio físico, como es el caso de la tercera edad.

Por eliminación, podría pensarse que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por esto un fenómeno colectivo. Retomando el concepto prehispánico. Donde decían "los venfan a llevar a la diosa de la horca que lloraba". El suicidio era la tristeza, el temor a ser torturados o el deseo de culpar a su mundo del trato cruel.

Donde al explicar este fenómeno abordamos una tesis sociológica que explica los fenómenos del suicidio en relación con factores tales, como la integración de los grupos sociales, la estabilidad de las costumbres, la agresividad del grupo a las influencias externas, etcétera. El fenómeno del suicidio tiene una base de hechos observados en las grandes depresiones económicas, dado contradictoriamente en la prosperidad en que las grandes ciudades cuentan con mayor número de suicidios que las zonas rurales, los miembros de ciertos grupos religiosos cometen más autodestrucciones que otros, además los casados tienen menores tendencias al suicidio que los solteros. (María Luisa, El suicidio en México, 1963)

En nuestro país en 1957 y 1958 se presentaron un total de 17,959 casos de suicidios (consumados y frustrados) de los cuales los primeros fueron realizados en su mayoría por hombres; sin embargo, no se reportaron datos de senectos que se hallan suicidado, pero el suicidio es probablemente más frecuente en la tercera edad de lo que se cree y señala Medina Mora en 1990 (Krassoievitch, 1994) las estimaciones de la cifra oscura, es decir, la fracción no apuntada en los registros oficiales indican que probablemente la cifra verdadera de suicidios sea 1.6% veces superior a las cifras registradas. La estimación de los intentos de suicidio es aún más difícil, ya que su posible detcción se limita a los casos cuya severidad amerita la intervención médica (I. Kaptan Harrold).

Valdés Mier (Idem) afirma que las posibilidades de que el anciano considere el suicidio como una opción que aumenta y que los medios para hacerlo son más expeditos, ahorcamiento, desenfreno, envenenamiento con sustancias letales, armas de fuego, etcétera, que es correlativo si el adulto mayor vive solo o fue abandonado, la jubilación no deseada, el cambio de vivienda o asentamiento habitacional, son factores que también pueden precipitar un acto suicida. Los sociólogos han abordado este tema con gran interés y los primeros estudios parten de ellos y en especial de Durkheim (1958). Desgraciadamente una clasificación de los suicidos razonados, según sus formas o caracteres morfológicos, es impracticable, puesto que los documentos necesarios para ella faltan casi por completo.

"Si la religión nos preserva del suicidio, sino en cuanto es una sociedad y en la medida en que lo es, es probable que otras sociedades produzcan el mismo efecto". Vamos a observar desde este punto de vista a la tercera edad y a la sociedad como el motor que impulsa de manera dialéctica al adulto mayor para la cesación de su existencia.

De todas las confesiones religiosas el judaísmo es aquella en que hay menos suicidios, y no hay otra en que la instrucción esté más extendida. En relación a los conocimientos elementales, los judíos están por lo menos al mismo nivel que los protestantes.

De alguna manera se puede afirmar con la experiencia que el suicidio progresa con la ciencia, no es que sea la fuente motivadora del mal, sino que es el único remedio de que se dispone. Una vez que el instinto social se ha embotado, la inteligencia es la única guía que nos queda y sólo por ella es posible rehacerse la conciencia. El suicidio en la Tercera Edad, se vuelve una constante que no podemos negar, de ahí que a continuación sólo seremos observadores del proceso de morir con un análisis cualitativo.

## RECOLECCION DE DATOS Y METODO

México en los 70's registró un total de 935,888 casos de muertes, siendo solo el 6% de la tercera edad, lo que representa un mayor número que en toda latinoamérica, lo cual es un problema de salud pública, de orden político y social.

Ante todo esto, la O.M.S. en 1975 confirmó, que cualquiera que sea la causa de muerte ya sea por accidente, homicidio, suicidio, natural, en diferentes contextos: la calle, hogar, parques, es y debe ser registrada como un dato estadístico que proporcione estudios epidemiológicos.

Desde mi enfoque y experiencia personal, la muerte es y seguirá siendo un fenómeno tridimensional y cultural, independientemente del lugar y el motivo de la misma. En la época de las pérdidas, que es la tercera edad, la sociedad debería respetar su importancia y ahondar en ella.

Dado lo anterior, procederemos a explicar, el método para el estudio de la Autopsia Psicológica en el suicidio oculto de ancianos institucionalizados.

### METODO

Descriptivo, Longitudinal, de grupo, no manipulativo, de campo retrospectivo.

Lugar.- Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet"

Materiales.- Expedientes relativos a defunciones

Sujetos.- Todos los casos de muerte consumados desde 1980 a 1994, considerando en lo posible los datos de identificación, fecha y motivo de ingreso, diagnóstico y fecha de fallecimiento.

No se tomo en cuenta para este estudio el sexo como una variable de interés por no ser un dato significativo, ya que variedad de estudios nos reportan el alto porcentaje de muertes del género masculino. Considerando que sería redundar en una tesis preestablecida. (ver cuadro 1)

### **Metodología**

Análisis documental estadístico, se revisaron los expedientes de cada uno de los ancianos fallecidos clasificando principalmente su motivo de muerte, fecha y lugar, registrándolos por años, de 1983 a 1994. Una vez obtenidos todos los datos se procedió a realizar un análisis de la serie de tiempo individual y por año sucesivo y una descripción gráfica de las distribuciones de muerte en ambos tipos de análisis, se realizará una comparación de las muertes entre hombres y mujeres y muertes totales.

Esta investigación se realizó en la "Casa Hogar para ancianos Arturo Mundet" abarcando un período de 1983 a 1993, donde se hace un análisis de las muertes registradas por día, mes, año. Siendo un estudio longitudinal que concluye en un estudio transversal entre 1993 y 1994, con sus respectivos porcentajes.

Se formo el cuadro k, que es la forma global de análisis, este a su vez se dividió en cuatro cuadrantes: C1, C2, C3, C4. (ver cuadro A).

Tomando en cuenta la distribución de mortalidad se dividieron los datos en cuatro cuadrantes. El primero C1 abarca los primeros quince días de los meses de enero a junio. Esta división no es dada en forma aleatoria, porque aquí se encuentra la mayor concentración (ver gráfica 1A).

Enero y Febrero representan los meses de mayor mortalidad con 21 y 23 casos respectivamente en el período de estudio.

**ENERO.-** Aquí encontramos que en el día primero hay cinco casos, siendo la frecuencia más alta de todos los meses, el día 3 con cuatro casos y el día 10 con 3 casos, en los días 2, 7, 9, 11, 15 no hay muertes y los días 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13, 14 oscilan entre uno y dos casos, Formando en conjunto de 21 casos en el periodo de estudios.

**FEBRERO.-** Notamos que el día 10 presenta cuatro casos de muerte, los días 4 y 6 con tres casos, los días 1, 2, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15 oscilan entre uno y dos casos. 3, 8 y 9 no presentan casos. Formando un conjunto de 23 casos en el periodo de estudio.

**MARZO.-** Se observa el inicio del decremento, los días 4, 6, 9, 10, 12, 13, 15 no presentan casos, los días 1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 14 presentan un sólo caso. Formando un conjunto de 7 casos en el periodo de estudio.

**ABRIL.-** Continúa el decremento de casos en este mes los días 2, 8, 12 presentan dos casos, los días 1, 3, 4, 7, 11, 13, 14 presentan únicamente un caso, los días 5, 6, 8, 9, 10, 15, no presentan ningún caso. Formando un total de 11 casos en el periodo de estudio.

**MAYO.-** Los días 1, 3, presentan dos casos, los días 4, 5, y 14 un caso, los días 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15 no presentan casos. Formando un total de 7 casos en el periodo de estudio.

**JUNIO.-** Presenta una variación importante, vuelve a incrementarse el número de casos en este mes. los días 3 y 6 tres casos, los días 7y10 dos casos, los días 1, 4, 5, 8,15 con un caso y los días 2, 9, 11, 12, 13, 14, no hay casos. Formando un total de 15 casos en el periodo de estudio.

En el segundo cuadrante C..2, observamos los meses de enero a junio, pero los días del 16 al 30.(ver cuadro A c2 )

**ENERO.-** En los días 16, 17, 19, 21, 29 y 30 se presenta un caso de mortalidad, el 18, 20 y 27 con dos casos, el 23 con tres casos, siendo el día 22 el que sobresale con cuatro casos, los días 23, 24 25, 26, 27, 28, 31 no hay incidencia de casos. Formando un total de 19 casos en el periodo de estudio.

**FEBRERO.-** Representa la mitad de la mortalidad del mes anterior, los días 19, 21, 22, 24, 28 se presentó un sólo caso, el día 27 dos casos y el 23 con tres casos, los días sin incidencia fueron: 16, 17, 18, 20, 25, 26, 31. Formando un total de 10 casos en el periodo de estudio.

**MARZO.-** Podemos observar un tipo de variación, con un sólo caso los días 10, 22, 24, 28, 30, el día 24 tres casos y el 18 presenta cuatro casos. Los días sin incidencia son el 17, 19, 20, 21, 25, 26, 29, 31. Formando un total de 13 casos en el periodo de estudio.

**ABRIL.-** Hay un decremento no significativo en un caso en los días 17, 22, 25, 28 y 30, con dos casos el día 18 y los días sin incidencia son 16, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31. Formando un total de 7 casos en el periodo de estudio.

**MAYO.-** Presenta 12 casos, al igual que junio, los días 21, 22, 23, 26, 29, 31 con un solo caso, el 18 y 20 con tres casos, y sin incidencia los días 16, 17, 19, 24, 25, 27, 28.

**JUNIO.-** Un sólo caso los días 19, 21, 27, 29. Con dos casos el 30. Tres casos los días 24 y 26, Formando un total de 12 caos en el periodo de estudio.

En el tercer cuadrante observamos los meses de Julio a Diciembre en la primera quincena, con un total de 75 casos (ver cuadro A).

**JULIO.-** Con tres casos el día 7, con dos casos los días 8, 15, los días 9 y 4 con un caso, sin incidencia los días 1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14. Formando un total de 10 casos en el periodo de estudio.

**AGOSTO.-** Los días 5, 6, 8, 9, con un caso, el día 1 con dos casos, los días 2, 7, 12 con tres casos, sin incidencias los días 3, 4, 10, 11, 13, 14, 15. Formando un total de 15 casos en el periodo de estudio.

**SEPTIEMBRE.-** Se vislumbra una tendencia a la baja de muertes. dado que se presento un caso los días 2, 7, 12, 15, con tres casos el día 3 y 14, sin incidencia los días 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13. Formando un total de 9 casos en el periodo de estudio.

**OCTUBRE.-** Los días 3, 7, 10, 11 presentaron dos casos, el día 13 tres casos, y los demás días sin incidencia de casos. Formando un total de 7 casos en el periodo de estudio.

**NOVIEMBRE.-** Con un solo caso los días 1, 3, 7, 9, 10, 13. Con dos casos el día 2 y con tres casos los días 5, 12, 14, los demás días sin incidencia de casos. Formando un total de 17 casos en el periodo de estudio.

**DICIEMBRE.-** Los días 2, 4, 7, 8, 14 con un solo caso, los días 9, 12, 13 con dos casos y sin incidencia los días 1, 3, 5, 6, 10, 11, 15. Formando un total de 17 casos en el periodo de estudio.

El último cuadrante comprende la segunda quincena de los meses de julio a diciembre, contando con 44 casos. (ver cuadro A)

**JULIO.-** Con un caso los días 16, 19, 22, 23, 24, 27, con dos casos los días 25 y 29, sin incidencia los días 17, 18, 20, 21, 26, 28, 30, 31. Formando un total de 10 casos en el periodo de estudio.

AGOSTO.- Los días 19, 23, 26, 29, 30 con un caso, con tres casos el día 22, sin incidencias los días 16, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28. Formando un total de 9 casos en el periodo de estudio.

SEPTIEMBRE.- Los días 17, 20, 22, 24, y 28 con un caso, los días 25, 26, 30 con dos casos, sin incidencia los días 16, 18, 19, 21, 23, 27, 29. Formando un total de 11 casos en el periodo de estudio.

OCTUBRE.- Los días 22 y 29 se presento un caso. El día 17 se presentaron dos casos, sin incidencia de casos los días 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31. Formando un total de 4 casos en el periodo de estudio.

NOVIEMBRE.- Con un solo caso los días 24, 25, 27, con tres casos el día 19. Sin incidencia de casos los días 16, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 30, 31 Formando un total de 6 casos en el periodo de estudio.

DICIEMBRE.- Los días 18, 22, 23, 29 con un solo caso. Sin incidencia los días 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31. Formando un total de 4 casos en el periodo de estudio. (ver cuadro A)

Gráficas globales.

En la figura 1 observamos que existe una concentración de casos de muerte, en la primera quincena del primer semestre. Para una mejor comprensión de la información, las gráficas se dividieron por semestres que abarcan de Enero a Junio (ver fig 3) de Julio a Diciembre (FIG. 3b), donde se expresa de forma clara la concentración de muerte por día.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En la gráfica de porcentajes de 1983-1993 notamos que el día 22 tiene un 17% que representa la frecuencia más alta en este estudio, siguiendo los días 18 y 23 con un 12%, sin representar diferencia porcentual entre ellos. El día 31 representa el 0.02% de mortalidad en todo el período de estudio, siendo el de menor ocurrencia de mortalidad que se presenta.(ver fig 2b).

En el año 1993-1994, se observó que hubo un decremento de muertes, derivado de un trabajo con la población estabilizada, dos de los casos de muerte que se presentaron, fueron en el domicilio de los senectos que esperaban regresar a ellos. ver fig. 2 y 3), donde se hace el estudio transversal, encontrando que no se presentan casos de mortalidad en serie del 23 al 31 en estos dos años, bajando la mortalidad en 1994, no de manera significativa. Es notoria la concentración de ocurrencias en la primera quincena, como en el estudio de 10 años.

Figura 1.- En un período reportado de 10 años, en la que se considera el porcentaje de mortalidad, se encontro que los meses iniciales de enero y febrero tienen la mayor frecuencia con un porcentaje de 14.9% y 20.0% respectivamente, siendo los más altos de los 12 meses en estudio, se sigue con marzo, abril y mayo que conservan un porcentaje similar de 7.3%, 6.8%, 7.6% respectivamente, notamos que hay un ligero aumento en junio al 9.8% y en julio al 7.6 sube nuevamente en agosto a 8.7 y baja en sept. a 7.3 y en octubre a 4.0, para volver a aumentar en noviembre a 8.4% y en diciembre a 5.5, se puede observar cuales son los meses de mayor incidencia de la mortalidad. Los porcentajes que se presentan en la gráfica de pastel son diferentes porque abarcan un periodo de 14 años.

Observamos también que los primeros meses del año presentan un mayor porcentaje en comparación con el último mes y que de tiende a mantener estable en los meses de abril, mayo, marzo.

Figura 2A.- Se representa la mortalidad a lo largo de diez años, considerada según los días del mes en porcentajes y sabemos que la primera quincena se observa que de los días 1 al 9 se mantienen en un nivel más o menos estable, que varía del 6% al 8.2% el día 7 sube 9.9% y luego de manera alternada va subiendo y bajando el porcentaje de mortalidad en los días restantes desde el 8 hasta el 17, variando del 2% al 9.3%.

Gráficas de barras 1..Se observa que el día 18 inicia con un 10.4%, paulatinamente en los tres días sucesivos variara desde 6.6% al 3.8%, donde se incrementa drásticamente el día 22, llegando hasta el día 26 con ligeros fluctuaciones que van del 9.4% al 8.5%, los días 27, 29 y 30 se mantienen estables en 7.5%.

Por lo tanto, la muerte sincronizada no es un fenómeno al azar, aleatorio, bajo ciertos ambientes, como lo es una institución de la tercera edad donde todas sus preocupaciones se agudizan y acrecentan, se puede decir que sigue una lógica biopsicosocial, quedando la pregunta del porqué el efecto de acarreo, o de tren, existiendo solo la constante del estado depresivo.

## Corazones ancianos



"No somos más nuestros que nuestro es lo que poseemos"  
Aldous Huxley

#### Comentario

El elaborar la investigación de vejez y muerte, me llevó a recordar a Aldous Huxley en su obra titulada Mundo feliz, ( capítulo XVII) nos habla sobre la vejez residual y el morir sin dolor.

Hace una remembranza del porque morir antes de llegar a ser ancianos. "Envejece el hombre; percibe un sentimiento radical de flaqueza, de cansancio, de malestar que acompaña el avance de la edad y el sentirse así, se cree enfermo. Adormece sus temores pensando que aquel penoso estado se debe a una causa determinada de la cual, de una enfermedad espera curarse ¡Vamos imaginaciones! La enfermedad es la vejez, y es bien desagradable. Dícese que es el miedo a la muerte y de lo que vendrá después el que, él que vuelve religioso a los hombres conforme entran en años.

Pero, cuando vamos para viejos a causa de que calmadas las pasiones, la imaginación y la sensibilidad excitable, la razón está menos turbada en sus funciones, menos oscurecidas por imágenes, deseos y distracciones que de continuo le absorbían, entonces Dios, surge como de detrás de una nube, nuestra alma siente, ve, tiende había la fuente de toda la luz; natural e inevitable, pues ahora que todo cuanto da vida y encanto al mundo de las sensaciones ha comenzado a huir de nosotros, y ahora que la existencia fenoménica no esta mantenida por las impresiones internas o externas, es aquí cuando sentimos la necesidad de apoyarnos sobre algo que permanezca y que no nos engañe, una realidad, una absoluta y eterna verdad.

¡Volviendo inevitablemente la mente a Dios! pues este sentimiento religioso es de índole tan puro, tan delicioso para el alma que la experimenta que nos compensa de todas las demás pérdidas. (fotos 1y2)

Este fragmento toma la idea capitalista y conductual de la vejez y muerte ya que:

"Sólo se puede ser independiente de Dios, mientras se es joven y afortunado; la independencia nos lleva seguros al fin (muerte), pero no a la vejez"

El sucedáneo de la época de las pérdidas hace que la vejez y muerte sean y seguiran siendo un fenómeno tridimensional y cultural que puede tomar un plano segmentado cuando se llega a la tercera edad. México, intenta resolver esta problemática y atender esta vida artificial con sus enfermedades, su disfuncionalidad, deterioro. Creando numerosas instituciones de asistencia, agrupandolas como centros de integración, que podamos pensar que son de marginación.

Entre ellos encontramos al ISSTE, SALUBRIDAD, IMSS, DDF, que son médicos asistenciales para el desarrollo integral de la familia. En el sector de la salud, sistema nacional de la vejez, asociaciones, programas de otorgamiento de servicios a la población abierta a senectos; en el marco legal, su propia legislación, programas convertidos en modelos de asistencia gerontológica, en México, sin omitir que el nivel de atención es pésimo, insuficiente e ineficaz, en la mayoría de los casos, con una manutención del mismo excesiva.

En la "Casa Hogar para Ancianos Arturo Mundet" se presentan tres principales problemas como institución, además de su contexto deprimente (ver fotos )

- a).- Los vicios de la institución de organización y administrativos en un lapso de 8 años (mismo director y administración) conformado por un director, un

contador, siete trabajadoras sociales, cuatro psicólogos, seis médicos internistas, seis enfermeras, quince personas de cocina y mantenimiento, un dietista, un odontólogo y un médico de base, además de un voluntariado formado por diez personas adultas.

- b).- La demanda por ingresar a la institución y el hacinamiento de las personas de la tercera edad (con familiares o abandonados) es grande y la tendencia crece año con año.
- c).- La existencia de personas de bajos recursos, económicos (provenientes de cárceles, orfanatorios, psiquiátricos) Sociales (problemas de desintegración familiar, alcoholismo, tabaquismo, prostitución) Enfermedades Crónico-Degenerativas (Infarto agudo del miocardio, diabetes tipo dos, E.V.C., demencia, etcétera)

Se admite como último recurso de comunicación social o con la esperanza de que ahí fallezcan, gran incógnita que no se ha logrado resolver.

Las teorías de cambio social, son abundantes y suelen ser apropiadas, diversidad de problemas sociales, siendo algunos denominados, como especiales. La vejez, es un fenómeno social especialmente esperado; pero la muerte a pesar de ser esperado y especial no puede ser institucionalizado; los ancianos mueren en sincronía en lugares institucionalizados; lo que se ve claramente en las gráficas, dando por hecho según varios autores (en su mayoría filósofos) de vivir en un contexto sin propiedad vuelva al individuo un renegado de su propia existencia, pareciera una contradicción pero entendámosla de esta manera:

La muerte es un trance doloroso que en la vejez es originado por un proceso de decadencia, podríamos por los grandes adelantos retardarla y es lo que se intenta, evitar la época de las pérdidas, quitar la vejez pero la muerte no. Porque es cierto el ser humano debe cumplir su ciclo circadiano, entonces, ¿Porque, aferrarnos a la vida? o es el avance tecnológico que nos demuestra una y otra vez nuestras limitaciones

y ante esto no debería existir una educación de la vejez y muerte, porque en cualquiera de los casos el hombre pierde un plano de su nivel y quita vida a sus años ya que es difícil comprender para que se nace y después se muere, ya que la epistemología de la vida, nos da el principio de casualidad ¿Porque tenemos que nacer, morir? ¿Quién lo pidió? y nos volvemos al antagonismo de la existencia en la madurez, no queremos llegar a ser viejos y morir; sin embargo queremos saber todo, y cuando llegamos la tercera edad, según ya no sabemos nada y pedimos morir; gran contradicción y filosofía de la misma. Lo que se comenta aquí no es un dogma de fé, sino una reflexión personal, todos los que leemos estas líneas fuimos niños biológicamente, pero quienes de nosotros pueden afirmar que llegaron a viejos y su forma de morir será natural. Es aquí donde el mundo se abre una interrogante, que solo descansa en la estadística descriptiva, adormilada por los tabús y mitos sobre la vejez y muerte, sea el término que utilicen: senecto, viejo, adulto, anciano, etcetera, o el tipo de muerte: súbita, mediata, prolongada, crónica, aguda, eutanasia, suicidio oculto, etcetera. Se han generalizado en porcentajes elevados y cifras de archivo y donde se basa la teoría de que la muerte es colectiva teniendo tres momentos: primero, es un dato. segundo, se vuelve un evento social y tercero, cuando es la propia muerte un acto. (ver fotos) la "Casa Hogar para Ancianos Arturo Mundet", se demostró a través de los expedientes de mortalidad y las gráficas de los mismos, el efecto de acarreo y la sincronización, donde el hombre no muere por azar, su muerte es provocada y tiene efecto en las personas que comparten el mismo campo afectivo y porque no decir energético.(7y8 )

Actualmente el senecto muere en el hospital, o en el mejor de los casos en la sala de enfermos crónicos o terapia intensiva, si no en la calle abandonado, y en casos muy excepcionales en su casa con sus seres queridos. Los ancianos institucionalizados no quieren irse solos, muchos de ellos decían "quiero reunirme con el Señor y con todos mis seres queridos, pues que ya muchos me alcanzaran", "vivir para que si solo doy lástima", "Morir es nacer", siguiendo una lista interminable de frases que reflejan su soledad y depresión, donde la cadena del envejecer en su nivel existencial, se basa

en que "nadie sabe lo que es ser viejo, sino lo ha vivido y todos pueden contarlo" Es necesario hacer una reflexión sobre el fenómeno de la muerte, en la vejez, porque ¿Que podremos esperamos nosotros en la tercera edad?. Un mundo que nos da una vida artificial, o ver la sincronización como algo de azar, si la historia del mundo no es al azar, ¿porque creer que el hombre muere solo por morir, porque si pensamos en eso, entonces vivir por vivir será el lema, pero no es más precioso vivir para vivir y morir para vivir. Entonces podemos pensar que lo que hoy da miedo, mañana será una realidad cultural: la muerte. Tal vez podamos predecir la muerte, por el evento cíclico y sincronizado de la misma en una institución, respetando su esencia. "La vejez puede imprimir, la libertad y la fuerza, con toda subjetividad, que sugiere al mundo moderno, mucho más de lo que expresan las palabras sacadas de su lógico asiento, para resplandecer en el período previsto que declara al arte su inmortalidad" Dramaturga 1987 (fotos 9 y 10 ). Pero, el trinomio de la vejez, muerte y suicidio serán definidos y tratados terapéuticamente de acuerdo a una realidad social y no conceptual, lo que plantea el gran reto de la psicología para crear estrategias de prevención y tratamiento de rehabilitación de estos fenómenos en la tercera edad. (fotos 11,12,13)

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Albarran Eugenia, test, Tres perspectivas de intervención para los enfermos terminales y su familia, 1993.
- 2.- Davison (1987), Psicología de la conducta anormal, ej. 11
- 3.- Durkheim Emile (1897), El suicidio, ed. coyoacán s.a. de c.v. 1994, México.
- 4.- F.I.V., Federación Internacional de la vejez, declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad.
- 5.- Fromm Erich, El Arte de amar, 1976, ed. Paidos, Buenos Aires.
- 6.- GEMAC, Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, a.c.
- 7.- Haward, Goldman H., Psiquiatria General, ed. manual moderno, 2 edición, México, 1989.
- 8.- Huizinga Johan (1990), El otoño de la edad media, ed. alianza universitaria.
- 9.- Huxley, Aldous. Mundo feliz, ed. Anaya, s. a. 1977. México, D.F.
- 10.- I. Kaptan Harrold, Tratado de Psiquiatria, tomo II, 2 edición Salvat, 1989.

- 11.- INSEN (1993), Manual de Gerontología.
- 12.- Krassoievitch Miguel, 1993, Psicoterapia geriátrica, Colección de Psicología, ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 13.- M. Walshe Thomas (1986), Manual de problemas clínicos en Medicina Geriátrica, bibliografía comentada, ed. interamericana.
- 14.- Mishara B.L. y Riedel R. G. El proceso de envejecimiento, ed. Morata, s.a, Madrid, 1986.
- 15.- Mussen, Psicología del estudio del comportamiento, ed. manual moderno, México.
- 16.- Pharma Mega (1993), La edad no se calcula en años: es un estado mental. Salud, Belleza y Bienestar, Núm. 6, Magdalena Proano.
- 17.- Quintanar Olguin Fernando, Muerte y familia en la vejez, reflexiones sobre dos experiencias.
- 18.- R.A. Mackinnan y R. Michels, Psiquiatría Clínica Aplicada, ed. Interamericana, México, D.F. 1985. pág. 329-379
- 19.- Ribera Casado J. M., Cruz Jentoft A. J.(1991) Geriatría, ed. Príncipe de Vergara, s.a. de c.v., Madrid.

- 20.- Rodríguez Salas María Luisa (1963), *El suicidio en México, D.F.*, Cuadernos de Sociología, Instituto de Investigaciones Sociales, U.N.A.M.
- 21.- Ruch Floyd, *Psicología y vida*, ed. trillas, México, 1980, pg. 233.
- 22.- Torres Alavez, *El hombre ante la muerte*, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 16.
- 23.- Tribuna Médica (1977), *Depresión*, núm.370, febrero, tomo XXXII, #4.
- 24.- Zinberg N.E. y Kaufman E.(1987), *Psicología normal de la vejez*, ed. Paidós, Psicología de la personalidad, México. Versión castellana de Antonio H. Soto.
- 25.- Material Inédito, elaborado en el Diplomado de Gerontología y Geriátrica, FES Zaragoza, 1993-1994.

Material Inédito

- 26.- Seminario de Asistencia Social al Anciano 24 y 25 de Agosto, 1988. cd. de México. DIF, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- 27.- Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, Demografía de la vejez salud y Enfermedad al envejecimiento normal, muerte en la vejez.
- 28.- Felipe Arronte y Eduardo Rubio, Ponencias y Conferencias, Diplomado "Gerontología" FES Zaragoza.

A N E X O S

Cuadro . Información del Ingreso al Asilo Mundet.1977-1993, mensual por sexo. Totales

Meses	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres														
Años	1	8	4	9	6	11	6	3	3	8	2	6	4	13	5	11	0	8	8	9	6	10	3	6
1969									1	1			1	1										
1974													1	1										
1975			1				1						1						1					
1976													1											
1977				1					1						1							1		
1979		2		1								1		1			2						1	
1980								1							1			2						
1981																		2						1
1982			1				1								1									
1983			2																					
1984	1												1				1					1		
1985											1		1				1	2	2			1		
1987												1	1									1		
1988	1		3		2	1			1	1	1		1		2				3	1		1		1
1989	1		1	1	1	1	1		1	2					3		2	1	3	1		2	1	1
1990	2				1		2		2		1		2	1	2				1	2	1	1		1
1991	1	1	1	3	1	1	1	1					4					1	2			4		
1992					2	2	1		1		3		1	2	2			2		2	2	1	1	3
1993	1		1			4																		

fuente: Dirección de rehabilitación y asistencia social. Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet". Coordinación técnica de trabajo social. Relación de población usuaria al 19 de Marzo de 1993.  
 Nota: En este cuadro solo se dan los ingresos a la institución. Contando únicamente a la población que a esta fecha vivía.

CUADRO A  
MORTALIDAD POR DÍA Y MES, 1983-1993.

Días	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Total	41	33	22	19	21	27	20	24	20	11	23	15	276
1er C	22	23	9	12	9	15	10	15	9	7	17	11	159
1	5	1			2	1		2			1		12
2		2	1	2	4			3	1		2	1	16
3	4		1		1	3			2	1	1		13
4	2	1	1	1	1	1	1	1			1		10
5	1	3				1					2	1	8
6	1	3		2		3		1					10
7		2	1			2	3	3	1	1	1	1	15
8	1		1	2		1	2	1				1	9
9				1			1	1			1	2	6
10	3	4		1		2				1	1		12
11		1	2							1			4
12	1	2		2				3	1		3	2	14
13	2	1								3	1	2	9
14	2	1	2		1		1		3		3	1	14
15		2		1		1	2		1				7
2do C	19	10	13	7	12	12	10	9	11	4	6	4	117
16	1		1				1						3
17	1			1					1	2			5
18	2		4	2	2							1	11
19	1	1				1	1	1			3		8
20	2				2				1				5
21	1	1			1	1							4
22	4	1	1	1	1		1	3	1	1		1	15
23	3	3	1		1		1	1				1	11
24		1	3			3	1		1		1		10
25				1			2		2		1		6
26					3	3		1	2				9
27	2	2	1			1	1				1		8
28		1	1	1					1				4
29	1				1	1	2	1		1		1	8
30	1		1	1		2		1	2				8
31					1			1					2

**Incidencia de mortalidad anual  
período de estudio, 10 años  
1983-1993**

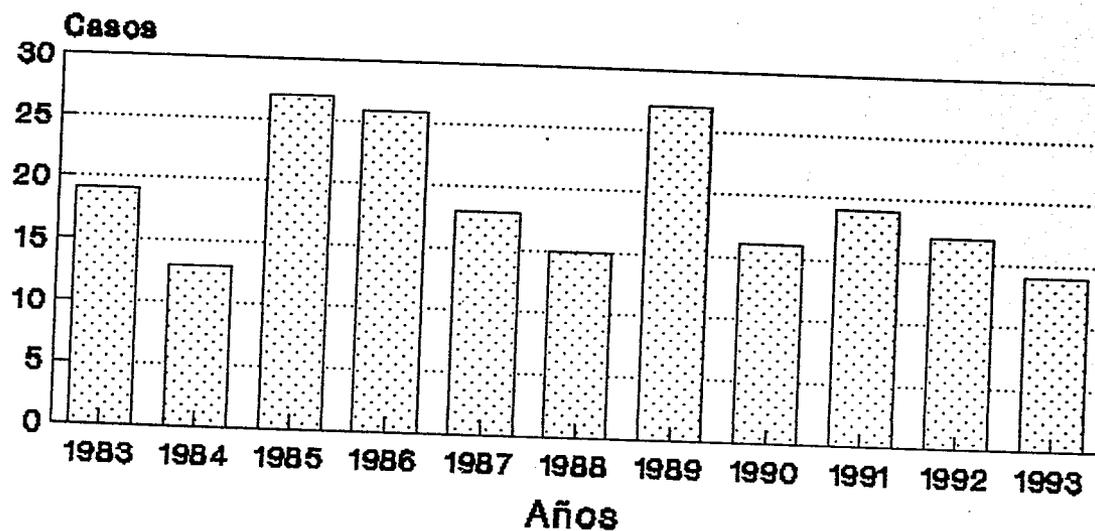


Fig. 1

Defunciones

Coordinación técnica de trabajo social  
Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet"

## Mortalidad por mes y quincena 1983-1993

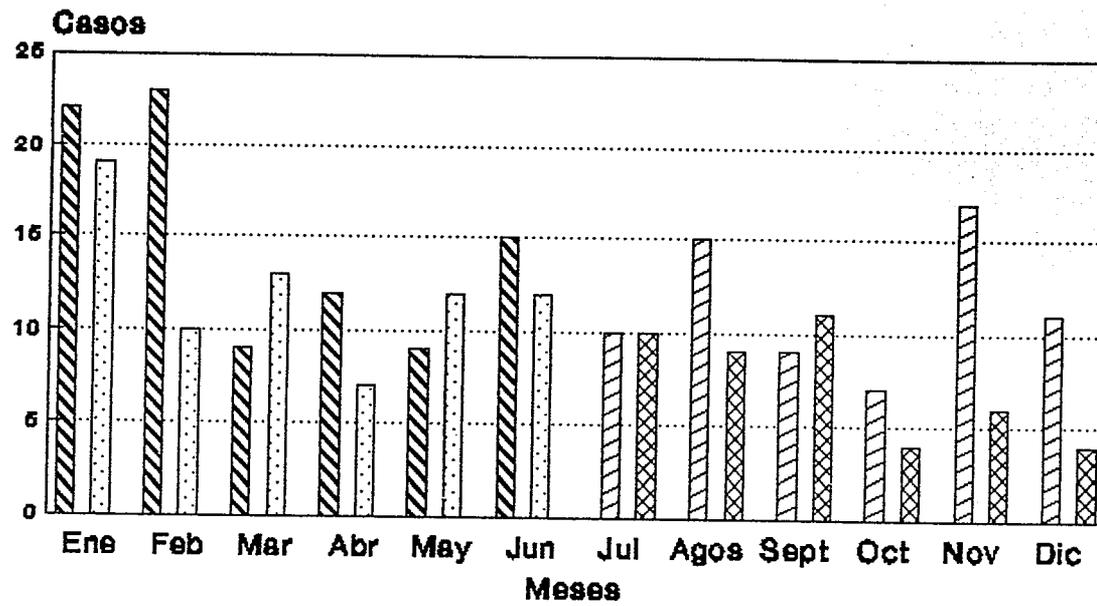


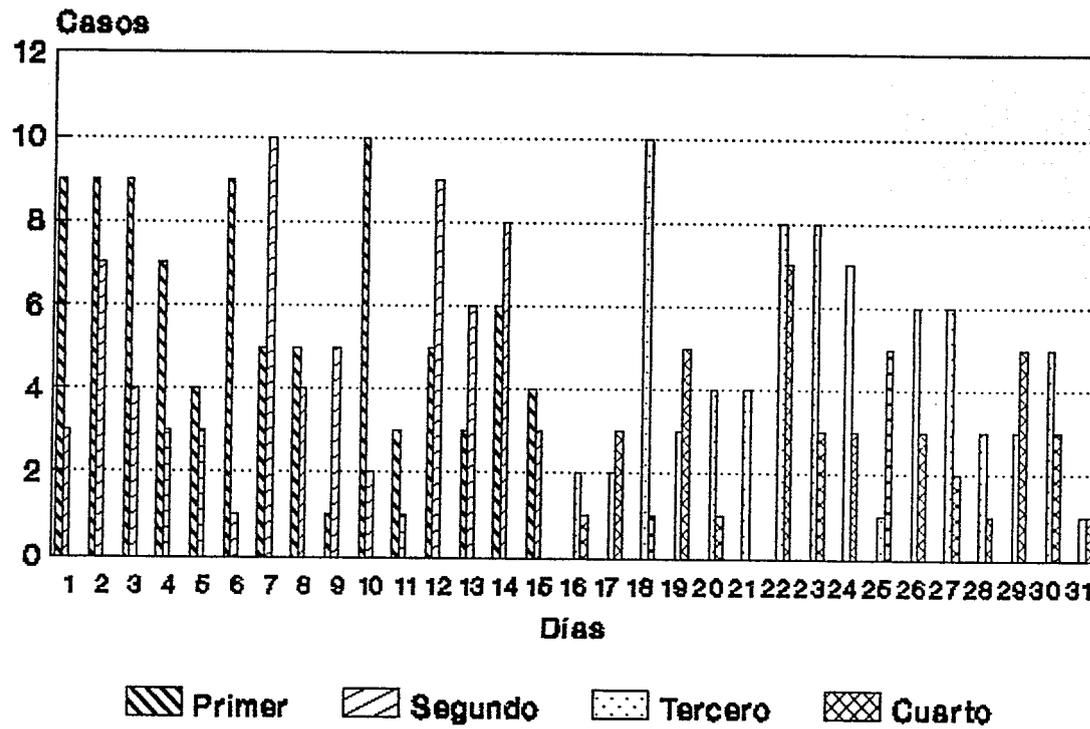
FIG. 1 CA1

1-15
16-31
1-15
16-31

DIF

## Mortalidad total por cuadrantes

Fig. 1 CA2



1983-1993

# Mortalidad total por semestre Enero a Junio, 1983-1993

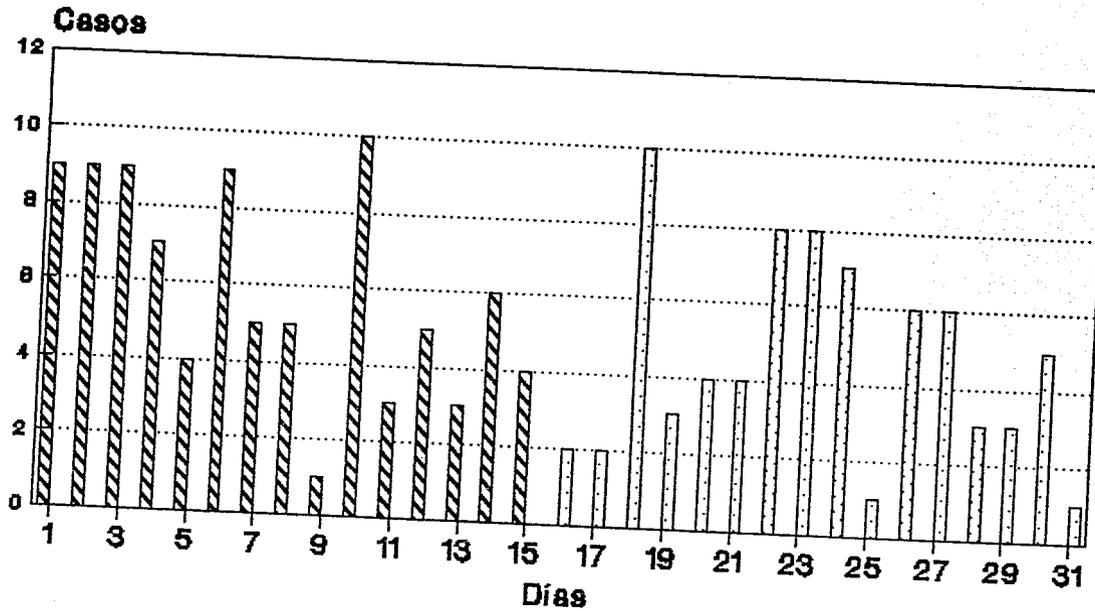


FIG.1 CAS

1-15 16-31

DIF

Mortalidad total por semestre  
Julio a Diciembre, 1983-1993

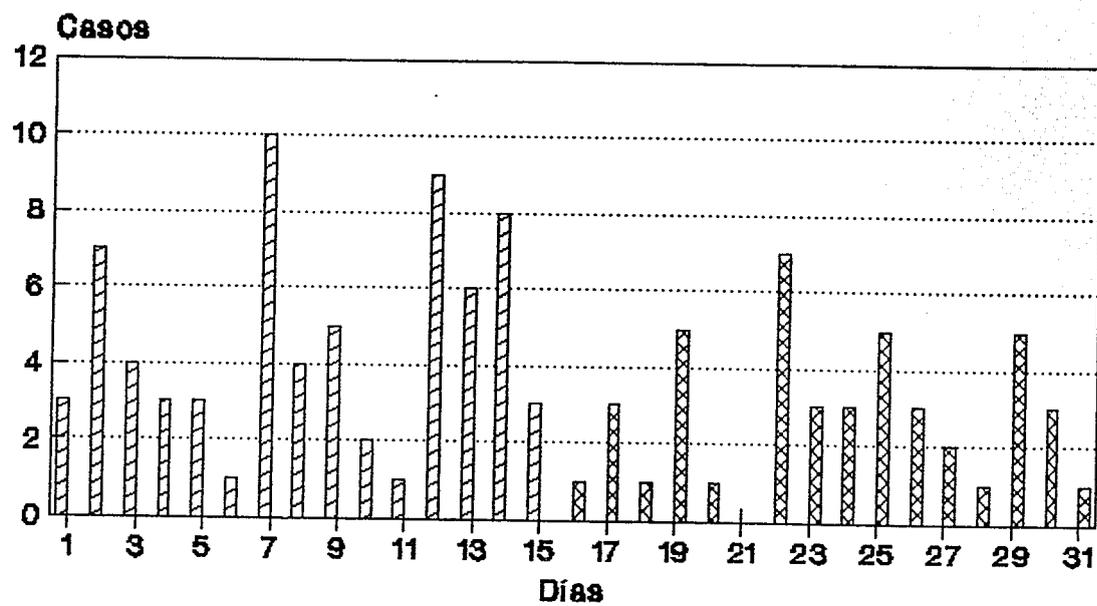


FIG. 1 CA4

1-15 16-31

DIF

## Mortalidad por día, 1993-1994 Estudio transversal

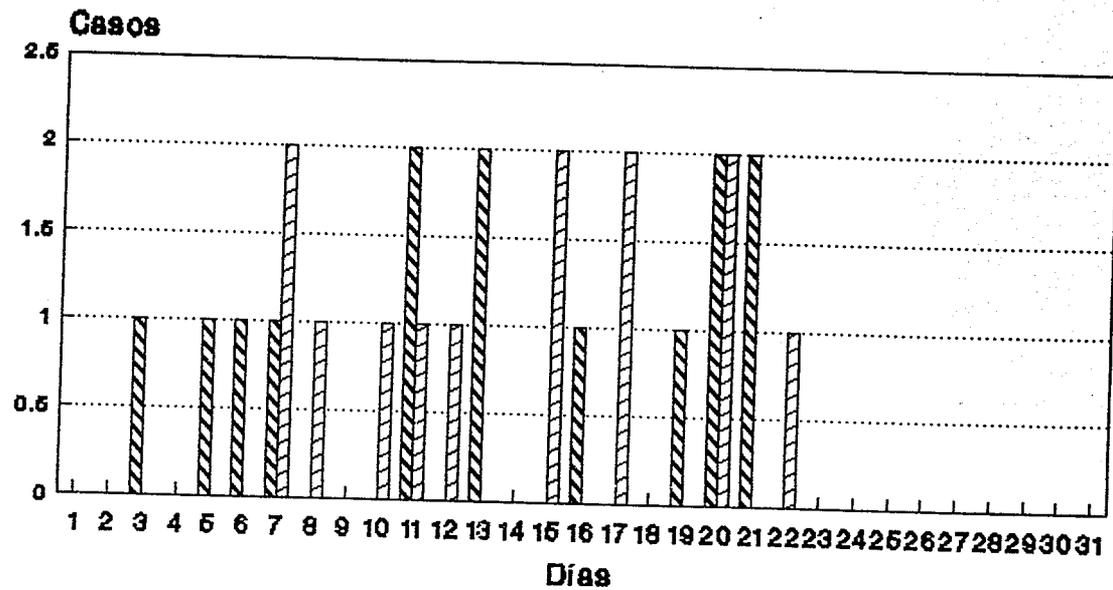
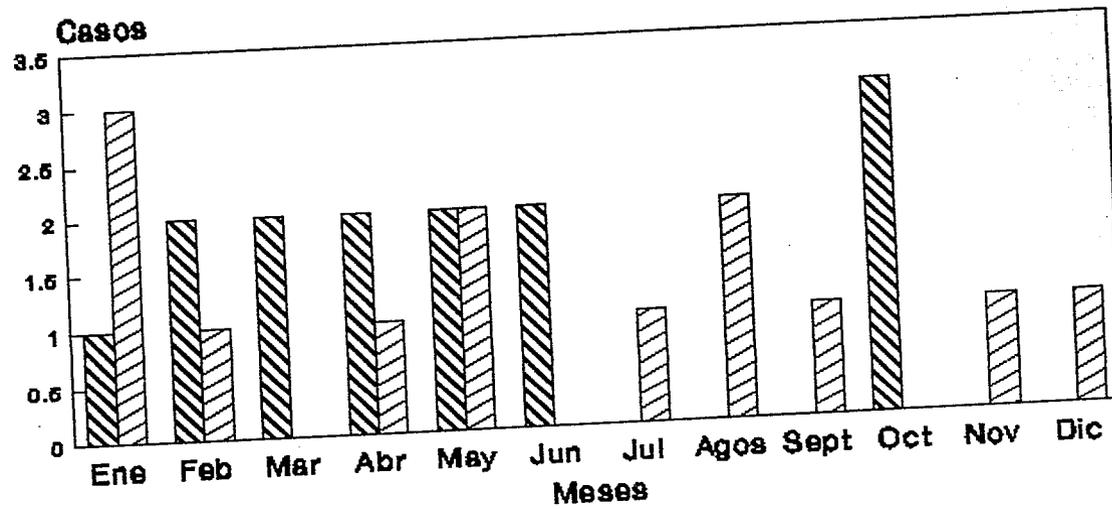


FIG. 2

1993
  1994

DIF, la primera quincena mantiene la mayor concentración de casos

**Mortalidad mensual, 1993-1994**  
**Estudio transversal, expedientes de**  
**frecuencia de muerte.**



**FIG 3**

 1993     1994

Coordinación técnica de servicio social  
DIF

# Mortalidad mensual 1983-1993

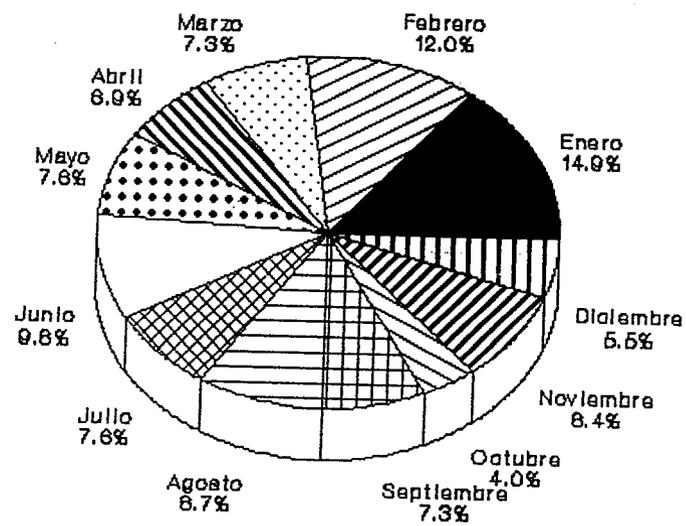


Fig. 1a

Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet"  
DIF

## Porcentaje de mortalidad por día Primera quincena, 1983-1993

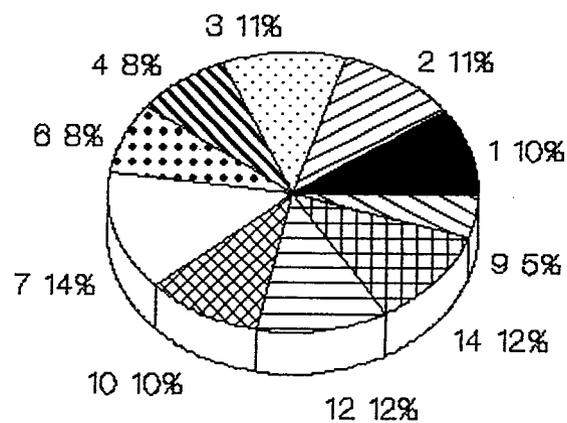


FIG. 2a

DIF

# Porcentaje de mortalidad por día Segunda quincena, 1983-1993

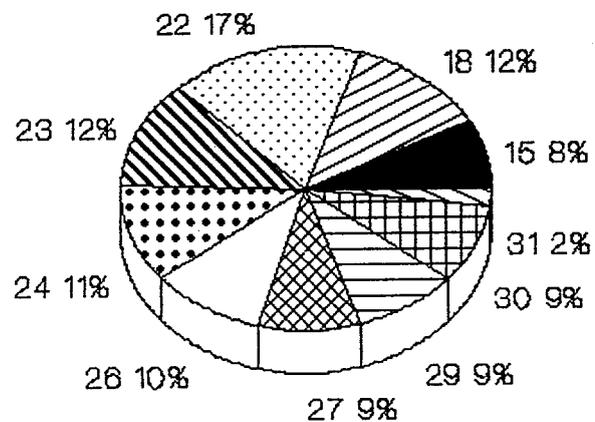


FIG. 2b

DIF





III



IV

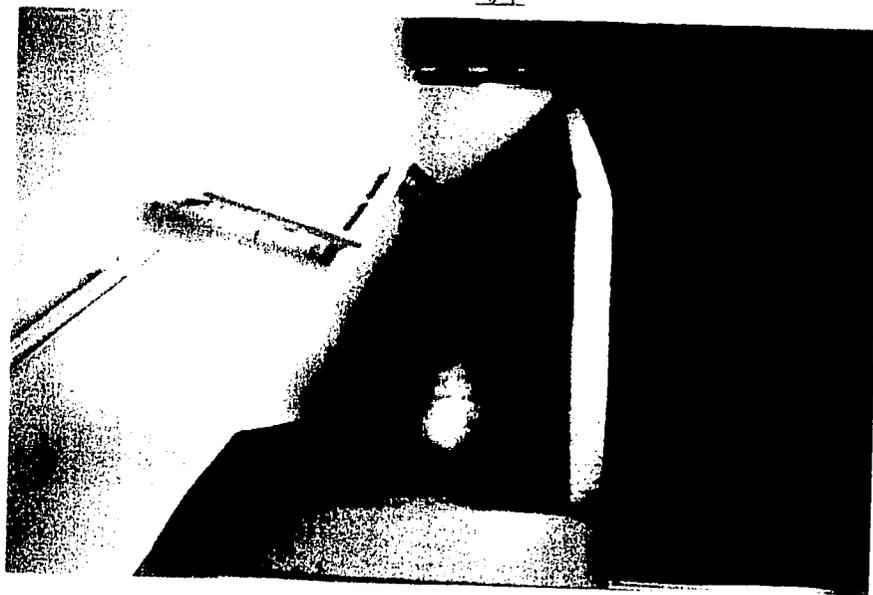


XIII

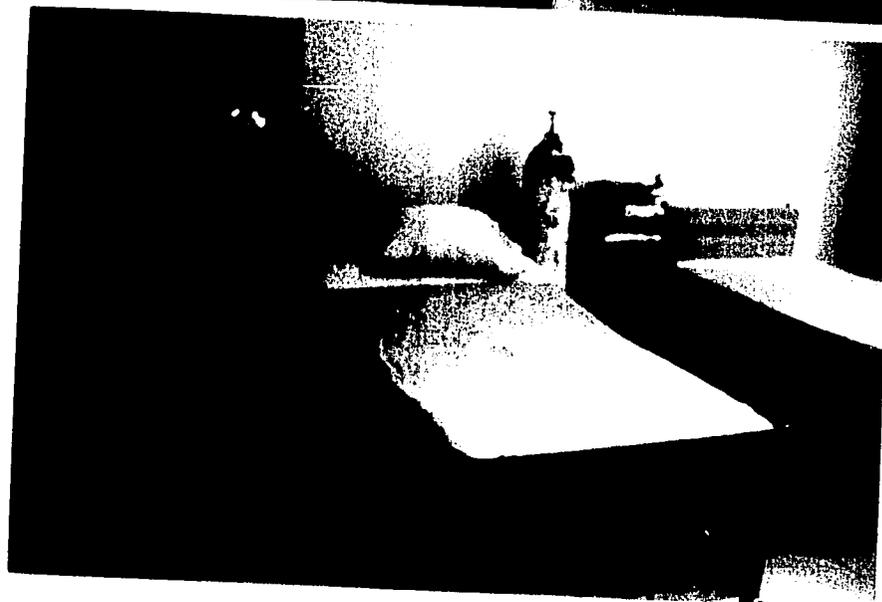
V



VI

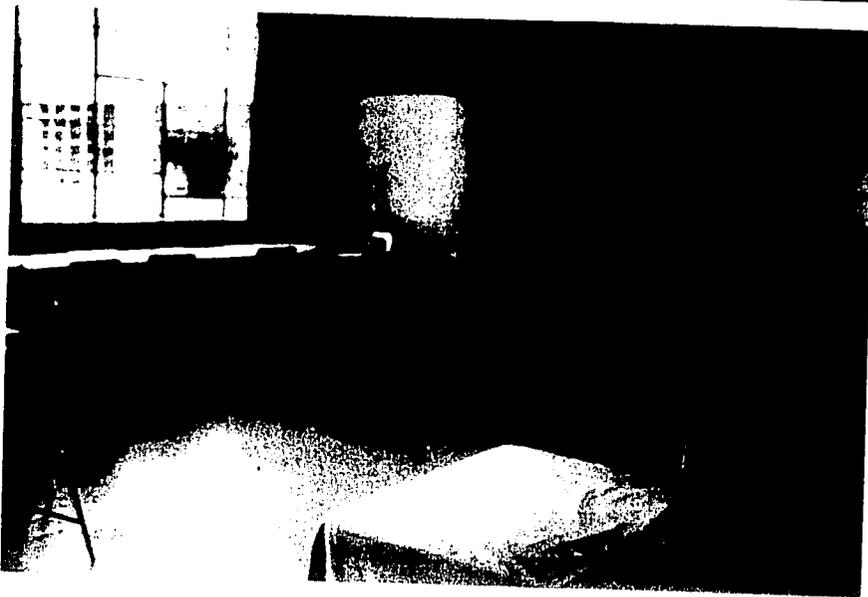
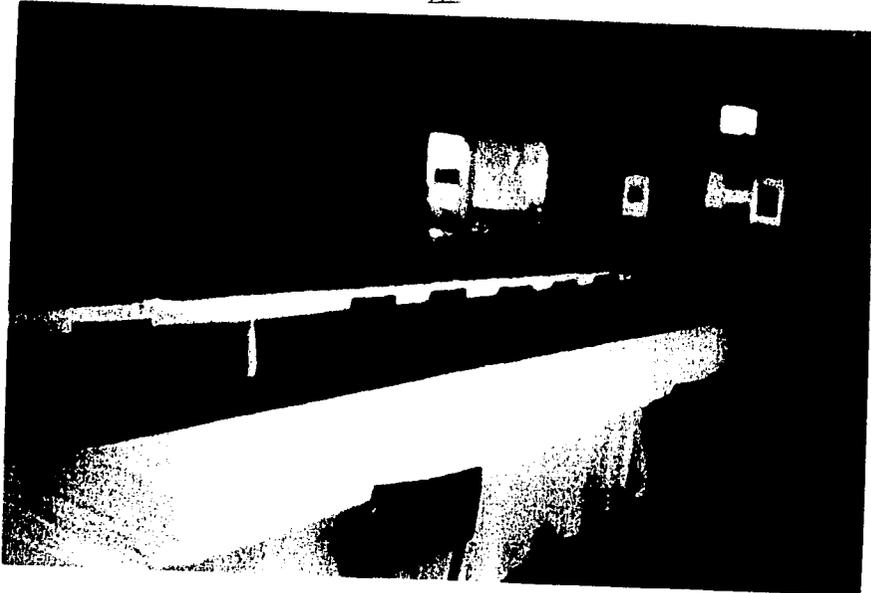


VII

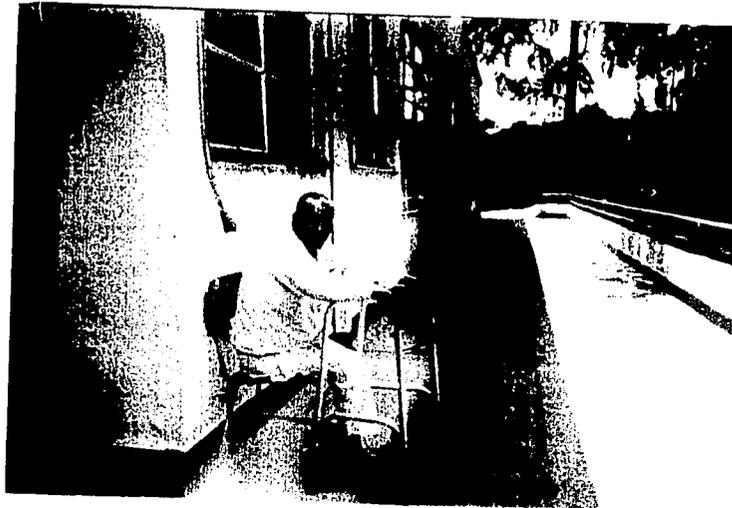


VIII

IX



X



XI



XII