



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROBLEMÁTICA BIOSICOSOCIAL DEL
ENVEJECER: POSIBLES SOLUCIONES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
CONCEPCIÓN ANGELINA BARRAZA ESTRADA

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D. F.

2005

m. 345348



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.

Sinodales:

Lic. Margarita Molina Avilés

Mtra. Francisca Cruz Serrano

Lic. Rebeca Paz Padilla

Lic. Patricia S. Sánchez Razo

AGRADECIMIENTOS

A Dios, el amigo con más años que conozco.
 A mis padres Efraín y Angelina (Q. E. P. D.)
 A mi mamá Mabel.
 A mi esposo Sergio, mi compañero de retorno.
 A mis hijos Alejandro, Stephanie y Tatiana, mi motivación.
 A mi nieto Áradan, mi alegría.

A los asesores y personal administrativo que me apoyaron a lo largo de este camino, especialmente a la Lic. Patricia Paz De Buen Rodríguez, a la Lic. Margarita Molina Avilés, la Lic. Rebeca Paz Padilla, la Lic. Patricia Sánchez Razo y la Maestra Francisca Cruz Serrano, gracias por sus comentarios y calidad humana

Al Juez Arturo Velázquez Méndez por su asesoría en los asuntos jurídicos.

Al M. C. Alfonso Martínez Vera por hacer, por fin, posible la captura de este trabajo.

Al Lic. Juan Alfredo Copado Hernández por su valioso apoyo en la corrección de estilo.

A mis viejos queridos que ya partieron: tío Neto, abue Josefita, maestro Espinoza de los Monteros, Antonieta Josefina, Raimunda y Alberto. Mis suegros: el Lic. Manuel y Doña Alicia, Sergio Villalobos, Sergio Unger, Don Boris y especialmente a ti, Abuela Esperanza, que atravesaste tu vejez a mi lado, compartiendo tanto durante 35 años.

A todos ellos con amor y simbólicamente a la vejez mexicana

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: CONCEPCION ANGELENA

CONCEPCION ANGELENA

FECHA: 15 de JUNIO de 2005

FIRMA: [Firma manuscrita]

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza un estudio de la principal problemática Bio-psico-social del adulto mayor, que nos permita plantear soluciones, en lo posible, a los distintos aspectos que se puedan presentar en esta etapa de la vida.

Comprende cuatro capítulos. En el Primero se aborda La vejez desde su definición y teorías sobre el envejecimiento. En el Capítulo 2, se hace referencia a los cambios propios de la edad que son una manifestación biológica común del envejecimiento.

El capítulo 3 se enfoca a los aspectos psicológicos y psicodinámicos del envejecer.

El capítulo 4 trata las situaciones más frecuentes, que cuando se presentan, constituyen la problemática bio-psico-social del envejecer.

Al final del trabajo se hace una integración de propuestas que conducen a posibles líneas de acción desde diferentes perspectivas.

Índice

	Pág.
Agradecimientos.	i
Resumen	ii
Introducción.	1
Capítulo I, La Vejez.	5
1.1. Definición de Viejo.	5
1.2. Formulación de la Categoría "Viejo".	6
1.3. Teorías del Envejecimiento.	13
1.3.1. Teorías Estocásticas.	13
1.3.2. Teorías no Estocásticas.	14
Capítulo 2, Envejecimiento Biológico.	16
2.1. Variaciones Normales del Envejecimiento Cardíaco.	17
2.2. Efectos del Envejecimiento sobre El Pulmón.	18
2.3. Efectos del Envejecimiento sobre El Tracto Digestivo.	20
2.4. Efectos del Envejecimiento sobre La Función Renal.	22
2.5. Trastornos del Tracto Genitourinario Inferior.	24
2.6. Sexualidad.	26
2.7. Función Tiroidea en el Envejecimiento Normal.	27
2.8. Trastornos Músculo-Esqueléticos del Envejecer.	29
2.9. Trastornos Neurológicos del Envejecer.	31
2.10. Envejecimiento Normal y Patrones de Enfermedad Hematológica.	34
2.11. Cambios Normales Asociados al Envejecimiento de la Piel y Faneras (uñas-y cabello).	36
2.12. Trastornos Oftalmológicos durante el Envejecimiento.	38
2.13. Trastornos del Oído durante el proceso de Envejecer.	41
2.14. Cambios Normales del envejecimiento y Patrones de Enfermedad Psiquiátrica.	43
Capítulo 3, Aspectos Psicológicos y Psicodinámicos del Envejecer.	49

3.1 Aspectos Psicológicos.	50
3.2 Aspectos Psicodinámicos.	62
3.3 Trastornos de la Personalidad en la Vejez.	66
Capítulo 4, Problemática del envejecer Bio-psico-social.	71
4.1 Aspectos Biológicos.	71
4.1.1. Apoplejías (Embolias).	71
4.1.2. Alzheimer.	74
4.1.3. Menopausia y respuesta sexual.	78
4.1.4. Minusvalía.	83
4.2. Aspectos Psicológicos.	85
4.2.1. Factores de riesgo de Suicidio.	86
4.2.2. Amistad.	90
4.2.3. Viudez.	94
4.2.4. Estrés en el paciente moribundo.	98
4.2.5. Miedo a la Muerte.	102
4.2.6. Miedo a Vivir.	106
4.2.7. Amor a la Vida.	108
4.3. Aspectos Sociales.	111
4.3.1. Nido Vacío.	112
4.3.2. Abandono.	115
4.3.3. Soledad.	118
4.3.4. Desasimilación Grupal-Familiar.	123
4.3.5. Anomia.	128
4.3.6. Familia Monoparental.	130
4.3.7. Asifos.	133
4.3.8. Abuelos Viejos-Abuelos Nuevos.	139

4.3.9. Paradoja Salud-Larga Vida-Vejez.	142
4.3.10. Jubilación.	147
4.3.11. Malos Tratos.	152
4.3.12. Eutanasia.	157
4.3.13. Asuntos Éticos.	160
4.3.14. Asuntos Jurídicos.	167
Propuestas	184
Conclusión	201
Bibliografía	204
Anexo	214

Introducción

*¡Rara vez vive el hombre cien años!
y cuando los adquiere
¿ Qué ventaja tiene?*

*En la falda de la colina
Yacen los jóvenes héroes
De la localidad
Lao Tse*

En los últimos decenios (1960 - 2000) se han producido importantes cambios sociales a nivel mundial, que han repercutido en la familia y en las relaciones de las diferentes personas que la integran, acabando prácticamente con el modelo de familia patriarcal.

En Europa, tan solo el 2% de los viejos viven con sus hijos. Se sabe que en las naciones altamente industrializadas, la producción de viejos aumenta incesantemente, debido al incremento en la esperanza de la vida media y la disminución de la natalidad.

Lo mismo está ocurriendo en las familias tribales, como consecuencia de la occidentalización del estilo de vida, que induce a muchos a buscar trabajo en las ciudades como sucedió inicialmente en Sudáfrica y sucede actualmente en nuestro México.

Entre los japoneses, quienes normalmente se enorgullecen de la tradición de cuidar a sus viejos; está extendiéndose la costumbre, sobre todo en los centros urbanos, de ingresar a los abuelos en asilos y clínicas especializadas, incluso sin que exista necesidad.

Además de los cambios sociales, otras razones por las cuales se abandona a los viejos, son la desaparición de las cualidades humanas que promueven una vida social y familiar feliz - bondad, respeto al prójimo, cariño familiar - y la difusión de un espíritu egoísta y hedonista. Por consiguiente, en vez de considerar a los viejos una

f fuente de estabilidad y enriquecimiento de la personalidad, muchos hijos y nietos los ven como una molestia, porque no van al paso de los rápidos cambios sociales.

Entre los 28 millones de viejos no institucionalizados en E.U.A, más de 8 millones, viven solos y de estos, 77% son mujeres. La mayoría de ellas son viudas, de edad muy avanzada, situación más frágil, y más pobres que los varones viejos. Mas de la mitad de los individuos que viven solos son mayores de 75 años.

Y uno se pregunta: Aquí en México con 100 millones de habitantes en el año 2000 que tenemos un promedio de vida media de 74 años y con un control de la natalidad del 1.8% ¿cuántos viejos tenemos? (mayores de 60 años), ¿dónde están?, ¿qué estamos haciendo con ellos?

La brecha entre generaciones cada vez más profunda, causa mucha tensión, sobre todo cuando los viejos viven con sus familias. No obstante, que los viejos puedan hacer una aportación estimable al círculo familiar (aportando, además de su cariño y experiencia, su pensión económica).

Abuelos, padres y nietos; tres generaciones separadas en edad por solo unos cuantos decenios, pero en espíritu, a menudo por un abismo.

Muchos viejos en el mundo sufrieron los horrores de la Segunda Guerra Mundial y sus devastadoras secuelas. Sus hijos, seguramente vivieron su juventud durante los años 60, la época de los movimientos de protesta y de la prosperidad económica. Sus nietos se ven carentes de valores, con los rápidos cambios que se producen actualmente. En los modelos de conducta pública, no es fácil para una generación inculcar en la siguiente, *aprecio por la experiencia de los mayores*.

Es difícil asomarse al mundo del viejo; pero cosa curiosa, no tanto por el viejo mismo, sino por el joven, que nunca lo intenta; y no lo intenta por carencia absoluta de afecto y de interés - también, por supuesto, porque flota en el ambiente una repugnancia o rechazo que parece casi natural - a acercarse a curiosear en el mundo de los trastos viejos, de las tiendas viejas y de los humanos viejos.

El tiempo psíquico acelerado del joven, su vigor, su excesivo regodeo con la fugaz experiencia, le hace ir cavando su propia tumba, pues cuando llegue a la vejez, pagará con creces su vanidosa y ciega actitud (en caso de tenerla). Todo esto no implica reproche alguno, ni menos aún menosprecio por la más provechosa de las edades. Es tan solo una llamada de atención sobre una actitud frente a la vida entera en todas sus etapas, que intenta siempre marginar la última, a la que alguna vez se habrá de llegar, y que no es otra cosa sino la vejez.

Lo anterior no conduce sino a un solo planteamiento: la importancia tanto individual como social de una vejez digna, como la última e inexorable etapa biológica, biográfica. También se hace patente que solo nuevos puntos de vista políticos y socioeconómicos podrán decir la última palabra. El hacer profecías sobre lo que pasará, no es muy del agrado del mundo de hoy.

No obstante, cuando alguien se acerca al humano viejo con sana y buena intención, encuentra siempre acogida; entre otras razones, porque es esperado con ansiedad expectante muy a menudo, matizado por cierta dosis de amargura y soledad. A veces se tropieza con cierto recelo inicial. Otras con un dejo de aparente indiferencia; pero si se persiste en el empeño, todo esto se va diluyendo y llega a abrirse la puerta que permite entrever su verdadera circunstancia existencial. Cosa curiosa: de lo huidizo y desconfiado, comienza a surgir de un mundo gris, la luz y el viejo se aferra al confidente, al amigo y, a través de éste, a la vida. Pero cuando el curioso logra asomarse a la intimidad del viejo, advierte que lo más grave que ha ocurrido es una inaceptable pérdida de función y un contemplar impotente a veces de cómo se va convirtiendo, poco a poco en un auténtico estorbo familiar y social, lo que más le duele es ver y sentir que aquellos a los que ha querido y por los que ha trabajado, toda una vida, son precisamente los que ahora lo repudian, lanzándolo al rincón menos visible y transitado de la casa. No lo dejan hablar, menos opinar. Y, si a ello se atreve, es ignorado en forma total; en el mejor de los casos se le oye, pero no se le escucha. Esto es, se practica la ley del hielo dentro del hogar que él construyó, está dentro de la anomia intrafamiliar. Debido a esta situación existencial, el niño que

todos llevamos dentro, llora también en el viejo, aunque quizás con un llanto desconocido para nosotros.

Esta tesis tiene como objetivo develar la principal problemática de muchas personas que ya llegaron a la vejez, focalizando no solamente causas y carencias, sino también proponiendo soluciones cuando es posible, de acuerdo a la temática que se abordará en la misma. Estas posibles soluciones no sólo se mencionarán en el capítulo correspondiente, sino se integrarán también al final de la tesis.

El procedimiento se realizó mediante la recopilación, selección y análisis de información obtenida en libros, publicaciones nacionales e internacionales, así como documentos e investigaciones especializadas en el área gerontológica.

Es una humilde expectativa que este trabajo motive a otros compañeros psicólogos a adentrarse al inmenso océano de la vejez.

Capítulo 1

La vejez

En este capítulo se aborda la vejez desde su definición, formulación y teorías del envejecimiento.

1.1. DEFINICIÓN DE VIEJO

Viejo (a) (Lat. Vulgar, veclus, por vetulus) ad., Se aplica a la persona de mucha edad - antiguo del tiempo pasado - que no es reciente, ni nuevo - deslucido, estropeado por el uso. (Diccionario Ilustrado de la Lengua Española).

Vejez Calidad de Viejo

- Edad senil, senectud (Diccionario de la Real Academia de la Lengua).
- Viejo Adj. y s. Que tiene mucha edad, o está en la última etapa de su vida. - que tiene mayor edad que otro. (Diccionario fundamental del Español de México).

Como se podrá notar, en ninguna de las definiciones se habla de la edad. De ahí que la vejez haya sido definida de acuerdo con el momento histórico y socioeconómico, a través de las diferentes sociedades (Minois, 1987).

Vejez, un término que casi siempre hace estremecer, una palabra cargada de inquietud, de fragilidad; a veces de angustia. Un término; sin embargo, impreciso, cuyo sentido sigue siendo vago, una realidad difícil de limitar ¿cuándo se llega a viejo?, ¿a los 50?, ¿a los 55?, ¿a los 60?, ¿a los 65?, ¿a los 70?, ¿a los 75? Nada más vacilante que los contornos de la vejez, complejo fisiológico—psicológico—social (Biopsicosocial). ¿Tiene como la edad de las arterias, de su corazón de su cerebro, de su moral, o de su estado civil?, ¿o es quizá la mirada de los demás la que nos define un día como viejo?

El único rito de transición es contemporáneo y artificial: el paso a la jubilación, cuyo momento viene determinado más por obligaciones sociales que por la edad real. Biosocialmente, los humanos comienzan a envejecer desde el momento de la concepción, pero con ritmos distintos. La situación social, el modo de vida, el entorno cultural acelerado que retrazan la evolución biofisiológica, y nos introducen en la vejez a edades diversas.

1.2. FORMULACIÓN DE LA CATEGORÍA "VIEJO"

Dado que la categoría "viejo" ha sido abordada de diferentes maneras en el devenir de la historia, el término se manejará de acuerdo a las diferentes etapas de ésta, aunque siempre que se hable de "viejo" se referirá a la propuesta sugerida por la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, AC "GEMAC" en el Seminario Internacional de las Naciones Unidas en 1979 (actualmente en uso en el mundo).

De acuerdo a ésta clasificación se llama viejo a toda aquella persona mayor de 60 años, no importando el sexo, en los que quedan incluidos los ancianos (entre 60 y 80 años), los senectos (entre los 80 y 100 años) y los grandes longevos (mayores de 100 años).

Se llegó a determinar a los 60 años como el inicio de la vejez por las siguientes razones:

- a) Es la edad promedio del ser humano en el planeta.
- b) Es la edad en que aparecen en el humano la mayoría de los achaques, "síntomas" que se atribuyen a la vejez.
- c) Es la edad aproximada, en que se realiza la jubilación a nivel mundial.
- d) Es la edad promedio con valor estadístico mundial para hablar de la vejez.

Siendo ésta la razón por lo que siempre hablaremos de los viejos contrariamente a lo que la población en general se refiere por miedo e ignorancia

en forma de anciano y senecto que nos habla de diferentes tipos de viejos, o cuando, aún peor nos referimos como adultos en plenitud, cuando nosotros hablamos de la vejez en general.

Los japoneses se preocupaban de contabilizar el número de viejos, tal como el emperador Sou Jin en el año 86 AC. A partir del Siglo VII los registros japoneses clasifican a la población según su edad, distinguiéndose entre los "viejos" (de 60 años) y a los ancianos (mas de 75 años).

En el mundo hebreo la vejez comienza a los 60 años: "a los 60 años el hombre alcanza la vejez, a los 70 años tiene la cabeza cana" (El talmud, Abhot, V,24). Morir antes de los 70 años es prematuro. Esta edad representa la realización de la vida, el momento de recoger lo que se ha sembrado en el mundo: la sabiduría para unos, la locura para otros.

En el mundo griego, Pitágoras fue uno de los primeros que elaboró una teoría de las etapas de la vida, siguiendo las estaciones, divide la vida en 4 partes de 20 años cada una:

La infancia "primavera" de 0 a 20 años.

La adolescencia "verano" de 20 a 40 años.

La juventud "otoño" de 40 a 60 años.

La vejez "invierno" de los 60 en adelante.

Para los romanos la edad de la vejez es a partir de los 60 años y de acuerdo con el retrato del anciano ideal (60 - 80 años) pintado por los filósofos; los placeres de la carne estarán prohibidos de ahora en adelante. Debe consagrarse a la sabiduría y a los placeres del espíritu.

En la Alta Edad Media, a comienzos del Siglo V, San Agustín en su libro sobre El Génesis contra los maniqueos, desarrollaba el tema de las siete edades del mundo extensión de los 7 días de la creación; éstos a su vez corresponden a las

siete edades de la vida, de las cuales la última, la vejez, representa el renacer a la vida espiritual.

Edades del hombre

1. De la cuna,
2. La infancia,
3. La adolescencia,
4. La juventud,
5. Edad madura,
6. Vejez de los 60 años - 120 años,
7. Del ataúd.

A comienzos del Siglo VII, otro pilar del pensamiento medieval, Isidoro de Sevilla tomaba de nuevo, en el libro quinto de sus etimologías, la idea de la división de la vida humana en siete partes:

Infancia:	hasta los 7 años,
Puertitia	de los 7 a los 14 años,
Adolescencia	de los 14 a los 28 años,
Juventud	de los 28 a los 56 años,
Madurez	de los 56 a los 70 años,
Vejez	de los 70 en adelante,
Seniles	corresponde a la senilidad, la última etapa.

En los siglos XI al XIII, donde se observa la diversidad social y cultural de la vejez, la división de la vida en cuatro, seis o siete partes, era como ya hemos visto, una idea muy antigua puesta de moda por Isidoro de Sevilla. Desde entonces se le encontrará a cada paso. Se perfecciona y se concreta en el siglo XIII, particularmente en la famosa Enciclopedia en latín, El Gran Propietario de Todas Las Cosas. Encontramos en ella la concepción clásica de la unidad

fundamental del universo espiritual y material, sobrenatural y natural. Todo está íntimamente relacionado, todo repercute sobre todo, todo es imagen de todo, las edades de la vida son un ejemplo de ello, según El Gran Propietario, hay siete que corresponden a los siete planetas y aunque no se refiere a qué planeta corresponde cada una de ellas las nombra:

1. Infancia.
2. Pueritía.
3. Adolescencia.
4. Juventud.
5. Senecte.
6. Vejez.
7. Seniles.

Infancia: En la que nacen los dientes, comienza en el momento del nacimiento y dura hasta los 7 años (infante, el que no habla)

Pueritía: Es llamada así porque en ésta edad se está todavía igual que la pupila en el ojo (cerrada, virgen, como niño). Esta edad dura hasta los 14 años.

Adolescencia: Que según contaba termina a los 21 años y según Isidoro a los 28 años. Se le llama así porque la persona es lo suficientemente apta para engendrar.

Juventud: Que ocupa el lugar central entre las edades, la persona se encuentra en la plenitud de su fuerza, y dura hasta los 45 años según Isidoro, y hasta los 50 los otros.

Senecte: Que según Isidoro son años pesados, porque en esta edad la persona está torpe en hábitos y modales. En ésta edad la persona no es vieja, pero ha pasado la juventud.

Vejez: Que según unos, dura hasta los 70 años y según otros, no termina hasta la muerte. Según Isidoro, llamada así porque la gente que en ella se

encuentra está ansiosa, ya que los viejos (según él) no tienen sensatez como han tenido y dicen tonterías.

Seniles: La última etapa de la vejez, es llamada así en latín. El anciano está lleno de tos, de esputos, y de inmundicias, hasta el momento en que vuelve a las cenizas y al polvo de donde ha salido.

Otros tratados, afinando aún más llegan a dividir la vida humana en 12 partes, a imitación de los 12 meses del año. En éste caso, la vejez que abarca todavía 3 partes, comienza a principios de octubre, lo que hace ocupar por término medio la cuarta parte de la existencia. "El mes que viene tras septiembre llamado mes de octubre, cuando cumple exactamente LX años (60 años) se convierte en anciano canoso, y tiene por tanto que recordar que el tiempo lo conduce a la muerte". (Minois, 1987).

A nivel popular el folcklore asocia siempre la vejez con la idea de muerte y sufrimiento. Un cuento famoso, relata que en el principio Dios había fijado en 30 años la duración de la vida de los hombres y de los animales; como el asno pidió a continuación se le quitaran 18 años, el perro 12 años y el mono 10, el hombre entonces reclamó para sí éstos 40 años suplementarios. Si sumamos los años que dieron el asno (18), el perro (12) y el mono (10) nos dan $18+12+10=40$ años, que al ser concedidos al hombre su edad sería de 70 años, pero los viviría de acuerdo a sus donadores. Una vez cumplidos los 30 el hombre tiene que trabajar penosamente como un asno durante 18 años, después se arrastra de un rincón a otro como un perro durante 12 años, gruñendo, ya que ni siquiera tiene dientes para morder. Finalmente, durante sus 10 últimos años de los 60 a los 70 años, ya no está en pleno juicio y se burlarán de él como de un mono.

La sociedad medieval ha ignorado la gerontocracia, el envejecimiento es imperceptible, la entrada en la tercera edad no viene marcada por ninguna ceremonia; de hecho no hay tercera edad; hay vida y muerte. El único límite de la actividad es la incapacidad física.

En los siglos XIV - XV es interesante hacer notar el predominio de la vejez a consecuencia de la peste, que arrasó a la juventud. Actualmente se piensa que el viejo tenía resistencia bacteriológica o una inmunidad que le permitía seguir viviendo, y por lo tanto, podía continuar controlando la riqueza, así como el poder político.

A comienzos del Siglo XIV, Dante retoma en "El Convivio" el tema clásico de los periodos de la vida humana y ofrece una opinión mas elevada de la vejez. Para él, la vida se divide en 4 etapas:

1. La adolescencia, caracterizada por el calor y la humedad.
2. La edad adulta, periodo del calor y la sequedad.
3. La madurez, que amplía generosamente de los 45 años a los 70 años, fría y seca.
4. La decrepitud, de los 70 a los 80 años, fría y húmeda.

En el siglo XVI Jean Bodin, en su libro La República nos dice, "la vejez comienza a los 55 años y termina para la mayoría, 7 años mas tarde". El número 63, resulta de multiplicar 7 por 9 arrastra tras sí generalmente el fin de los ancianos (según él).

Se podría decir que en el Renacimiento la vejez se etiqueta como decadencia. Tanto para el humanista como para el cortesano, le sigue siendo asignado el fracaso, último de los intentos de crear un superhombre. Porque la vejez nos obliga a perder todas las virtudes del hombre ideal: belleza, fuerza, voluntad y capacidad intelectual. Nos priva del amor y de los placeres terrenos. Es sufrimiento y flaqueza. Es el mal del siglo, que los utópicos sueñan con suprimir. Esto nos haría pensar en el capitalismo como lo plantearía K. David (Juventud y Producción), dándonos un replanteamiento de la teoría social en la construcción del conocimiento.

En el Siglo XVI no se concedió una especial supremacía a la gerontocracia, pero depositó a menudo su confianza en los ancianos y en cuanto a las ancianas,

su falta de amor por ellas se manifestó casi solamente en la literatura. Un factor que favorece la mayor longevidad en la nobleza, es el descenso del número de muertes violentas debido sobre todo a la terminación de las guerras civiles.

Lo cual nos permite plantear que la vejez ha sido una construcción histórico social, ya que desde la antigüedad el viejo ha sido tomado en cuenta por ser un indicador de fortaleza y sabiduría; y que su condición extraordinaria deja de serlo con la entrada de la modernidad y los nuevos postulados sociales. Esta nueva conformación del hecho de envejecer, ha permitido construir una imagen y percepción del viejo, como decadente (acercamiento a la muerte), que el capitalismo y sus valores instrumentales han generado una marginación social y cultural del sujeto que envejece, que se traslada al ámbito institucional (familia, seguridad social, política de salud, entre otros).

Sin embargo, cabe mencionar que son numerosos los ejemplos que corroboran la enorme capacidad creadora de la mentalidad de muchos hombres que alcanzaron una edad avanzada:

Hipócrates, el padre de la medicina, quien nos heredó las seis reglas doradas de la salud y la longevidad, alcanzó la edad de 86 años cuando el promedio de vida media era de 35 años; Arquímedes, descubrió los espejos luminosos a la edad de 75 años, Solón, Zenón, Pitágoras, Demócrito, daban clases cumplidos ya sus 90 años. Platón compuso varios de sus diálogos a los 84 años; Tiziano contaba 95 años cuando terminó su Cristo Coronado de Espinas y casi centenario nos dió su autorretrato entre lo mejor de su obra; Miguel Angel y Van Dick produjeron igualmente en su más avanzada edad. El gran matemático Lagrange tenía 75 años cuando dió su fórmula definitiva a la mecánica analítica, Cervantes, Voltaire, Meyerbeer, Verdi, Victor Hugo, produjeron sus grandes obras hasta el final de su larga vida; Kant no inició su obra trascendental hasta los 60 años, y fue a partir de entonces que llevó a cabo su verdadera labor filosófica y metafísica. (González, 1984). Estos y muchos nombres más podrían agregarse a ésta lista, de

seres que mantuvieron una mentalidad activa e intensa. Será necesaria la propia motivación por lo que se haga o por lo que se ame que lleve al individuo al umbral de la propia realización. En todo caso, si algunos consideran triste llegar a viejo, es más triste no llegar.

1.3. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

En muchas disciplinas, el número de teorías existentes es inversamente proporcional al grado de conocimiento de aquellas. Puesto que la Gerontología Biológica es una disciplina relativamente nueva (se han realizado investigaciones intensivas solo en los últimos 10 años), no debe sorprender que se hayan propuesto muchas teorías para explicar el proceso del envejecimiento.

Las principales teorías actuales acerca del envejecimiento pueden dividirse en dos tipos, las que afirman que los procesos del envejecimiento ocurren de modo aleatorio y se acumulan con el paso del tiempo (Teorías Estocásticas), y las que suponen que ocurren de forma predeterminada (Teorías no estocásticas) (Rowe y Schneider, 1998).

1.3.1. TEORÍAS ESTOCÁSTICAS

a) Teoría del Error Catastrófico:

Esta teoría propone que con el paso del tiempo, se produce una acumulación de errores en la síntesis proteica que finalmente ocasiona el trastorno de la función celular.

b) Teoría del Desgaste

Esta teoría sostiene que el organismo está formado por componentes irremplazables, y que la acumulación de las lesiones de sus partes vitales ocasiona la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

c) Teoría de los Radicales Libres:

Los radicales libres son moléculas fuertemente reactivas, capaces de lesionar el ADN, las enzimas y las proteínas de la membrana celular. La fuente más

importante de radicales libres es el metabolismo del Oxígeno.

Los autores que apoyan ésta teoría afirman que con el paso del tiempo se produce una acumulación de lesiones causadas por los radicales libres de bajo nivel, que ocasiona finalmente los hallazgos propios del proceso de envejecimiento.

1.3.2. TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS

Teorías del marcapaso

Se cree que ciertos organismos o sistemas (por ejemplo: los sistemas inmunológicos y neuroendocrino, principalmente el hipotálamo) son una especie de "marcadores" intrínsecos del proceso de envejecimiento, cuya involución está programada genéticamente para ocurrir en momentos específicos de la vida de un organismo determinado.

- Durante el envejecimiento disminuye la función de las células B y T. Las funciones de las células T son las que alteran de modo más significativo y su disminución es paralela a la involución del timo, que comienza ya durante la adolescencia.
- El aumento de los tumores malignos relacionado con la edad podría también estar relacionado con la disminución del control inmunológico que ocurre con el paso de los años.
- La edad produce un aumento de la actividad adrenérgica y una disminución de la vasodilatación mediada por los receptores B.
- Los estudios efectuados en animales hipofisectomizados y sometidos a hormonoterapia sustitutiva sugieren que se produce una disminución del proceso de envejecimiento, y han facilitado así mismo la búsqueda de una posible "hormona de la muerte" que aumenta con la edad o de una eventual

"hormona de matusalén" que disminuya con el paso de los años. No existe, sin embargo, dato alguno que apoye estos conceptos.

Todas estas teorías tienen fallos. Así, no explican el origen de los cambios en el mismo sistema de marcapasos, tampoco consideran que no todos los organismos vivos poseen sistemas inmunológicos o neuroendocrinos bien desarrollados.

TEORÍAS GENÉTICAS

- Aunque se desconocen los mecanismos implicados, los factores genéticos son claramente determinantes del proceso de envejecimiento. Existe una notable especificidad de especie respecto a la duración de la vida y, en el hombre, la de los gemelos univitelinos es más parecida entre sí que la de los hermanos normales.
- Algunas alteraciones biológicas observadas en los ancianos (60, 80 años) se relacionan sólo con el envejecimiento, mientras que otras son consecuencia de la enfermedad. Aunque no siempre es posible, es importante comprender y reconocer éstas diferencias en la evolución de la salud de los viejos. Algunas alteraciones son claramente fisiológicas (ejemplo: el crecimiento y el desarrollo, caracterizados por el rápido aumento de muchas funciones fisiológicas y que alcanzan un máximo a finales de la segunda o inicio de la tercera décadas de la vida. A partir de ésta edad se sabe que algunas funciones comienzan a experimentar una progresiva disminución lineal).
- Se han establecido criterios ajustados según la edad para varias funciones clínicamente importantes, ejemplo las medidas espirométricas de la función pulmonar, en el caso de la función renal, disminución del aclaramiento de la creatinina relacionadas ambas con la edad.

Capítulo 2

Envejecimiento Biológico

En este capítulo se hace referencia al envejecimiento en órganos y sistemas en el adulto mayor.

En la actualidad a la variabilidad de los cambios fisiológicos relacionada con la edad y la capacidad de muchos factores para modificar al envejecer se le conoce de dos formas:

1. Envejecimiento con éxito (normal).
2. Envejecimiento usual (anormal).

El envejecimiento con éxito (normal) se refiere a los individuos que con el envejecer sólo presentan disminuciones fisiológicas, y en los que los cambios influidos por esto no se encuentran complicados por la presencia de enfermedades exposiciones ambientales y factores propios del estilo de vida (ejemplo: dieta, ejercicio físico, ausencia de stress, integración al nicho ecológico cultural). Este tipo de envejecimiento implica la posesión de una mayor capacidad fisiológica y de un menor riesgo de enfermedad, así como la presencia de componentes previsibles o reversibles respecto a lo que se considera envejecimiento normal.

El envejecimiento usual (anormal) hace referencia en cambio a las alteraciones observadas en el viejo y es determinado por los efectos combinados de los diversos procesos del envejecer, por los efectos de las diversas enfermedades que el sujeto sufrió en su vida, así como los efectos del ambiente adverso y los

factores propios del estilo de vida. Así por ejemplo, el consumo de oxígeno aumentará en las personas que hagan ejercicio aeróbico regularmente y se ha demostrado niveles incluso mas altos que los correspondientes a adultos y jóvenes sanos (Abrams, 1998). Por lo tanto no debe suponerse que las diferencias entre el estado clínico de las personas con mas edad y los que son mas jóvenes representan solo los efectos del envejecimiento. En realidad tales diferencias constituyen una combinación de efectos interdependientes (unos relacionados con la edad y otros con la enfermedad) que comprenden desde la falta de interacción hasta el hallazgo de cambios propios de la edad que simulan la presencia de "enfermedad" sin serlo realmente sino que son solo una manifestación común del envejecimiento.

2.1. VARIACIONES NORMALES DEL ENVEJECIMIENTO CARDIACO

Lakatta (1998) considera que las alteraciones en la estructura y las funciones cardiovasculares debidas al envejecer, reducen el umbral en el que aparecen los signos y síntomas que afectan al curso clínico y el pronóstico final de los trastornos. A la inversa, la amplia presencia de enfermedades complica el estudio gerontológico. En particular en las formas ocultas de enfermedad, éstas pueden exagerar los déficits funcionales que se atribuyen al envejecimiento y dan lugar a una visión errónea del efecto de la edad. Desafortunadamente, la metodología para un estudio de detección de los individuos con enfermedad cardiaca oculta sólo se ha desarrollado recientemente y no se utiliza aún de forma amplia. Ello explica en parte la amplia variabilidad de reserva cardiovascular descrita en los individuos de edad avanzada en distintos estudios.

En el envejecer, el corazón puede sufrir una atrofia, mantenerse inalterado o presentar una hipertrofia moderada. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad, el tejido fibroso aumenta, pero no tiene una contribución apreciable en el aumento de la masa cardiaca. Las paredes arteriales se vuelven más rígidas,

la aorta se dilata y^o alarga, la función cardiovascular se verá afectada, aun así no hay patología sino simplemente cambios de ajuste a la nueva vida, por venir.

La considerable importancia de las cardiopatías en la vejez es axiomática como causa de mortalidad y morbilidad. Las estadísticas de mortalidad revelan muy bien su magnitud y sus proyecciones como causa de muerte.

Los índices de mortalidad por cardiopatía ascienden en forma exponencial a medida que avanza la edad duplicándose en los hombres y triplicándose en las mujeres por cada 10 años de edad. Este incremento obedece en gran medida al constante aumento en el número de muertes atribuibles a cardiopatía izquémica (infarto del miocardio) aunque también al incrementarse la edad en los sujetos, se observa aumento de enfermedad hipertensiva y lesiones por fiebre reumática.

Algunas formas de reducir los riesgos de enfermedades del corazón son evitando: tanto el sedentarismo como el ejercicio sin supervisión hecho con demasiada intensidad, la elevación de los niveles de colesterol en la sangre, la obesidad, el exceso tanto de sal como de cigarrillos o la elevación de la presión arterial. Es importante la valoración médica ante cualquier anomalía (Reynoso y Seligson. 2001).

2.2. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL PULMÓN

Tockman (1998) nos menciona que el envejecimiento no sólo afecta las funciones propias del pulmón (ventilación intercambio gaseoso) sino también su capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad, en la ventilación y en la distribución de gases se deben fundamentalmente a alteraciones similares en la distensibilidad, tanto de la pared torácica como de los pulmones. Los volúmenes pulmonares (en reposo) están determinados por el equilibrio entre las fuerzas del tejido elástico

pulmonar que tiran hacia adentro, las fuerzas de la pared torácica y los músculos respiratorios que tiran hacia afuera. A partir de los 55 años la fuerza de los músculos respiratorios debilita tanto a hombres como a mujeres. Este debilitamiento de la fuerza muscular expansiva y la mayor rigidez (disminución de la distensibilidad) de la pared torácica, son contrastados por una pérdida de la retracción elástica (aumento de la distensibilidad de los pulmones).

Esto trae como consecuencia disminución del volumen pulmonar ya sean fumadores o no. Por lo general los lóbulos inferiores se ventilan más en los jóvenes que en los viejos. En estos la ventilación se distribuye con menos uniformidad, pero al aumentar el volumen corriente la diferencia entre personas viejas y jóvenes disminuye, al respirar con profundidad la diferencia desaparece. El volumen pulmonar en el cual la vía aérea se colapsa (volumen de cierre) aumenta en proporción directa con la edad. Se ha demostrado que la capacidad de difusión disminuye notablemente con el envejecer. No se conoce con certeza el mecanismo, es probable que dependa de la ventilación, de la desigualdad de perfusión o de una merma en la cantidad de capilares de la pared alveolar (Freeman 1995).

En la respiración espontánea la distensibilidad del pulmón (cambio de volumen por cambio unitario de presión), aumenta con el envejecer, no obstante la mayor expansibilidad resultante se compensa con la rigidez de la pared torácica. La relativa inmovilidad de la parilla costal (tórax óseo) acrecienta la importancia del diafragma y de los músculos de la pared abdominal para realizar la ventilación en éstos sujetos.

La diferencia alveoloarterial de oxígeno aumenta con la edad, por la progresiva caída de la presión de oxígeno arterial. El aumento del volumen de cierre, ya mencionado, sería responsable de esta caída, se ha comprobado que en los viejos sanos se obtiene un aumento considerable de la presión de oxígeno arterial

respirando con profundidad. La presión del anhídrido carbónico arterial no se altera con el envejecer.

Aunque la resistencia vascular pulmonar no varía al estar en reposo, si aumenta en los viejos al practicar algún ejercicio, al aumentar el flujo sanguíneo. Como en los jóvenes el flujo sanguíneo es mayor en proporciones inferiores de los pulmones al estar en posición erecta. En los viejos se observó cierto aumento del caudal sanguíneo en las zonas basales. También contribuirá con la salud pulmonar, la no exposición a cambios bruscos de temperatura.

2.3. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL TRACTO DIGESTIVO

El tracto digestivo se halla sometido, a lo largo de la vida a un estado de cambio constante y rápido. La renovación de las células epiteliales se produce con una frecuencia elevada cada 24 a 48 hrs. La absorción y la secreción son casi constantes. Las funciones principales del tracto digestivo son la digestión y la absorción, las funciones secundarias que sirven a estas actividades son la secreción y la motilidad (Schuster, 1998).

Un obstáculo importante para el avance de la gerontología gastrointestinal es nuestra ignorancia en cuanto a la ciencia básica del envejecimiento. El hecho de que el envejecimiento se produzca en el transcurso de un largo período introduce factores de confusión en los estudios gerontológicos y en la práctica de la geriatría y psicogeriatría. El paso del tiempo se acompaña de modificaciones fisiológicas y fisiopatológicas en muchos de los sistemas del organismo (endocrino cardiovascular, nervioso), que afectan la estructura y la función gastrointestinal y producen muchas variaciones en las formas de presentación de la enfermedad.

El tiempo permite también la superposición de una función alimentaria alterada por enfermedades extraintestinales, si ello ocurriera con frecuencia podría motivar

la falsa impresión de que las alteraciones observadas se deben al proceso natural del envejecimiento. Un ejemplo paradigmático son los cambios de la movilidad esofágica que se detecta en los octogenarios (senectos) y que durante décadas se han atribuido a alteraciones de la musculatura esofágica determinadas por la edad. Sólo recientemente se ha comprobado que estaban causados por alteraciones extraintestinales (por ejemplo diabetes y alteraciones neurológicas y vasculares) que aparecen con el envejecer. De hecho, la investigación ha demostrado que la mayoría de las alteraciones que se producen con la edad en la movilidad gastrointestinal son consecuencia de alteraciones neurológicas más que musculares, así mismo se ha observado una disminución de las papilas gustativas que provoca que los viejos pierdan el gusto por platillos que en su juventud consumían y se quejan de que los alimentos ahora son insípidos.

La caída de los dientes provoca que los alimentos sean deglutidos sin masticación, ocasionando trastornos digestivos y reduciendo a escasos productos la nutrición del individuo.

A nivel de esófago se encontró que en el 44% de viejos hay relajación del esfínter esofágico inferior en comparación del 90% de adultos jóvenes. Entre otras anomalías figuran peristaltismo disminuido o ausente, frecuentes contracciones terciarias, con retardo del vaciamiento y dilatación esofágica, favoreciéndose la disfagia (dificultad para deglutir) este es un síntoma frecuente en los viejos, el reflejo gastroesofágico es una de las causas de dispepsia (Leeming, 1995).

La hernia hiatal adquiere habitualmente creciente número en los viejos, sus principales síntomas son: reflujo gastroesofágico, con pirosis y regurgitación ácida, presentándose los eructos, dolor torácico y disfagia.

Existe creciente tendencia a la acloridia (no producción de ácido clorhídrico), con el envejecer, al parecer, esta tendencia se asocia con cambios atróficos en la mucosa gástrica.

El páncreas muestra una menor producción de lipasa, más no hay modificación del contenido de amilasa, de bicarbonato, de tripsina, ni del volumen total de la secreción pancreática. Las investigaciones realizadas a nivel del intestino delgado, no arrojan resultados precisos como lo reportan Leemin y otros. Los problemas del intestino grueso en los viejos se manifiestan por colitis isquémica, diverticulosis, estreñimiento y sus complicaciones, megacolon idiopático y vólvulo del colon (masa de excremento que obstruye) e incontinencia fecal.

En hígado hay disminución de la circulación sanguínea registrándose cambios a nivel bioquímico y enzimático (Schuster, 1998).

2.4. EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA FUNCIÓN RENAL

Rowe, (1998) nos menciona que el envejecimiento normal se acompaña de una reducción considerable de la función renal, sin embargo, la función del riñón del viejo es habitualmente suficiente para eliminar los residuos y regular de manera adecuada el volumen y la composición. No obstante las variaciones en la función renal reducen la capacidad del viejo a responder a diversos estímulos fisiológicos y patológicos, lo cual tiene importantes repercusiones clínicas.

Si no hay hipertensión ni una enfermedad vascular importante, el riñón del viejo mantiene su contorno relativamente liso. Sin embargo el envejecer se asocia a una pérdida progresiva de la masa renal, y el peso del riñón disminuye desde un valor normal de 250-270 gramos en el adulto joven hasta 180-200 gramos y en los octogenarios (senectos). La pérdida de masa renal es sobre todo cortical quedando relativamente preservada la médula renal. El número total de

glomérulos (estructura renal con forma de ovillos) identificables disminuye con la edad coincidiendo aproximadamente con la disminución del peso renal. El envejecimiento se asocia a una pérdida de la lobulación del glomérulo, que hace que disminuya la superficie disponible para la filtración. Sin embargo, los estudios de depuración con dextrano indican que no ocurren cambios en la permeabilidad glomerular con el envejecer.

En el túbulo renal se producen varias modificaciones microscópicas leves con el envejecer. Reviste especial interés la aparición de divertículos en la nefrona distal, que alcanzan una frecuencia de 3 por túbulo a los 90 años (senectud). Estos divertículos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples, que se observan con frecuencia en los viejos.

Los estudios histológicos indican que el envejecimiento normal se asocia a alteraciones esclerosas variables en las paredes de los vasos renales grandes, estas alteraciones no invaden la luz y son más intensas en la hipertensión. Los vasos de menor tamaño no parecen ser afectados, solo el 15% de los riñones de los individuos viejos no hipertensos presentan alteraciones arteriales.

Los estudios radiográficos realizados en individuos normotensos mayores de 70 años (ancianos-senectos) ponen de manifiesto una prevalencia creciente de anomalías similares a las observadas en los jóvenes hipertensos, como reducción progresiva anormal de las arterias interlobulares, arterias arqueadas anormales y aumento de la tortuosidad de las arterias intralobulares.

Los estudios microangiográficos e histológicos combinados han identificado dos patrones distintos de alteración de las unidades arteriola-glomérulo relacionados con la edad. El primer patrón consiste en la hialinización (cristalización, que impide la función de filtrar la orina) y el colapso del glomérulo y se asocia a una obliteración de la luz de la arteriola preglomerular con la

consiguiente reducción del flujo sanguíneo. Este tipo de alteración se observa fundamentalmente en el área cortical, el segundo patrón, localizado sobre todo en la zona yuxtaglomerular, el resultado final es un cortocircuito de flujo sanguíneo de las arteriolas aferentes a las eferentes y la pérdida del glomérulo, el flujo sanguíneo se mantiene a través de las arteriolas rectas, que constituyen la irrigación principal de la médula, y cuyo número no se reduce con la edad.

Todo esto se ve reflejado en la fisiología renal, en pocas palabras es difícil establecer la distinción entre cambios que forman parte del proceso de envejecimiento y los atribuibles a enfermedad concomitante. Las causas más importantes de los trastornos de la función renal son nefrovasculopatías e infecciones del tracto urinario.

El trastorno de la función renal se refleja en una ligera elevación de la concentración sanguínea de urea en la vejez.

Estudios realizados en la uretra y la vejiga de sujetos viejos mostraron incidencia de disuria (dolor al orinar) e incontinencia. Esto es entre un 25 a 40% más frecuente en viejos hospitalizados siendo ésta mayor en mujeres, también se reporta ardor al orinar y dificultad para realizar la micción.

A beneficio del organismo en general pero especialmente de los riñones y el hígado siempre será recomendable disminuir el consumo de carnes rojas, alcohol, grasas saturadas, sales, embutidos y productos alimenticios procesados.

2.5. TRASTORNOS DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR

Los síntomas de disfunción del tracto genitourinario son frecuentes en los individuos viejos, muchos de ellos experimentan Nicturia, (aumento en la frecuencia de micción por la noche) y Poliaquiuria (orinar poco pero a cada rato), a causa de los grandes volúmenes de orina que se producen como consecuencia de la insuficiente capacidad de concentración urinaria, así como de las alteraciones

que aparecen con el proceso de envejecer. (Brocklehurst, 1995), aunque no existen pruebas de que el envejecimiento normal ocasione incontinencia urinaria, si afecta al tracto urinario inferior haciendo más vulnerables a los viejos, tanto directa como indirectamente, por ejemplo ciertos estudios han demostrado que en los viejos existe una reducción de la presión máxima de cierre uretral, pero que no es suficiente para producir incontinencia, pues se observa precisamente en individuos mayores que no presentan este trastorno, sin embargo, en tales casos, las agresiones sobreañadidas al tracto urinario pueden tener efectos aditivos y provocar finalmente una pérdida de control de la incontinencia.

La pérdida involuntaria de orina ocurre siempre que la presión intravesical es igual o superior a la presión intrauretral máxima, situación que puede aparecer tanto debido a un aumento de la primera como a una disminución de la segunda o a una combinación de ambas. Al estudiar la incontinencia urinaria debe buscarse siempre una posible disfunción del músculo detrusor del esfínter o bien de ambas estructuras. La disfunción del detrusor puede clasificarse, a su vez en hiperactiva (producida a veces por Hiperreflexia o Hipertonía). Sin embargo, el envejecimiento *per se* es insuficiente para explicar la disfunción del aparato genitourinario. Los estudios realizados en la vejiga y uretra de los viejos, muestran incidencia de disuria e incontinencia. Este último tiene una incidencia entre el 25 y 40% en viejos hospitalizados predominando en mujeres, también se presenta ardor miccional y dificultad para orinar.

La próstata crece y agrega tejido glandular y estroma (tejido de la uretra) que funciona normalmente. No se ha encontrado ninguna correlación con las actividades anteriores, los hábitos, la dieta, la raza o las proscripciones religiosas para explicar la hipertrofia prostática, sólo se ha acusado a la infección de acelerar el proceso obstructivo pero más por congestión, absceso o formación de un cálculo prostático, que por el simple crecimiento.

2.6. SEXUALIDAD

Butler y Lewis (1998), nos dicen que el deseo, la capacidad y la satisfacción sexuales son importantes para muchas personas en su vejez, sin embargo otras tienen un interés sexual bajo o un deseo sexual inhibido por diversas razones (por ejemplo estímulo intrínseco bajo que data de la juventud, mala relación conyugal o muerte del cónyuge o compañero). Los médicos y terapeutas sexuales deben ser capaces de manejar las cuestiones sexuales con dignidad y habilidad a pesar de la incomodidad que parece provocar con frecuencia el comentario del tema. Esta incomodidad puede atribuirse a estereotipos negativos, ansiedades personales, objeciones para la expresión de la sexualidad en los viejos o ignorancia.

La modificación sexual que se produce en la vejez es un proceso de enlentecimiento gradual; es necesario más tiempo para la estimulación y para alcanzar el clímax sexual. Esto no debe considerarse un deterioro, ya que puede permitir una mejor sincronización de respuestas entre los sexos, en comparación con lo que ocurre en los años previos en que los varones responden con mayor rapidez que las mujeres. Existen preocupaciones especiales, además del enlentecimiento gradual, los varones de edad avanzada pueden notar una reducción del líquido preeyaculatorio y una eyaculación menos intensa. En ausencia de enfermedad crónica o alcoholismo, las concentraciones de testosterona presentan una disminución gradual, pero algunos viejos siguen teniendo concentraciones idénticas a las de los jóvenes, no hay un climaterio masculino fisiológico. Además, dado que la fertilidad no está asociada a la potencia, los varones pueden seguir siendo fértiles hasta el final de su vida.

Una preocupación frecuente de los varones viejos, es su capacidad de mantener la potencia y la función sexual, cualquier signo de impotencia provoca preocupación y suele atribuirse (incorrectamente) al envejecimiento. Sin embargo, la impotencia puede aparecer de forma esporádica a cualquier edad por diversas razones (por ejemplo, estrés, fatiga, tensión, sentimiento de culpa, depresión,

enfermedad, consumo excesivo de alcohol y ansiedad por la función sexual). a menudo hay factores psicológicos y orgánicos entremezclados, algunos estudios recientes sugieren que las causas orgánicas constituyen un factor importante en 50% menos de las disfunciones sexuales masculinas persistentes (Pearlman, 1992).

Las mujeres en su vejez pueden mantener generalmente sus patrones de conducta sexual anterior hasta el final de la vida o hasta que aparece una enfermedad grave. Tienden a estar menos preocupadas que los varones por la "función" sexual pero les preocupa, en cambio, la pérdida del aspecto juvenil. Algunas mujeres disfrutaban más el sexo sin el temor a un embarazo. En la frecuencia de las relaciones sexuales en mujeres heterosexuales con sus compañeros se observa en general que el compañero es más viejo y tiene menos energía que ellas.

En todo caso, influirá el cuidado en la salud física y mental, el hacernos responsables de la propia sensualidad y satisfacción como una forma de desarrollo personal, haciendo a un lado mitos y prejuicios sociales. Recordar que el coito no es la única expresión de la sexualidad y recuperar aspectos de confianza y afecto. Restituir lo que gustaba que se fue perdiendo en la convivencia cotidiana.

2.7. FUNCIÓN TIROIDEA EN EL ENVEJECIMIENTO NORMAL

La glándula tiroides produce Tiroxina (T_4) y Triyodotironina (T_3), hormonas que son esenciales para la vida y la salud. La función glandular cambia con el envejecimiento normal, y lo que es más importante, la glándula tiroidea puede verse afectada por dos importantes trastornos cuya incidencia aumenta con la edad (hipotiroidismo y formación de nódulos) y por uno que se mantiene constante con la edad (hipertiroidismo).

Al envejecer la glándula tiroidea sufre una atrofia moderada y presenta anomalías histopatológicas inespecíficas, fibrosis, aumento del número de núcleos coloides y un cierto grado de infiltración linfocitaria) como consecuencia, la producción de T_4 disminuye en alrededor de un 50% entre el inicio de la edad adulta y la vejez, sin embargo, en general se cree que éste descenso constituye una compensación fisiológica de la menor rapidez de utilización hística de la hormona, más que una manifestación de una insuficiencia tiroidea primaria. El dato esencial que lleva a esta conclusión es que las concentraciones séricas de T_4 se mantienen inalteradas al envejecer; si la disfunción tiroidea fuera la causa principal del descenso en la producción hormonal, T_4 en suero disminuiría, como nos refiere Solomon (1998).

El descenso en la rapidez de utilización de la T_4 presenta una buena correlación con la disminución que se produce con la edad en la masa corporal magra, lo que sugiere que el hecho primario es una reducción de los tejidos ricos en proteínas y metabólicamente activos (músculo, piel, hueso y vísceras) que acompaña al envejecimiento. Esto puede hacer que disminuyan la utilización y el catabolismo de las hormonas tiroideas y por consiguiente, que aumenten ligeramente las concentraciones de estas hormonas, con una reducción consiguiente en la liberación de tirotropina (TSH), un descenso en la producción tiroidea de T_3 y T_4 y el restablecimiento de unas concentraciones séricas de T_4 normales. Sin embargo, cuando es estimulada por un aumento de la TSH, la glándula tiroidea no patológica del viejo puede aumentar normalmente su producción hormonal. Los sistemas de control endocrino y metabólico del organismo están entre los que ofrecen mayores posibilidades de prevención de las incapacidades asociadas a la edad, la enfermedad tiroidea es frecuente, a menudo no se diagnostica y tiene un fácil tratamiento médico; su detección precoz previene una incapacidad innecesaria. Los tres trastornos más importantes son el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y los nódulos. No está claro si la disminución de

la función tiroidea que se produce con la edad es el resultado del proceso de envejecimiento o si, en cierto modo contribuye en realidad a dicho proceso. Es importante el tratamiento endocrinológico relacionado con los padecimientos de la tiroides, de lo contrario en el caso del hipotiroidismo se lentificará la actividad intelectual y motora, disminuye el apetito pero hay aumento de peso, resequedad de pelo y piel, cambios en la voz y apnea obstructiva del sueño.

El hipertiroidismo es la situación en la que la glándula tiroides libera a la sangre una cantidad de hormonas superior a la normal. En un estudio reciente de pacientes hipertiroideos la edad avanzada se asoció a una disminución significativa en el porcentaje de pacientes que referían aumento de la perspiración, intolerancia al calor, aumento del apetito e irritabilidad extrema. En el caso de los nódulos tiroideos encontramos que un nódulo puede ser simplemente un lóbulo aumentado de tamaño en un bocio difuso o un lóbulo piramidal. La evaluación de un nódulo tiroideo sigue siendo objeto de polémica con independencia de la edad del paciente.

Al decidir si se deben tratar quirúrgicamente los nódulos hay que tener en cuenta el mayor riesgo de morbilidad existente en los individuos de edad avanzada, cualquiera de estos trastornos requerirá el apoyo Psicológico en la reconstrucción de la autoestima, manejo de la depresión y la reducción de los niveles de ansiedad (Slovik, 1997).

2.8. TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS DEL ENVEJECER

Ettinger (1998), destaca que las enfermedades osteomusculares son la principal causa de deterioro funcional de los viejos. Estos trastornos incapacitantes rara vez mortales pero sí incurables tienen un carácter crónico, sin embargo las enfermedades osteomusculares no son una consecuencia inevitable del envejecer y deben considerarse, por tanto, como procesos patológicos específicos y no

como la consecuencia del hacerse viejo. Y entre estos se encuentran una diversidad de patologías como se menciona a continuación:

1. Trastornos de las articulaciones y de los tejidos blandos.
2. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática.
3. Enfermedades metabólicas del hueso.
4. Trastornos musculares.
5. Trastornos ortopédicos y traumatológicos.
6. Problemas de los pies.

Frecuente es la osteoartritis o patología articular degenerativa. Constituye un proceso de degeneración de las superficies lisas del cartilago; el conformismo de "no se puede hacer nada al respecto" conduce a sufrimientos e incapacidades innecesarias, el síntoma cardinal de una osteoartritis es el dolor articular al sostener peso, la osteoartritis de la rodilla produce agrandamiento óseo irregular generalmente con derrame y la pérdida asimétrica del cartilago determina deformidades como las piernas arqueadas; la gota también acostumbra complicar una osteoartritis.

Otra enfermedad frecuente es la artritis reumatoide, cuyas complicaciones son a veces tan serias que llegan a ser incapacitantes, su terapia requiere el compromiso a largo plazo de un grupo de profesionales expertos compuesto por: un médico, un fisioterapeuta un psicólogo o un terapeuta ocupacional y recreación que mantenga su mente ocupada. Son fundamentales la decisión y un optimismo cauteloso que lleve al paciente a sentirse cómodo y autosuficiente, con tesón frente a la adversidad. Es importante la detección de barreras y peligros desconocidos; de ahí que la visita al domicilio resulte particularmente útil para que se tenga un hogar mas seguro y funcional, como la elevación del nivel del retrete, sillas de bañera, alfombras de baño antideslizantes, barandillas en lugares accesibles, interfonos y teléfono portátil, pomos convencionales (fáciles de abrir)

sillas y camas ajustadas a la estatura del paciente, grifos adaptados, abridores y dispositivos que faciliten su accesibilidad, extremar las precauciones para evitar accidentes o traumatismos. Estas indicaciones, en realidad debían ser aplicadas siempre que haya un adulto mayor como prevención.

2.9. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS DEL ENVEJECER

Los trastornos neurológicos suponen más del 50% de todas las incapacidades que requieren supervisión en una residencia de ancianos. El costo es incalculable e incluye no sólo los gastos de asistencia médica sino también la dedicación de recursos humanos, tanto de personal especialmente preparado como de los familiares que actúan como cuidadores.

Las cargas emocionales son también incalculables, en la demencia por ejemplo, todo lo que resulta atractivo para el cónyuge, la familia y los amigos, se pierde al desintegrarse el intelecto, las capacidades, las sensibilidades y la humanidad del paciente. En consecuencia, suele faltar el aprecio que normalmente se mostraría a quien presentara cuidados a un compañero, padre o amigo viejo, lo cual puede destruir el incentivo del individuo para llevarlo a cabo.

El interés por los trastornos neurológicos de las personas viejas se debe en parte al número creciente de personas viejas en la población, a la prevalencia de los trastornos neurológicos que presentan y a su creciente longevidad. Otro factor lo constituyen los avances en la tecnología, así, por ejemplo, los medios no invasivos y más inocuos de visualizar el sistema nervioso, proporcionan un mayor conocimiento de las enfermedades (Joynt, 1998).

Las nuevas formas de tratamiento pueden mejorar satisfactoriamente la situación en muchos trastornos neurológicos, la enfermedad cerebrovascular ha disminuido notablemente, debido en parte a la detección y tratamiento temprano

de la hipertensión, de forma análoga, el tratamiento eficaz de la enfermedad de Parkinson ha aumentado los conocimientos de neurofarmacología.

Los avances en las técnicas de investigación se han aplicado ampliamente a las enfermedades del sistema nervioso central (SNC), así, los avances en la Biología Molecular han llevado a la identificación del locus cromosómico de la enfermedad de Alzheimer.

Las enfermedades neurológicas que presentan los individuos de edad avanzada pueden clasificarse en tres categorías:

El primer lugar lo ocupan los trastornos degenerativos y cerebro vasculares. El término "trastorno degenerativo" implica una ignorancia respecto a la causalidad; es posible que algunas enfermedades (como la enfermedad de Alzheimer) se clasifiquen en forma distinta cuando se conozcan más datos sobre ellas.

En segundo lugar se encuentran los trastornos que se producen a cualquier edad pero tienen implicaciones, manifestaciones, tratamientos o pronósticos distintos en los viejos (por ejemplo, las crisis convulsivas en individuos viejos, es más probable que se deban a alguna anomalía estructural, como un tumor cerebral).

En tercer lugar se hallan las enfermedades del sistema nervioso que no son características de los viejos (por ejemplo, la epilepsia, las distrofias musculares, los trastornos desmielinizantes, la migraña y otros).

El hecho de que se creía que las células del sistema nervioso no podían reproducirse, las colocaba en una situación distinta de las células de otros sistemas del organismo, se sabe que se produce una disminución en el número de células nerviosas con el envejecer normal. Esto pone de manifiesto una reducción

en el peso del cerebro después de la segunda y tercera década de la vida y un aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales al envejecer. Otros cambios son el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, el depósito de amiloide en las células y los vasos sanguíneos y la aparición de las placas seniles y nudos neurofibrilares, aunque estos últimos constituyen marcas específicas de la enfermedad de Alzheimer, aparecen también en el cerebro de viejos sin que haya indicios de demencia.

Otras propiedades del sistema nervioso disminuyen estas alteraciones adversas.

En primer lugar existe una redundancia, es decir hay muchas más células nerviosas de las que son necesarias. No se conoce el número de células necesarias para determinadas funciones, por lo que resulta difícil valorar el grado de redundancia.

Como ejemplo cabe citar que la diabetes insípida (que se debe a una falta de hormona antidiurética) no aparece hasta que hay menos del 10-15% del número normal de células nerviosas en los núcleos supraópticos y paraventriculares. Por otra parte, se ha observado una inteligencia normal en pacientes con hidrocefalia que tienen sólo un delgado manto cortical cerebral.

En segundo lugar el sistema nervioso dispone de mecanismos compensatorios que sólo aparecen después de una lesión, por ejemplo, la función del lenguaje que se recupera gradualmente después de una lesión grave en el hemisferio dominante parece surgir del hemisferio no dominante.

Finalmente, es probable que la célula nerviosa presente mayor plasticidad de lo que antes se pensaba, recientes estudios han puesto de manifiesto dos procesos simultáneos: deterioro y muerte graduales de células nerviosas que

explican la disminución en su número, y alargamiento compensatorio y aumento en el número de dendritas de las células nerviosas restantes. Con el incremento del árbol dendrítico, resultan posibles nuevas conexiones, que compensan la pérdida en el número de células. Este intento de regeneración se observa incluso en la enfermedad de Alzheimer.

Tanto los aspectos negativos como los positivos de estas modificaciones son afectados por factores exógenos que intervienen en cualquier proceso patológico a cualquier edad, pero que tienen especial influencia en los trastornos neurológicos de los viejos y en especial los que presentan algún grado de enfermedad cerebral, son especialmente sensibles a las acciones de los fármacos, los medicamentos para dormir, que pueden ser eficaces e inocuos para la mayoría de las personas, pueden provocar confusión o delirios en los viejos. Las personas viejas que gozan de buena salud pueden experimentar anomalías cognitivas o del comportamiento con enfermedades menores que reducen el O_2 en el cerebro, como la neumonía, la insuficiencia cardíaca y la anemia.

2.10. ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATRONES DE ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA

Antes de considerar las enfermedades hematológicas en el viejo, deben definirse las modificaciones normales. El porcentaje del espacio medular ocupado por tejido hematopoyético varía a lo largo de la vida, con un descenso progresivo desde el nacimiento hasta los 30 años, edad en la que se estabiliza; a partir de los 70 años vuelve a disminuir progresivamente, no se sabe si este segundo descenso se debe a una reducción relativa causada por un aumento de la grasa de la médula ósea (Freedman y Weintraub, 1998).

Existen pruebas de las siguientes adaptaciones de la función medular en relación con la edad:

- 1 La médula ósea de los viejos puede ser mantenida en trasplantes secuenciales en cultivos hísticos durante el mismo tiempo que la médula de individuos más jóvenes, pero el número de células madre de la médula disminuye significativamente en la vejez.
- 2 La incorporación de hierro en un cultivo medular de individuos viejos es comparable a la existente en individuos jóvenes, pero aumenta en menor grado cuando se estimula con la adición de eritropoyetina (hormona que estimula la formación de eritrocitos).
- 3 Aunque la captación intestinal del hierro es normal a los 60 años la eritropoyesis ineficaz da lugar a un deterioro, en la incorporación del hierro a los hematíes (Thomas, 1996).

Estas modificaciones relacionadas con el envejecer manifiestas en la función medular no son secundarias a déficit nutricionales, puesto que el contenido medular y corporal total de hierro aumenta con la edad, y en los individuos viejos sanos las concentraciones de folato y vitamina B12, se mantienen dentro de los límites normales (Stieglitz, 1996).

Las modificaciones que se producen con el envejecer, en la sangre periférica son las siguientes:

1. Los valores medios de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto), disminuyen ligeramente al envejecer, pero se mantienen dentro de los límites normales del adulto.
2. El volumen corpuscular medio (VCM) se incrementa ligeramente al envejecer, pero la morfología eritrocitaria no presenta variaciones significativas.

3. El contenido ° eritrocitario de 2-3 difosfuglicerato (DDG) disminuye con el envejecer.
4. La fragilidad osmótica de los hematíes aumenta con el envejecer, pero no se reduce el período de vida normal de los hematíes circulantes.

Los individuos viejos sufren los mismos trastornos hemáticos que los jóvenes:

1. Anemias.
2. Déficit de vitamina B12.
3. Déficit de folato.
4. Hemopatías malignas.
5. Enfermedades mielo proliferativas.

2.11. CAMBIOS NORMALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL Y FANERAS (UÑAS-CABELLO)

La piel y las faneras de los viejos experimentan numerosos cambios. Algunos se deben al proceso de envejecimiento per se, y otros están causados por los efectos de la exposición a la luz solar o de factores ambientales. Estos cambios producen con frecuencia los trastornos cutáneos más comunes. (Phillips y Gilcherest, 1998).

La Epidermis: muestra aplanamiento de la unión dermoepidérmica, variaciones en el tamaño, la forma y las propiedades tintoriales de las células basales, disminución del número de células de Langerhans.

La Dermis: reporta reducción del grosor, disminución de la celularidad y de la vascularización y degeneración de las fibras de elastina.

Así mismo se observa disminución del número y distorsión de la estructura de las glándulas sudoríparas y hay pérdida de melanocitos en el bulbo capilar.

Todo lo anterior se hace manifiesto en cambios funcionales de la piel envejecida, y se manifiesta por: alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias, disminución de la capacidad de respuesta inmunológica, trastornos de la capacidad de la cicatrización de las heridas, disminución de la sudoración, disminución de la producción de vitamina D, percepción sensorial alérgica.

La pérdida de pelo frontotemporal (Alopecia Androgénica) en los varones puede comenzar durante la tercera década; al llegar a la séptima década el 80% de los varones presentan una calvicie sustancial. En las mujeres puede encontrarse el mismo patrón de pérdida capilar después de la menopausia (Von Honn, 1995)

Los cambios cutáneos de la vejez se deben a una combinación del envejecimiento *per se* y los efectos del daño ambiental acumulativo, la mayoría de los cambios cosméticos visibles están causados por la irradiación ultravioleta crónica recibida con la luz solar, y por tanto se observan en las áreas del cuerpo habitualmente descubiertas, la piel de las zonas no expuestas, como los glúteos, suele tener un aspecto más joven que las de las áreas descubiertas, por ejemplo la cara, los individuos viejos, cuya pigmentación y estilo de vida los protegen al daño solar, suelen tener un aspecto más joven que el correspondiente a la edad cronológica. De modo similar, el cáncer cutáneo del viejo exhibe una distribución relacionada con la exposición a la luz solar, y es más frecuente en la cara y el cuello en ambos sexos, y en las orejas y el cuero cabelludo calvo de los varones.

Entre los trastornos más comunes de las uñas, se encuentra la onicocriptosis o uñas encarnadas cuya principal causa es el calzado incorrecto e incómodo y el cuidado inadecuado de las uñas. Se debe tener cuidado higiénico como prevención de onicomycosis o infección por hongos que puede resultar muy molesta.

La onicogriposis es otra enfermedad que se caracteriza por una uña curvada o en forma de gancho con dolor intenso al presionarla donde se debe educar al paciente en la reducción frecuente de las uñas y una higiene adecuada de los pies.

Tanto para la piel, el cabello y las uñas es recomendable la ingesta de betacarotenos (zanahorias, la remolacha y sobre todo el jitomate que es fuente importante de antioxidantes) mantener una buena lubricación y evitar la exposición prolongada al sol (Reichel, 1997).

2.12. TRASTORNOS OFTALMOLÓGICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

La evaluación de los síntomas y signos asociados a trastornos del ojo y del eje visual en el viejo debe basarse en un conocimiento de su anatomía y fisiología (Kupfer, 1998).

Conjuntiva:

La conjuntiva es una mucosa fina que cubre la esclerótica, sus células en copa producen mucina, esencial como lubricante para el movimiento de los párpados y como capa protectora para enlentecer la evaporación de la película de lágrimas. Con el envejecimiento disminuye el número de células mucosas, a causa de una queratitis (inflamación de la cornea) seca (con síndrome de Sjogren o sin éste) o en forma inespecífica. Estos cambios contribuyen al síndrome del "ojo seco" que se manifiesta por sensación de picor e irritación crónica, a menudo con enrojecimiento por dilatación o de los vasos conjuntivales. El diagnóstico se confirma por el examen de la cornea con Biomicroscopía mediante lámpara de hendidura, la conjuntiva también puede experimentar metaplasia (transformación de las células debido a estímulos irritantes) e hiperplasia que conduce a la acumulación de tejido en la unión temporal de la esclera y la córnea (el limbo temporal) que se designa pinguécula o en el limbo nasal denominada pterigión,

que puede invadir la córnea superficialmente. Si el pterigión continúa creciendo alcanza el centro de la córnea puede interferir en la visión. El pterigión suele aparecer en el individuo que pasa mucho tiempo en el aire libre, sobre todo en ambientes con polvo o viento. Aunque la pingüecula es frecuente en las mujeres y puede plantear un problema cosmético, rara vez exige su eliminación; el pterigión sin embargo debe ser vigilado y ante la primera evidencia de afectación corneal, se considerará la conveniencia de efectuar una escisión quirúrgica.

Esclerótica:

La esclerótica se ve con más claridad cuando existe adelgazamiento de la conjuntiva suprayacente. El depósito de sales de calcio y colesterol en el limbo (arco senil) es un hallazgo común en los individuos mayores de 60 años. Los esfuerzos para relacionar este signo con enfermedades sistémicas han fracasado, excepto en casos raros de hiperlipoproteinemia sistemática. El médico también debe buscar una posible ictericia (color amarillo de la piel o mucosas).

Córnea:

El arco senil puede aparecer también en la córnea, justo por dentro del limbo hasta una distancia de 1-2 mm; pero no progresa hasta el punto de interferir en la visión. El principal cambio de la córnea relacionado con la edad es la propensión de las células endoteliales que tapizan su superficie interna a experimentar degeneración, que cuando es progresiva puede conducir al fracaso de la función que mantiene la córnea libre de fluido extracelular. El edema corneal resultante, y el aspecto nebuloso que lo acompaña, pueden interferir en la visión y requieren un trasplante corneal. El aspecto nublado de la córnea justifica el envío al oftalmólogo.

Iris:

El iris contiene dos conjuntos de músculos que regulan el tamaño de la pupila y su reacción a la luz. Con el envejecer, la pupila tiende a hacerse más pequeña,

reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad. Así pues, las personas viejas pueden quejarse de que no ven los objetos tan brillantes como antes (una pupila menor permite la entrada de menos luz, en el ojo) se deslumbran cuando salen al exterior (constricción pupilar lenta). Si la agudeza visual es normal, el médico o el psicólogo pueden tranquilizar a estos pacientes.

Retina:

Los cambios del nervio óptico que se observan son los siguientes: el nervio óptico tiende a presentar márgenes menos nítidos y puede aparecer ligeramente más pálido, debido a la pérdida de capilares por enfermedad de los vasos pequeños secundaria a la aterosclerosis. La mácula puede carecer de reflejo foveal (depresión en la superficie de un órgano, por ejemplo en la retina) en el viejo, además, a menudo aparecen manchas blanco-amarillentas en el área macular (drusa) y es posible apreciar cierta disrupción en el patrón de pigmentación. Estos cambios de la mácula carecen de importancia clínica, excepto que se acompañen de distorsión en la percepción de los objetos o de una disminución franca de la agudeza visual, inexplicada por otras causas.

Las arterias muestran también cambios ateroscleróticos incluyendo un estrechamiento ligero y un aumento del reflejo luminoso en las paredes vasculares engrosadas, las venas pueden exhibir una indentación proximal. En general, la retina, que es reluciente en los individuos más jóvenes, se vuelve más opaca con el envejecimiento.

La clave para prevenir complicaciones es la detección rápida en los padecimientos y el tratamiento adecuado a cada caso en particular, por lo que es conveniente la visita al oftalmólogo periódicamente.

2.13. TRASTORNOS DEL OÍDO, DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Presbiacusia, Equilibrio (Gulya, 1998).

Presbiacusia:

Pérdida auditiva sensorial bilateral simétrica, que forma parte del envejecimiento normal. Aproximadamente el 33% de los viejos de 65-74 años y el 50% de los viejos de 73 a 79 años presentan cierto grado de sordera. La incidencia, la progresión y la intensidad de la presbiacusia varían en los distintos individuos y dependen de muchos factores. De forma típica, la afección es más intensa en los varones que en las mujeres de la misma edad. En su génesis intervienen la exposición a ruidos, la dieta y la hipertensión, así como ciertos factores metabólicos y hereditarios. Los cambios relacionados con la edad en el oído interno y en el Sistema Nervioso Central, incluyendo la pérdida de células, la actividad reducida y la depleción de neurotransmisores, pueden verse agravados por lesiones vasculares que determinan una peor perfusión.

En general, la presbiacusia afecta inicialmente las frecuencias muy altas lo que no interfiere en la comprensión de la palabra hablada. Cuando la pérdida auditiva incluye las frecuencias del habla más altas, con disminución de la capacidad de discriminación entre consonantes los viejos notan cada vez más dificultad para entender las conversaciones. Es característico que los pacientes refieran dificultades para comprender a las personas con voces de tono agudo (por ejemplo, a las mujeres y a los niños pequeños) y las conversaciones en grupos grandes o con un fondo de ruido, como en los bares o los restaurantes. A medida que progresa la sordera la comunicación requiere cada vez más esfuerzo. La turbación por no comprender lo que se habla puede provocar un retraimiento social lo que facilita la soledad, la depresión y la paranoia. (Gulya, 1998).

Problemas en el Equilibrio del Viejo:

El mareo, que comprende las sensaciones de vértigo, pérdidas de equilibrio e inestabilidad, es una queja casi uniforme, que se encuentra hasta en el 90% de los pacientes que acuden a clínicas geriátricas ambulatorias.

La evaluación histológica en los huesos temporales en pacientes viejos ha proporcionado algún indicio de los cambios degenerativos asociados al envejecimiento. La pérdida de células pilosas parece predominar sobre todo en las crestas del conducto semicircular, pero ocurre también en las máculas de los órganos otolíticos. También se produce una pérdida de las fibras que inervan las células pilosas, así como de las neuronas del ganglio de Scarpa. Los cambios degenerativos predominan en los sáculos mientras que sólo en ocasiones se observan en los utrículos (utrículo: pequeña bolsa de la que parten los conductos semicirculares). La acumulación de lipofuscina parece ser progresiva dentro del laberinto, así como en la cóclea. Dada la complejidad del sistema vestibular y sus interconexiones difusas, es difícil correlacionar el cuadro clínico observado con los hallazgos histopatológicos descritos con tanta facilidad como en el caso de la cóclea, a pesar de todo se han descrito cuatro tipos distintos de alteraciones en el equilibrio del viejo:

1. Cupulolitiasis (vértigo postural paroxístico benigno del viejo).
2. El desequilibrio ampular del viejo.
3. El desequilibrio macular del viejo.
4. La ataxia vestibular del viejo.

Entonces podemos observar que los problemas en los oídos pueden llevar a la falta de equilibrio y por consecuencia a los accidentes por lo que es recomendable el uso de barandillas o sillas puestas en lugares estratégicos como un apoyo en caso de necesitarse.

Evitar "limpiarse" los oídos introduciendo objetos en ellos.

Los familiares y amigos deben procurar el trato con el "duro de oído" a pesar de la dificultad que supone, teniendo en cuenta que la comunicación se efectúa más fácilmente en entornos tranquilos y de manera directa.

La sordera exige concentración y paciencia, condenar al paciente al aislamiento puede generar depresión y deteriorar la función cognitiva agravando el trastorno.

Los aparatos de auxilio auditivo serán muy útiles así como la valoración del otorrinolaringólogo (Wilson, 1997).

2.14. CAMBIOS NORMALES DEL ENVEJECIMIENTO Y PATRONES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

El hecho de no diferenciar entre cambios psiquiátricos relacionados con enfermedad y manifestaciones del envejecimiento normal ha dificultado la comprensión de la función mental de los viejos sanos, se ha demostrado que muchos descensos de la capacidad o del rendimiento atribuidos a la edad en particular los asociados con la función cognitiva y el comportamiento reflejan en realidad consecuencias modificables de la enfermedad (Cohem, 1998).

Manifestaciones y Cambios Cognitivos.

Un estudio longitudinal de la capacidad cognitiva, en una cohorte de varones seguidos desde 1919, muestra un incremento de la capacidad verbal y de la puntuación total de rendimiento entre los 20 y los 50 años, mientras que la capacidad matemática experimentó un ligero descenso.

Entre los 50 y 60 años, los varones mostraron poco cambio en la puntuación de las pruebas intelectuales. Este estudio fue uno de los primeros en plantear dudas serias sobre la supuesta disminución normal de la capacidad mental con la edad avanzada, deducida a partir de estudios transversales previos.

El National Institute Of Mental Health, realizó un estudio longitudinal a lo largo de 12 años en varones con una mediana de 71 años para examinar una amplia gama de variables en individuos de edad avanzada, con escasas o nulas alteraciones físicas y psiquiátricas. El objetivo consistía en diferenciar la influencia del envejecimiento y la de la enfermedad. A medida que estos viejos sanos pasaron de la octava década a la novena, disminuyeron varias funciones intelectuales, mientras que otras mejoraron, por ejemplo, se apreciaron descensos en las operaciones cognitivas, la calidad de ejercicios tipo "dibuja una persona" o "graficar un cubo" y la capacidad para completar sentencias. Por otra parte, mejoraron el vocabulario y la disposición de las imágenes. Estos hallazgos sugieren que ciertas actividades que requieren un tiempo de reacción rápido o un alto grado de precisión, en general no pueden ser completadas tan bien por los viejos senectos (mayores de 80) como por los mas jóvenes (60 a 80 años), aunque los primeros conservan la capacidad para comprender una situación y para aprender de nuevas experiencias. Además, las disminuciones del rendimiento intelectual fueron significativamente mayores en los individuos que desarrollaron una enfermedad cardiovascular arterioesclerótica que en los que permanecieron sanos. El estudio ilustró la influencia de la enfermedad sobre el funcionamiento intelectual a la vez que demostró que éste se conservaba en los ancianos que permanecían sanos. Esta investigación señala que los cambios significativos del rendimiento intelectual en los individuos viejos no deben considerarse acompañantes normales del envejecimiento, sino que han de ser evaluados como manifestaciones de enfermedad (psiquiátrica o médica) potencialmente modificables, por ejemplo, tanto la depresión como el

hipotiroidismo son problemas tributarios de terapia, que pueden causar trastornos cognitivos.

Comportamiento y Rasgos de Personalidad

Un descenso intelectual acusado con el envejecimiento se manifestaría por un comportamiento regresivo y un aumento de la inflexibilidad de los rasgos de personalidad. Sin embargo, también estas anomalías deben considerarse más como un indicio de trastorno psiquiátrico que como manifestaciones del envejecimiento. El tema debe evaluarse con precaución. La investigación demuestra que los viejos mayores de 80, son más precavidos, que los viejos menores de 80, sobre la aceptación de riesgos en situaciones cuyo "costo" es predecible y se mantiene a nivel constante. Si la cuantía del costo depende del grado de riesgo, sin embargo, los "nuevos viejos" (individuos de 60 años) no son más precavidos que los sujetos jóvenes.

La ansiedad puede conducir a una actitud de precaución con retraso en la toma de decisiones y en las reacciones. En otras palabras, la precaución excesiva del viejo puede indicar una ansiedad subyacente o un trastorno clínico relacionado. Por otra parte es por completo apropiado que un viejo débil o incapacitado se muestre más cuidadoso en general. Es necesario establecer la diferencia entre una respuesta adaptativa apropiada frente a la realidad, y una precaución excesiva, mal adaptada, consecutiva a una ansiedad clínica.

Cuando las comparaciones demuestran que los viejos son más rígidos que los jóvenes, es probable que se estén describiendo diferencias entre cohortes (es decir, diferencias entre generaciones, procedentes de haber madurado en períodos históricos distintos), y no verdaderas diferencias relacionadas con la edad. Los datos de investigaciones demuestran no sólo que las personalidades permanecen estables con la edad, sino que la adaptación comportamental y

psicológica continúa, sin dejar paso normalmente a la regresión o a la rigidez. Por tanto, si ciertos comportamientos o rasgos se hacen cada vez más exagerados, mal adaptados e inmodificables, debe atribuirse a la neurosis y no al envejecimiento normal. En estos casos está indicado el tratamiento, y no la aceptación.

Los problemas de salud mental del viejo tienen una importancia significativa en cuanto a frecuencia, impacto sobre el estado mental y emocional e influencia potencial sobre el curso de la enfermedad física. Los primeros estudios epidemiológicos demostraron una prevalencia de trastornos mentales serios del 15-25% en individuos de 65 años o más. El 27% de los viejos ingresados a los hospitales para enfermos mentales tienen 65 o más años.

La relación entre salud mental y física es particularmente significativa en el viejo. Un conjunto cada vez mayor de datos científicos corrobora los efectos adversos de los problemas de salud mental sobre la enfermedad física al final de la vida. Como corolario la investigación está demostrando también el efecto positivo de las intervenciones sanitarias mentales sobre los problemas quirúrgicos y médicos generales, la consulta psiquiátrica reduce de modo significativo la duración del ingreso y mejora la evolución clínica de pacientes viejos hospitalizados por problemas cardíacos. Dada la frecuencia de problemas de salud mental en los viejos con enfermedades serias, estos hallazgos adquieren aún mayor importancia. En un estudio por ejemplo se halló que el 24% de 406 mujeres viejas con problemas de salud física en un contexto de cuidados primarios presentaban síntomas depresivos clínicamente significativos, otros autores han publicado frecuencias aún mayores de síntomas depresivos en los viejos.

Cada vez se acepta más la influencia del estado de salud mental sobre el curso general de la salud y la enfermedad física. Muchos de los viejos que viven en la comunidad tienen el mismo grado de incapacidad física que los que viven

alojados en las residencias. ¿A qué se debe esto? Está claro que la disponibilidad de los familiares o de otros tipos de soporte social actúa en su favor. Sin embargo, muchas veces se pasa por alto o no se aprecia debidamente el papel de un trastorno psiquiátrico concomitante, que puede destruir la capacidad del individuo para mantener su independencia.

La influencia de problemas cognitivos, afectivos y del comportamiento sobre el curso de la salud general en épocas avanzadas de la vida es un tema de salud pública con proporciones enormes. Considérese la situación por ejemplo, de un viejo frágil que toma múltiples fármacos por varios achaques físicos; si se añade una depresión o una psicosis, la capacidad del individuo para pensar con claridad suficiente y manejar dichos medicamentos puede afectarse tanto que se produzcan consecuencias potencialmente serias sobre el estado de salud general.

Las preocupaciones del psicólogo clínico y el médico sobre los aspectos de sanidad mental de la enfermedad física pueden orientarse de diversas formas:

- a) Impacto del estrés psicológico sobre la salud física.
- b) Efecto del trastorno físico sobre la anomalía psiquiátrica.
- c) Interrelación entre trastornos físicos y mentales coexistentes.
- d) Impacto de los factores psicosociales sobre el curso clínico de problemas de salud física.
- e) ¿El problema es mental o físico? Para lo cual se requerirá evaluación médica.

En muchos casos "psiquiátricos" en pacientes con mucha edad debe considerarse la posibilidad de que los síntomas se deben a interacción medicamentosa, muchas veces administrada por médicos, que no han recibido entrenamiento o capacitación en geriatría y prescriben dosis indicadas en individuos de menor edad. Lo cual desgraciadamente es muy frecuente, por

ejemplo la intoxicación con bromuros, dado que entre más edad hay un poder más bajo de eliminación. Una situación semejante se presenta con respecto a los barbitúricos, el alcohol y las drogas tranquilizadoras.

Los mismos síntomas de parkinsonismo se presentan cuando se administran grandes dosis de clorpromacina.

En muchos casos la fitoterapia y la acupuntura han resultado ser alternativas positivas.

El diagnóstico correcto puede resultar difícil cuando hay que diferenciar entre causas psicológicas o físicas, esto hace aconsejable la integración como equipo de médicos, psiquiatras y psicólogos en la evaluación de este tipo de pacientes.

Investigaciones recientes han demostrado la eficacia de la terapia psicológica en pacientes mayores sobre todo en aquellos con depresión reactiva, fobias y estrés de origen psicosocial. Las terapias conductuales y cognitivas se consideran más eficaces que los tratamientos no dirigidos o de orientación analítica. (Hamilton, 1992).

Capítulo 3

Aspectos Psicológicos y Psicodinámicos del Envejecer

Este capítulo se enfoca en las características psicológicas que presentan muchos adultos mayores

Existe una gran cantidad de ideas populares muchas erróneas relacionadas con el envejecer ya que algunas han considerado que una persona con mucha edad va muriendo en vida, debido a su envejecimiento y que tendrá obligatoriamente un deterioro en todas sus actividades intelectuales, transformando su personalidad; lo que los convierte en seres cosificados, casi siempre hostiles y pueriles. Se sigue pensando que un ser humano en su vejez se convertirá en algo inútil y sin ninguna alternativa para evitarlo.

Aceptamos que no hay una norma psicológica según la cual el ser humano envejece, pero sí se nota si maduró o no. Así mismo observamos que los sujetos en su juventud pueden necesitar apoyo especial, psicoterapia o cualquier otra ayuda para lograr adaptarse; mayor apoyo será necesario para aquel que comienza a pensar en la vejez cuando ya llegó a ella.

La capacidad de adaptación adquirida por el individuo, durante toda su existencia, permitirá a éste en su vejez actuar con la eficacia y seguridad de lo aprendido y ejercitado en todas las áreas de su vida y llegar entonces a una verdadera integridad y paz, como nos señala Erikson (1990).

3.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En la actualidad se vive más años que nunca como resultado de las mejoras experimentadas en los campos de la higiene, la alimentación y la asistencia médica. Este hecho plantea un doble reto: por un lado la oportunidad de aprovechar al máximo unos años más y, por otro, una mayor necesidad de hacer frente a las incapacidades que pudieran surgir en los últimos años de la vida. El envejecimiento, es en un sentido estricto, un proceso continuo que abarca de la cuna a la tumba. Sin embargo para los niños y para la mayoría de los adultos jóvenes los conceptos de edad media (madurez) y de edad avanzada (vejez) tienden a ser bastante remotos y quedan eclipsados por el presente. Sería entonces conveniente acuñar en ellos el término "envejecimiento satisfactorio" que significa prepararse constructivamente para los últimos años de la vida con objeto de asegurar la felicidad, la propia satisfacción y la utilidad para con los demás.

Un trabajo como éste, dirigido a cualquier persona interesada en el envejecimiento satisfactorio, debe englobar una amplia gama de circunstancias. A las personas sanas, activas, y que gozan de una seguridad tanto económica como social, les puede parecer un tanto pesimista. En la práctica no existe nada parecido al "equilibrio ideal". Para mucha gente (por desgracia) el envejecer comienza a la edad de la jubilación (60 años promedio mundial). Sin embargo, mientras que la edad de jubilación se ha mantenido inalterable durante varias décadas (e incluso se ha reducido), las esperanzas de vida han aumentado continuamente y, con ellas, la edad a la que cabe esperar que se manifiesten la decadencia física y mental, recordemos, la vejez puede ser una buena época, pero debemos esforzarnos para que lo sea. Solón decía: "Envejeczo sin dejar de aprender" (Monárrez, 1992).

“Mi tiempo me pertenece”, pocas personas pueden decir algo así hasta que se jubilan. Pasamos la mayor parte de los años formativos aprendiendo, y nuestra vida como trabajadores en activo ocupados en aprender a vivir, las actividades del tiempo libre, más o menos por definición tienden a ocupar un papel secundario. Sin embargo después de la jubilación las actividades del tiempo libre, ya sean recreativas, educativas, o de servicio a los demás, pueden adquirir una importancia mucho mayor y proporcionar satisfacción, vitalidad y un sentimiento de utilidad. Hay un dicho, bien conocido “Las malas costumbres cuesta trabajo arrancarlas”, y es poco realista esperar que los hábitos cambien de la noche a la mañana, al siguiente día de la jubilación.

En la juventud, la edad madura y en la vejez, se presentan ciertas actitudes que diferencian a cada una de ellas. Sin embargo, se debe de tomar en cuenta la personalidad y la individualidad de cada sujeto. Al entrar en su sexta o séptima década (de los 60 a los 70 años) la mayoría de la gente conserva los mismos rasgos de personalidad que tenía en la juventud y la edad madura; otros experimentan una crisis de identidad similar a la que padecen los adolescentes, al darse cuenta que no les queda mucho de vida. Hay quienes utilizan la edad como excusa para amargarse y volver a ser dependientes, otros niegan su edad. Como ocurre en todas las edades de la vida, el nivel económico y social también juega un papel decisivo en la vejez, facilitando o debilitando la adaptación de la transición de la misma. En la madurez se pueden predecir muchos rasgos que se tendrán en la vejez (a los 40, se cuidan los 80, se dice en la jerga gerontológica). Si una persona ha sido optimista toda la vida, es probable que conserve una visión positiva de la vida en los años de su vejez, sin embargo, los individuos recelosos y poco comprometidos con los demás en su adultez, tienden a tener problemas psíquicos en la vejez. Por lo tanto se deben de tomar en cuenta para el estudio de la personalidad del viejo, aspectos tales como el medio, la familia y las condiciones laborales y sociales.

La vejez implica cambios psicológicos, que no siempre son tomados en cuenta al considerarse los problemas de la vejez tales como: la soledad, los sentimientos de inutilidad, la falta de afecto, el aislamiento, la inactividad, el temor a la muerte, la depresión por disminuciones físicas, etc. Estos estados psicológicos determinan daños profundos en la salud mental de las personas viejas con la consiguiente repercusión sobre el medio familiar o institucional en que vive, creándose un ciclo de recíproco malestar.

Berenice Neugarten (citada por Bellak, 1978) gerontóloga de la universidad de Chicago dice que los viejos tienden a volverse más egocéntricos, prestando mayor interés a sí mismos que a la gente o a su comunidad y sus problemas, quien fue así no cambiará al aumentar la edad; a menos que surjan enfermedades, los viejos no se vuelven menos adaptables o capaces. A medida que la gente envejece no se produce una disminución en sus satisfacciones.

En cuanto a la interacción social, los investigadores E. Cumins y W.E Henry (Ibid. Pag. 173), propusieron dos teorías:

1. Tanto la sociedad como el viejo se apartan uno de la otra.
2. El aislamiento del individuo va acompañado de una disminución del interés emocional en sus relaciones, que antes eran importantes para él.

La gente que siempre se adaptó bien, tiene una psique y un carácter flexible, es probablemente que se adapte mejor a la vejez.

Debido a que la enfermedad y la muerte entre los viejos son experiencias frecuentes, procuran mantener un actitud desapegada hacia sí mismos, como si con ello pudieran protegerse de que la enfermedad y la muerte no les ocurra a ellos. Este es un mecanismo de defensa necesario y que se puede interpretar como que "los viejos sean insensibles y duros". (Gómez G, 1985).

Una consecuencia importante que se presenta en la vejez, según Erikson (1990), es "La integridad del ego frente a la desesperación". La vejez es la etapa en la que el individuo debe aceptar su propia vida como ha sido y debe lidiar con la muerte que es inevitable. Si el individuo conserva la integridad del ego no va a tener miedo a la muerte. La desesperación, por el contrario, expresa el sentimiento de que el tiempo es muy corto para intentar comenzar otra vida o para tratar de alternar nuevas vías, y lograr su integridad. Erikson también encuentra una relación entre la confianza que tiene un niño y la integridad que tiene un viejo, diciendo que un niño saludable no va a temer a la vida, si los viejos que lo rodean tienen integridad suficiente para no temer a la muerte.

Robert Butler (1978), formuló el concepto: "revisión de la vida", que se refiere al proceso mediante el cual el viejo reflexiona sobre su pasado. Se ha visto a la reflexión en los viejos como algo negativo, y se ha perpetuado el estereotipo del abuelo que cuenta historias aunque nadie lo escuche. Butler vio que la reflexión es un proceso funcional que ayuda al viejo a aceptar los errores y los aciertos de su pasado.

El lado negativo de la reflexión puede ser la desesperación manifestada como depresión o ansiedad. Este es el caso en que la persona no acepta lo que ha vivido.

Robert Peck (citado por Gómez Gurza), también habla de un cambio de personalidad en la vejez. Al llegar a ser adultos mayores las personas se enfrentan a los siguientes problemas personales:

- a) Inteligencia valorada contra poderío físico.
- b) Socialización contra sexualidad en las relaciones humanas.
- c) Deseo manifiesto contra deseo inhibido.
- d) Flexibilidad mental contra rigidez mental.

Selby (1986), refiere que en la adultez muchas personas se vuelven rígidas en sus costumbres y sus vidas las dirigen por lo que han experimentado. Una alternativa es el utilizar las experiencias como formas de lograr nuevas maneras de ver las cosas. Que con la llegada a la vejez, el individuo se enfrenta a más problemas personales tales como:

- a) La diferenciación del ego contra la preocupación del rol de trabajo: cuando una persona se enfrenta con el cambio de roles (retiro, jubilación o que los hijos se van), es posible reencontrarse a uno mismo, separando estos roles y buscando otros nuevos.
- b) La Trascendencia del cuerpo contra la preocupación del cuerpo: la persona puede escoger entre el ser apático ante el dolor y las enfermedades que acompañan a la vejez (aunque no siempre) y el no darle demasiada importancia y encontrar algo mejor en sus relaciones y actividades.

Weisser (1973), nos enfatiza que una vez que se vea a la muerte como algo inevitable, la persona puede orientar su energía en ayudar a otros (sociedad, niños, amigos, etc.) para ser feliz en su presente. Esto da a la persona una satisfacción propia. Tener en la mente que alguno de los cambios mas frecuentes que pueden ocurrir en la personalidad de los viejos, sin llegar a ser enfermedades mentales (aunque parezcan), son:

- Acumular cosas.
- Locuacidad y dependencias
- Acusaciones caprichosas.
- Regresión.
- Egoísmo.
- Repeticiones.
- Fantasías y alucinaciones.

- Depresión.
- Estados maniacos.
- Ideación suicida.

Por lo tanto, el ser humano que envejece, para asegurar una jubilación activa y productiva es mejor que aprenda con tiempo, a utilizar su ocio en forma creativa. Puede comenzar el "aprendizaje del ocio" a una edad media (40 años) o, mejor todavía, cuando aún se es joven, ya que éste es un proceso que le ocupará toda la vida. Uno puede considerar que esa preparación es innecesaria, utópica o, cuando menos, poco práctica, puesto que a una edad media puede ser difícil encontrar o darse el tiempo, la oportunidad y tener la motivación para desarrollar las actividades del ocio (Meier, 1987). Sin embargo, vale la pena. Después de todo, si nos preparamos para el trabajo, no hay razón alguna por la que no debamos prepararnos también para el ocio. Si este argumento positivo no es suficiente para convencernos, consideremos el aspecto negativo. Una jubilación sin metas conduce rápidamente al aburrimiento, la frustración y al aislamiento social. El cuerpo y la mente prosperarán con el estímulo y la actividad, y es una satisfacción ver como esto se consigue. La elección puede ser difícil, por lo que es conveniente considerar cualesquiera de los tres pilares fundamentales de las actividades del tiempo libre:

1. Esparcimiento.
2. Formación.
3. Servicio a los demás.

Así como un niño no es un adulto pequeño, así un viejo no es un niño en su segunda infancia. Siempre hay que tener en mente que éste está agobiado por gran cantidad de trastornos biológicos y hábitos psicológicos; es afortunado o desgraciado porque tiene la capacidad de apreciar el valor del tiempo que se

desvanece. El paciente viejo posee una personalidad peculiar, que necesita cuidados especiales al atenderlo.

Los viejos con quienes usualmente estamos en contacto se hallan bajo condiciones especiales de tensión derivadas en nuestra sociedad contemporánea (que ha entrado en la modernidad) y la tecnología, que le exige la globalización y cambia rápidamente. Las innovaciones de la ciencia y la tecnología han creado, en el curso de una generación, una manera diferente de enfocar la vida del viejo, muy distinta a la que esperaban. Anteriormente, es decir, en los días en que se formó la mente de quienes hoy son viejos, no existía ninguna otra posibilidad para el hombre y la mujer que la de seguir trabajando hasta que se lo impidiera una enfermedad o un padecimiento mortal.

Los efectos desfavorables de la jubilación son especialmente notables en la actualidad, debido principalmente a que nuestra estructura social ha quedado rezagada en relación al sistema económico contemporáneo. En tanto que no se establezcan nuevas ocupaciones que aprovechen las potencialidades todavía existentes en los viejos, los trabajadores jubilados seguirán cayendo en una ociosidad frustrante y peligrosa. La actividad es necesaria para mantener el bienestar físico del organismo, mientras que la ociosidad constituye un factor precipitante, de los padecimientos físicos y mentales. De seguir así las cosas, los grandes triunfos en el propósito de alargar la vida, cuyos méritos corresponden en gran parte a la medicina, pueden convertirse fácilmente en una simple prolongación del período que precede a la muerte, con su característica incapacidad física y mental. (González, 1984).

Bien sabemos aquí en nuestro contaminado Distrito Federal que al existir varios factores ambientales, estos provocan condiciones desfavorables para los viejos, y todos ellos actúan como precipitantes de trastornos biológicos y emocionales.

En primer lugar, figura el hecho de que, dentro de la competencia económica en que vivimos, se requiere que las generaciones jóvenes estén en posibilidad de cambiar su residencia, en búsqueda de las mejores oportunidades, donde quiera que estas se presenten; con ello se priva a los padres y demás familiares viejos de la compañía, el cuidado personal, y en cierto grado, la ayuda económica de sus hijos. En segundo lugar, el bajo promedio de ingresos de los viejos, los obliga a vivir en condiciones higiénicas desfavorables; a prescindir de los elementos nutritivos necesarios, y a privarse del cuidado médico especializado (geriátrico), que necesitan. Y en tercer lugar, la pérdida de relaciones afectivas, por la muerte del cónyuge y de los amigos condena a los viejos a una vida de soledad y de ensimismamiento.

Los anteriores desajustes sociales, que se presentan como consecuencia del envejecer humano, no tienen tanta importancia en el desajuste de los pacientes viejos, como la que poseen los cambios psicológicos y las interpretaciones que las personas viejas hacen de ellos. Aunque todavía queda mucho por descubrir acerca de la naturaleza, magnitud y consecuencias de los cambios psicológicos de la vejez, existe ya una cantidad apreciable de datos que indica la conducta psicológica de los viejos (Lehr, 1980).

Debe de tenerse en cuenta, que si se analiza una curva representativa del desarrollo general de las capacidades mentales de un individuo, es evidente que el período involutivo no puede considerarse como una unidad dentro del ciclo vital. Se observa un rápido y creciente desarrollo en la eficiencia mental que alcanza su máximo a la mitad del tercer decenio (25 años), y viene después una línea horizontal que va decreciendo lentamente hasta el final de la edad madura.

Como regla general, aquellas funciones que se basan en capacidades físicas o fisiológicas son las que principian a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica. El grado de deterioro, como el momento en que comienzan a declinar, es variable según las funciones y según

los individuos. Como resultado de estas variaciones, el "patrón" de deterioro vital difiere de una persona a otra y solo tiene "algo" que ver respecto a la edad cronológica.

Cambios en la Capacidad Intelectual: al analizar estos cambios, nos enfocaremos tan solo a capacidades fácilmente apreciables, como la inteligencia general (memoria y capacidad para aprender).

Inteligencia General: la llamada inteligencia general es una función que cada uno de nosotros espera que no se vea afectada con la edad, a pesar de que es una creencia general que ésta se deteriora inevitablemente a medida que envejecemos. Estudios comparativos con pruebas de inteligencia aplicada a grupos de adultos jóvenes y en grupos de adultos viejos han llegado a esta conclusión: se ha encontrado un aumento sustancial hasta los 60 años de edad, que fue la edad máxima de los individuos sometidos a la prueba. Un estudio, efectuado por Meier (1987), reveló que algunos sujetos, de 65 años o más, de inteligencia mediana, tampoco mostraron una caída en el nivel general de inteligencia, cuando se les volvió a aplicar las pruebas después de un intervalo de dos años. Aunque estos hallazgos sean susceptibles de ser comprobados, parece cierto que hay un incremento general de la inteligencia a medida que se envejece, y que el deterioro de esta capacidad está limitado a los últimos períodos de la vejez, cuando la degeneración de las estructuras nerviosas se va generalizando.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que todavía no ha sido posible correlacionar exactamente los cambios psicológicos en personas con mucha edad y las alteraciones físicas y anatómicas que ocurren en la intimidad del tejido nervioso central de ellos. Las pruebas mentales que requieren habilidades en relación con un amplio vocabulario, información general y comprensión verbal, tienden a resolverse con mayor facilidad a medida que se es más viejo, en contraste con aquellas en las que se necesita resolver pruebas abstractas, del tipo de las matemáticas, las analogías, las series de guarismos y los diseños por

medio de bloques. Aunque se acostumbra, explicar estas diferencias basándose en que las habilidades culturales aumentan al envejecer, mientras que las no culturales decrecen a medida que pasa el tiempo, es notable que aquellas pruebas que son resueltas con facilidad por los viejos (vocabulario, comprensión de lo que se lee, información general) son las que más se han ejercitado durante la vida, mientras que las matemáticas y otros recursos no culturales son poco utilizados en la vida diaria, salvo si lo exige la profesión, de manera que la gente común y corriente casi nunca los ejercita.

Capacidad de Aprender y Recordar: la capacidad de aprender y la de memorizar, (los dos instrumentos más valiosos durante la juventud), se vuelven notoriamente ineficaces a medida que pasa el tiempo. El deterioro se vuelve más notable cuando los viejos tratan de aprender nuevos hábitos que requieren olvidar los ya conocidos, modificarlos o integrarlos con los nuevos.

Varios experimentos han comprobado que durante la vejez existe un retardo evidente en la velocidad de reacción como un dato íntimamente ligado a los trastornos mentales y consecuencia directa del envejecer del sistema nervioso. No sólo disminuye el promedio de velocidad, sino que la ejecución de los actos es inestable y errática. Obrest (citado por Cowdry, 1997), sostiene que la falta de continuidad en la actuación de los viejos puede deberse a lapsos incontrolables de su atención.

Cuando se trata de un paciente de edad avanzada, esta lentitud en sus respuestas obliga al terapeuta o a su médico a pasar más tiempo con él que con un joven, a fin de obtener un resultado semejante. Los pacientes viejos tardan más tiempo en percibir e interpretar las palabras y los actos del médico o el psicólogo, y tardarán mucho más en hacer una selección entre varias posibilidades que se les ofrezcan.

Existe otro deterioro mental propio de los viejos, que se manifiesta en una incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales que se reciben. No hay duda alguna que los propios defectos en los órganos de los sentidos contribuyen a esta característica de los viejos, pero Welford y Birren (1997), investigando de manera independiente, han demostrado que el factor principal de dicho deterioro consiste en los defectos de organización dentro del sistema nervioso central, preferentemente a nivel de las estructuras encargadas de la percepción.

Cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad sobrevienen los padecimientos psicosomáticos o las más serias enfermedades mentales características de la vejez.

Los estudios por medio del psicodiagnóstico de Roschard revelan un triste cuadro de empobrecimiento creador y emocional a medida que un ser humano envejece, lo cual sucede en sujetos no estimulados mental e intelectualmente de manera sistemática. La mayoría de los estudios de índole psicológica demuestran que los viejos, en comparación con los jóvenes, muestran mayor disposición a quejarse de sus síntomas físicos; están menos dispuestos a realizar esfuerzos agotadores, son menos extrovertidos, y se muestran más indiferentes ante los estímulos emocionales. A medida que un individuo envejece, se exageran los rasgos característicos de su personalidad se vuelve más él mismo, los defectos de desadaptación y de dependencia, ocultos en la juventud por circunstancias favorables, se vuelven más aparentes cuando los años obligan a abandonar el trabajo, muere la esposa, se pierden los amigos y la sociedad se vuelve menos tolerante. La rigidez de criterio puede aparecer con la edad cuando el viejo se confía demasiado en sus tradicionales modelos de conducta, o cuando el aceptar las nuevas ideas parece indicar que las que siempre había seguido ahora resultan equivocadas. Los miedos irracionales son, asimismo, una de las características del envejecimiento psicológico. Muchos temen la repercusión que tendrán los cambios en su apariencia y vigor físico sobre el trabajo que desempeñan, su

posición social o el atractivo sexual que poseen en el momento. Otros, que casi siempre son sobredependientes, temen el dolor, la mutilación o la muerte que pueda sobrevenir. Existe muy comúnmente, una tendencia a regresar a etapas primitivas del desarrollo emocional, y los pacientes viejos, como cualquier otro grupo, sin importar su edad, deben de manejarse de acuerdo con el nivel de personalidad que los caracteriza de manera individualizada.

En todo organismo biológico se usan funciones que le permiten conservar la vida y otras que hacen posible su progreso y mejoramiento; cuando existe una detención en el intercambio con el medio ambiente se presenta el deterioro biológico de ese organismo. Aunque todavía falta de comprobación experimental con respecto al adiestramiento de las capacidades, existe un acuerdo general acerca de su utilidad práctica. Rusk (1997), por ejemplo, ha observado que los viejos que poseen un espíritu alegre y desenvuelto presentan una menor proporción de trastornos arterioscleróticos, que quienes viven una existencia pasiva y carentes de interés. El psicólogo John Anderson (1997), sostiene que "una actividad fisiológica intensa, junto con un interés profundo mejorará apreciablemente la etapa degenerativa de la vejez (en caso de darse). Si estas observaciones resultan ciertas, el binomio psicólogo-médico asumirían un importantísimo papel en la planeación de los sistemas psicológicos y sociales para sus pacientes mayores. El encauzar su atención hacia intereses externos ayudaría a contrarrestar el desarrollo de actividades de sobredependencia y para prevenir trastornos psicosomáticos.

Cabe preguntarse si en nuestras escuelas tanto de medicina como de psicología se están preparando a los psicólogos y médicos del futuro mediano (2020) para enfrentarse, no sólo a las enfermedades propias de la vejez sino a las tensiones emocionales que sufren las personas de edad a fin de que los viejos vivan lo más sanos y felices los posibles años que les quedan. Vale la pena tener la entusiasta esperanza de que así sea.

3.2. ASPECTOS PSICODINÁMICOS

Inicialmente Freud se había mostrado muy escéptico en cuanto a la posibilidad de empezar un tratamiento psicoanalítico en personas mayores de 40 años (Freud, 1903). En "El Método Psicoanalítico" Freud escribe lo siguiente: "una edad próxima a los 50 años crea condiciones desfavorables para el psicoanálisis. La acumulación de material psíquico dificulta ya su manejo, el tiempo necesario para el restablecimiento resulta demasiado largo y la facultad de un nuevo curso a los procesos psíquicos comienza a paralizarse". Un año más tarde, en su trabajo "Sobre psicoterapia", abunda en el tema: "La edad de los enfermos desempeña también un papel en su selección para el tratamiento analítico, pues, en primer lugar, las personas próximas a los 50 años suelen carecer de plasticidad de los procesos anímicos con la cual cuenta la terapia". Llama la atención en esos textos que las personas mayores de 40 años o próximas a los 50, sean consideradas como viejas. Esto puede ser comprensible por la época en que esos textos fueron escritos, es decir a principios del siglo, cuando la esperanza de vida era de unos 50 años y cuando en Austria y otros países europeos, como lo señala Salvarezza (1988), las condiciones socioculturales determinaban para las personas mayores de 50 años el rol social de viejos. A la concepción ideológica de su tiempo se sometió Freud. Pero además, fue un sometimiento a medias porque existen tres ejemplos clínicos que lo desmienten. En dos ellos se trata de dos pacientes femeninas de 50 y 53 años, respectivamente; a las que Freud describe en "Introducción al Psicoanálisis" (1916). El tercer ejemplo lo da Freud mismo, quien no interrumpió su autoanálisis sino hasta su muerte. Si consideramos al yo como la instancia del aparato psíquico que tiene que equilibrar tanto los imperativos provenientes del ello como las exigencias del superyo y de la realidad; y que además tiene que poner en marcha una serie de mecanismos defensivos para aliviar la angustia, podemos llegar a la conclusión de que el envejecimiento por sus características biopsicosociales representa una amenaza para la integridad y el buen funcionamiento del yo (Abraham, 1989).

En la vejez, el yo dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios, problemas y conflictos que se presentan en el mundo externo e interno. Este hecho tiene por lo menos 3 consecuencias:

- 1) Insuficiencia de los mecanismos psicológicos de defensa contra la angustia.
- 2) Disponiendo de menor energía, el aparato psíquico atiende lo que considera urgente en detrimento de otros asuntos que eran importantes pero no prioritarios.
- 3) Hay un contraste entre las fuerzas biológicas todavía presentes y los recursos para satisfacerlas lo que amenaza la autoestima.

Mecanismos de Defensa:

La negación y la fantasía son mecanismos de defensa que operan en las reminiscencias y tienen una finalidad adaptativa, sin embargo si se usan desmesuradamente se toman francamente patógenos. Así encontramos la negación del envejecimiento en hombres y mujeres, esforzándose por mantener una apariencia demasiado juvenil, llegando a caer a veces en el ridículo. Cuando prevalece la regresión sobre otros mecanismos, actúa como reforzador del narcisismo. Se puede observar entonces a individuos egocéntricos, preocupados solo por sí mismos y despreocupados por los sucesos del entorno. Ante situaciones de tensión pueden presentarse regresiones dramáticas con pautas de conducta muy primitivas, entre otras el llanto, los berrinches y la pérdida de los buenos hábitos de alimentación y limpieza.

Emparentados con la represión se describen los mecanismos de renunciamiento y de retraimiento (o retiro). En el renunciamiento se produce una especie de capitulación ante la amenaza o conflicto. Si el aparato psíquico sufre un colapso, pudieran presentarse deseos intensos de morir. En el retraimiento el

individuo se aleja de los demás y se aísla por sufrir sentimientos de vergüenza y de inadecuación.

Durante la vejez la racionalización puede tener dos posibles expresiones:

- La primera tiene por finalidad explicar racionalmente las deficiencias aparecidas.
- La segunda parece estar destinada a encubrir los impulsos y deseos poco aceptables.

Por medio de la proyección, el viejo se desembaraza de la angustia ante las propias deficiencias. Cuando afirman: "la gente de ahora ya no es como la de antes", compensan la conclusión inconsciente: "ya no soy como antes, mis capacidades han disminuido".

Sería contraproducente suprimir estos mecanismos adaptativos salvo cuando resulten muy patógenos con el fin de mantener el equilibrio psicológico (Krassoievitch, 1995).

Es en esta etapa de la vida, cuando la madurez emocional demanda aceptación del dolor y de lo inevitable cuando se presenta.

Tarea esencial para el equilibrio emocional será la modificación de las metas que había esperado alcanzar, la aceptación de los ideales de lo que le es posible lograr recurriendo a su capacidad adaptativa.

Siguiendo en términos generales la teoría psicoanalítica freudiana, Erikson (1970) destaca el papel del yo como agente de las relaciones con la sociedad, y como instancia integradora dentro del desarrollo. Este poder de integración del yo establece puentes entre etapas y les da continuidad. Como señala Maier (1977), es posible concebir cada fase del desarrollo como una crisis vertical, que culmina

en una solución psicosocial individual y al mismo tiempo como una crisis horizontal que exige resolver el problema de las fuerzas motivacionales.

Para Erikson, la infancia, la niñez y la adolescencia abarcan las cinco primeras fases y en ellas se adquiere:

- 1) El sentido de la confianza básica.
- 2) El sentido de la autonomía.
- 3) El sentido de la iniciativa.
- 4) El sentido de la industria.
- 5) El sentido de la identidad.

Las tres últimas fases son las de la adultez con la adquisición de:

- a) El sentido de la intimidad.
- b) El sentido de la generatividad.
- c) El sentido de la integridad.

Con estas tres últimas fases se completan ocho etapas o edades.

La "octava edad" del hombre constituye la culminación de las anteriores y su síntesis se alcanza solo si se han atravesado las etapas anteriores resolviendo los problemas fundamentales propios de cada etapa (Esta octava etapa es la vejez).

La integridad del yo, que caracteriza ésta última fase se alcanzará cuando se ha cuidado el saber adaptarse a los triunfos y las desilusiones inherentes al hecho de ser generador, ya sea de otros seres humanos o generador de productos e ideas. Es una experiencia que transmite cierto orden del mundo y un sentido espiritual. En realidad, la integración yoica se va preparando a lo largo de toda la existencia; es una integración "acumulada". Cuando no se ha logrado, al final de la existencia, se teme a la muerte y aparecen entonces la desesperación y el

disgusto, porque el tiempo parece corto para probar caminos alternativos para otra integridad. La integridad es para Erikson (1990) "la seguridad que obtiene el yo de su inclinación al orden y al significado". Es la aceptación de un ciclo vital único y propio. De las circunstancias y personas que han llegado a ser significativas, como algo que fue así y que no admite sustituciones. Es una aceptación del hecho de que uno es responsable de su propia vida.

La integridad en suma, significa la aceptación de un proceso del cual el sujeto parte y que, proviniendo del pasado, se extiende a un futuro que lo trascenderá.

3.3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA VEJEZ

El hecho de no diferenciar entre cambios psiquiátricos relacionados con enfermedades y manifestaciones del envejecimiento normal ha dificultado la comprensión de la función mental en los adultos mayores sanos. Se ha demostrado que muchos descensos de la capacidad o del rendimiento atribuidos a la edad en particular los asociados con la función cognitiva y el comportamiento reflejan en realidad consecuencias modificables en la enfermedad.

Un estudio longitudinal de la capacidad cognitiva, en una cohorte de varones seguidos desde 1919, mostró un incremento de la capacidad verbal y de la puntuación total del rendimiento intelectual, entre los 20 y 50 años, mientras que la capacidad matemática experimentó un ligero descenso. Entre los 50 y los 60 años, los varones mostraron poco cambio en las puntuaciones de las pruebas intelectuales. Este estudio fue uno de los primeros en plantear dudas serias sobre la supuesta disminución normal de la capacidad mental con la edad avanzada, como nos lo refiere Cohen (1998).

Un descenso intelectual acusado con el envejecimiento se manifestaría por un comportamiento regresivo y un aumento de la inflexibilidad de los rasgos de la personalidad. Sin embargo, también éstas anomalías deben considerarse más

como un inicio de trastorno psiquiátrico que como manifestaciones de envejecimiento. El tema debe evaluarse con precaución. La investigación demuestra que los individuos mayores son más precavidos que los adultos jóvenes sobre la adaptación de riesgos, en situaciones cuyo "costo" es predecible y se mantiene a nivel constante. Si la cuantía del costo depende del grado de riesgo, sin embargo, los individuos mayores no son más precavidos que los más jóvenes.

La ansiedad puede conducir a una actitud de precaución, con retraso en la toma de decisiones y en las reacciones. En otras palabras, la precaución excesiva del adulto mayor puede indicar una ansiedad subyacente o un trastorno clínico relacionado. Por otra parte, es por completo apropiado que un adulto mayor débil o incapacitado se muestre más cuidadoso en general. Es necesario establecer la diferencia entre una respuesta adaptativa apropiada frente a la realidad, y una precaución excesiva, mal adaptada, consecutiva a la ansiedad clínica.

Cuando las comparaciones demuestran que los adultos mayores, son más rígidos que los jóvenes, es probable que se estén describiendo diferencias entre las generaciones procedentes de haber madurado en períodos históricos distintos, y no verdaderas diferencias relacionadas con la edad. Los datos de investigación demuestran no sólo que las personalidades permanecen estables con la edad, sino que la adaptación comportamental y psicológica continúa, sin dejar paso normalmente a la regresión o la rigidez por tanto, si ciertos comportamientos o rasgos se hacen cada vez más exagerados, mal adaptados e inmodificables, debe atribuirse a la neurosis y no al envejecimiento normal. En estos casos está indicado el tratamiento, y no la aceptación.

En su estudio sociológico sobre la vejez, Simone de Beauvoir (1972), apasionadamente acusa a la sociedad francesa por condenar a la gran mayoría de los ancianos a una pobreza extrema, a viviendas incómodas y a la soledad, y luego enumera las posibilidades para la vejez. Estas según su punto de vista, se

conceden en la actualidad a sólo un puñado de gente privilegiada. Como lo estamos viendo en el 2003 en Francia donde las noticias nos informan de la muerte de viejos indigentes en las calles simplemente por la onda de calor. Y ella nos decía: "A menudo se aconseja a las personas que se preparen para la vejez". Pero si esto nada más se aplica a guardar dinero, a escoger el lugar para el retiro y a descargarse sobre los pasatiempos, no estaremos mucho mejor para ella cuando llegue el día. "Es mucho mejor no pensar demasiado en ella sino vivir una vida razonablemente justificada y comprometida, de modo que pueda uno seguir en el mismo camino aún cuando todas las ilusiones se hayan desvanecido y el entusiasmo por la vida se haya disipado" (Pág. 541-543).

Para un clínico (psiquiatra-psicólogo) tal estado de cosas requeriría de ciertas preocupaciones mínimas, primero, una ausencia o control suficiente de la enfermedad física general para proteger al individuo del dolor insoportable, segundo, ausencia o control suficiente de impedimentos en las habilidades perceptivas, locomotoras y de comunicación, como los que se derivan de la enfermedad cerebral orgánica y de la psicosis; tercero, la capacidad para participar en relaciones con otras personas.

Giánturco y Busse (citados por Kernberg, 1998), en una encuesta de problemas psiquiátricos encontrados durante un estudio de larga duración (longitudinal) de voluntarios normales que envejecían, señalaron la frecuencia de hipocondriasis como una reacción psiconeurótica en este grupo de edad. Bromley (1978), planteando puntos metodológicos respecto al estudio de cambios de la personalidad en la vida adulta y la vejez, señala el complejo problema de diferenciar la conducta normal adaptativa de los trastornos generales de la personalidad. Subraya la importancia de evaluar a pacientes geriátricos en términos de disposición individual, situación psicológica actual y temas interaccionales para llegar a categorías diagnósticas. Bergman (1978), ha estudiado la prevalencia de la neurosis y de trastornos de personalidad en la vejez y presenta una revisión crítica de la literatura sobre el tema. Deja la impresión de

que, aunque los hechos señalan la existencia de reacciones neuróticas serias respecto a las tensiones por envejecer y al importante sufrimiento de los pacientes ancianos a causa de trastornos de personalidad, no tenemos aun formas de evaluar y diagnosticar, estos trastornos que son bastantes precisos como para ser útiles. Y que en cuanto que la experiencia clínica de trabajo con pacientes geriátricos indica una importante prevalencia de trastornos de personalidad en la edad avanzada, uno no puede evitar la impresión de que debe haber predisposiciones culturales o profesionales que han inhibido la investigación empírica de estos temas fundamentales. La antigua presunción en la literatura psicoanalítica de que el psicoanálisis no debería intentarse con pacientes más allá de los 40 años, parece haber persistido, excepto por Krassoievitch (1995), no practicado de una manera ortodoxa sino con un enfoque ecléctico, ajustándose a cada caso en particular.

La exploración psicoanalítica de pacientes de 40 ó 50 años indica que el pronóstico para tratamiento psicoanalítico de algunos trastornos de la personalidad – La Narcisista y la Histérica, por ejemplo – mejora con la edad, en tanto que el pronóstico para otros – personalidad infantil, por ejemplo – es malo. Estas observaciones son impresiones clínicas más que descubrimientos empíricos de la investigación y no aplican a pacientes de 60 ó 70 años. De cualquier modo, sí plantean la posibilidad de que las intervenciones psicoterapéuticas con algunos trastornos de la personalidad en pacientes mayores merecen explorarse.

La exploración clínica de la personalidad requiere no sólo del conocimiento de registros sencillos conductuales, sino también profunda experiencia vital. Sólo una sólida experiencia enriquecida con el conocimiento técnico de patología del carácter, hace posible explorar en forma realista la rigidez de las conductas, incongruencias de interacciones interpersonales e inhibiciones emocionales en la consecución de importantes tareas vitales. Sólo la combinación de conocimientos,

y experiencia permite al terapeuta confrontar a los pacientes con áreas de dificultad en su funcionamiento, en contraste con el "lavado de cerebro" de sus propias realizaciones sobre sus rigideces, aduce Kernberg (1998). Así mismo describe sobre las relaciones amorosas en la edad madura: "Las mujeres con personalidad histérica tienen un mejor pronóstico para tratamiento psicoterapéutico cuando están en los 40 que en los 20 años, en tanto que aquellas con personalidad infantil presentan un pronóstico más malo en dicho punto, que durante la adolescencia y la adultez joven".

Kahana (Citado por Kernberg, 1998), señaló resultados similarmente favorables en psicoterapia psicoanalítica con pacientes que sufren personalidades obsesivo-compulsivo y masoquista. El pronóstico cada vez más satisfactorio para la personalidad histérica puede también considerarse un hecho para la vejez. Berezin y Fern (1967), describen el resultado satisfactorio en la psicoterapia de una mujer de 70 años con trastorno histérico del carácter.

Algunos pacientes de edad madura, con personalidad narcisista, a pesar de, o quizá a causa del empeoramiento de los síntomas depresivos secundarios o a su estructura narcisista, tienen un mejor pronóstico para el tratamiento psicoanalítico del que hubieran tenido a los 20 ó 30 años (Klein 1963).

Si el tratamiento de personalidades narcisistas en la vejez puede proporcionar rasgos de pronóstico adicionales positivos, o no, parece ser una cuestión extremadamente importante para la investigación. Melanie Klein (1957), refiere que al tratar el tema de la soledad en la vejez, primero señaló el valor crucial para el pronóstico del equilibrio entre envidia y gratitud. El diagnóstico y tratamiento apropiados de la patología narcisista del carácter pueden tener relevancia importante en la vejez.

Capítulo 4

Problemática del envejecer bio-psico-social

Este capítulo trata las situaciones más frecuentes a las que se enfrentan las personas cuando llegan a la vejez.

4.1. ASPECTOS BIOLÓGICOS

El envejecimiento visto como fenómeno global, no es exclusivo del ser humano (envejecen las plantas, los animales, los minerales, el planeta, el sol, nuestro universo y aún más la energía misma) es un fenómeno de la materia en general pero se aprecia más en la materia viva, porque es en ella que el proceso de envejecimiento es más acelerado. Por lo anterior, se debe considerar a la vejez, dentro del concepto de la Biomórfosis, la cual se refiere a los cambios que el factor tiempo efectúa sobre la vida y así se tiene, que la vejez es el momento en el que las modificaciones internas de la materia presentan cambios característicos en su estado original, apreciables o medibles por el ser humano y que significan generalmente la relación unidireccional que guarda la energía, siendo inversamente proporcional con el tiempo y el trabajo (Buhler, 1980).

4.1.1. APOPLEJÍAS (EMBOLIAS)

Apoplejía es la hemorragia en el interior de un órgano. Casi siempre, el término se utiliza para la hemorragia cerebral. Se produce embolia cerebral cuando un objeto intra-arterial procedente de una arteria proximal importante o del corazón llega a alojarse en uno de los vasos cerebrales más distales. El émbolo puede consistir en un fragmento de calcio, un conglomerado bacteriano u otro material desprendido de una válvula cardíaca, colesterol de una placa aterosclerótica o

elementos plaquetarios. En el curso de traumatismos, la grasa derivada de las fracturas de los huesos largos es capaz de introducirse en la circulación y actuar como un émbolo. El tamaño del émbolo determina su posición en el árbol arterial. Los fragmentos voluminosos de calcio desprendidos de una válvula cardiaca pueden localizarse en la carótida, pero la mayoría de las embolias son muy pequeñas y ascienden hasta la circulación cerebral distal.

La fibrilación auricular con o sin cardiopatía vascular representa un factor de riesgo importante responsable de hasta un 35% de las causas de embolismo cerebral. De los pacientes con accidente vascular embólico y fibrilación auricular el 70% sufre un déficit grave o la muerte. La mayoría de los enfermos tienen más de 70 años y gozan de buena salud antes del ictus. La fibrilación auricular casi siempre es persistente, pero en ocasiones se produce de manera paroxística. La presencia de cardiopatía vascular incrementa el riesgo pero la fibrilación auricular por sí sola ya supone riesgo de embolia suficientemente elevado. En alrededor del 10% de los individuos tiene lugar un segundo episodio embólico a veces en los 10 primeros días que siguen al accidente cerebro vascular inicial.

Síndromes clínicos.

- Embolismo de la arteria cerebral media.
- Embolismo de la arteria cerebral anterior.
- Embolismo de la arteria cerebral posterior.

Rehabilitación Tras el Accidente Vascular Cerebral.

Después del accidente vascular cerebral lo más importante es recuperar la función, este proceso conlleva dos procesos de recuperación diferentes. La recuperación neurológica o natural ocurre en grado variable dependiendo del mecanismo del accidente vascular cerebral por ejemplo trombótico, embólico y hemorrágico, así como de la localización y tamaño de la lesión. En general cuando

más pequeña es una lesión mejor es la recuperación posterior del sujeto. Alrededor del 90% del proceso de recuperación se produce habitualmente dentro de los tres primeros meses y el 10% restante ocurre con mayor lentitud. La recuperación de un accidente vascular cerebral hemorrágico es especialmente lenta y a menudo incompleta en el ámbito neurológico.

El segundo tipo de recuperación es en relación de la mejoría del rendimiento funcional del sujeto (con independencia de la recuperación neurológica) algunas de ellas, por ejemplo, la facilitación neuromuscular.

La rehabilitación depende de varios factores: el estado general del sujeto, la amplitud de movimiento de las articulaciones, la fuerza muscular de ambos hemicuerpos, tanto el sano como el afectado, las funciones intestinal y visical, la capacidad funcional premórbida, la situación social (incluyendo las perspectivas de volver a formar parte de la comunidad) la capacidad para participar en un programa de rehabilitación bajo la supervisión del personal que los rehabilitaría (enfermeros fisioterapeutas), la capacidad de aprendizaje, la motivación y la capacidad para enfrentarse a los problemas.

La terapia deberá cubrir lo siguiente:

1. Debe ser inmediata.
2. Favorecer la incorporación a partir del paciente.
3. Favorecer la capacidad de desplazamiento.
4. Realización de ejercicios terapéuticos de acuerdo al área o miembro afectado.
5. Favorecer los ejercicios de bipedestación como: subir escaleras y prevención de caídas.

Cabe señalar que muchas embolias podrían evitarse con el simple acto de reducir al mínimo la ingesta de sal.

4.1.2. ALZHEIMER

El Alzheimer, llamado "la principal enfermedad crónica de la vejez", se presenta de forma físicamente indolora y silenciosa, pero el dolor emocional que provoca es inmenso.

¿Dónde te metiste? Le pregunté

¡No lo sé! ¡No te enfades conmigo!

Y su nieta contestó:

Abuelita... nos perdimos.

¡Imagínese, se habían perdido al otro lado de la calle, frente a su casa!

Como nos menciona Davies (1996), la enfermedad de Alzheimer ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más letales del mundo desarrollado, después de las cardiopatías, el cáncer y la apoplejía. Se le ha denominado "La principal enfermedad crónica de la vejez", aunque también puede aparecer a una edad relativamente joven.

Con el progresivo aumento de la esperanza de vida en los países prósperos, los pronósticos sobre la cantidad de personas que padecerán demencia son alarmantes. Un estudio señaló que el porcentaje de aumento entre el año 1980 y 2000 puede ser del 14%, en la Gran Bretaña, del 33% en Estados Unidos y 64% en Canadá. En Australia se dijo, que si bien en 1990 existían 100 mil personas con Alzheimer, esperaban una cifra de 200 mil a finales del siglo, y que en el mundo habría 100 millones de pacientes.

Aunque se están investigando varias posibilidades, todavía se desconoce su verdadera causa. Se sabe, no obstante, que produce la destrucción gradual de las

células cerebrales, con lo que ciertas partes del cerebro literalmente se reducen. Las zonas más afectadas son las relacionadas con la memoria y la razón. En la fase inicial se deterioran las células de la región cerebral que controlan las emociones, lo que produce los cambios en la personalidad. Otras partes del cerebro- las relacionadas con la vista y el tacto, así como la corteza motora, que controla la actividad muscular- tal vez se mantengan intactas hasta las etapas finales de la enfermedad. Estos cambios producen la clásica y trágica situación de una persona que puede andar, hablar y comer, pero que está ausente del mundo que le rodea.

El Alzheimer dura generalmente de 5 a 10 años, pero a veces más de 20 años. Conforme progresa la enfermedad, las facultades de los pacientes van menguando. En los estadios finales suelen quedar postrados en cama sin poder hablar ni alimentarse por sí mismos, aunque muchos pacientes fallecen por otras causas antes de llegar a esta fase final. Si bien la enfermedad de Alzheimer se presenta de una forma físicamente indolora, el dolor emocional que provoca es inmenso. Se comprende que al principio haya quienes se nieguen a aceptar el diagnóstico, con la esperanza de que el problema desaparezca. Es mucho mejor afrontar la realidad y ver de que manera se alivia el dolor emocional que este mal ocasiona. A las familias les resulta muy útil conocer la naturaleza de la enfermedad y algunas pautas para sobrellevar la situación.

Lo que más necesitan las personas que padecen alguna demencia, es mantener su dignidad, respeto y autoestima. Nunca hablar "de los enfermos de Alzheimer" ante otras personas como si ellos no estuvieran presentes. Aunque no entiendan lo que se dice, pueden percibir que les excluye de alguna manera y sentirse humillados.

Lo cierto es que algunos enfermos de Alzheimer sí entienden lo que se dice de ellos.

Hay muchas maneras positivas de contribuir a que el paciente conserve su dignidad. Tal vez necesite ayuda para seguir efectuando tareas cotidianas que antes le resultaban sencillas. Por ejemplo: ayudarle a contestar la correspondencia de los amigos que preguntan por él, aunque él no escriba, buscar cosas que puedan hacer juntos, que tengan sentido y que sean productivas: lavar y secar los platos, barrer el suelo, doblar la ropa, limpiar, ayudar a preparar los alimentos, etc.

Un enfermo de Alzheimer puede no ser capaz de limpiar toda la casa, o de hacer una comida completa, pero la pérdida de estas habilidades suele ser gradual. Se puede aprovechar la capacidad que aún queda intacta y ayudar a conservarla el mayor tiempo posible. De esta manera, estamos también ayudando a conservar la autoestima de la persona enferma.

Dado que el enfermo de Alzheimer no ejecutará bien todas las tareas, posiblemente se tenga que volver a barrer el suelo o lavar los platos, abstenerse de regañar, no obstante al dejar que el paciente siga sintiéndose útil le permite obtener satisfacción de la vida. Recordemos siempre que los enfermos de Alzheimer, por lo general viejos, necesitan más a medida que sus facultades merman.

Los cuidadores tienen que aprender a afrontar la conducta embarazosa de su ser querido, uno de los mayores temores es que el paciente sufra incontinencia en público. También hay que ver las cosas en su debida proporción, pues no es el acto en sí ni quienes puedan presenciarlo lo que debiera preocuparnos, sino el hecho de que la persona pierda su dignidad. Si ocurre un incidente embarazoso de este tipo, no reprender al paciente comportarse de manera calmada y natural, recordar que la persona no pretende irritar o molestar, además estará mas

dispuesta a cooperar si es amable y firme, que si uno se muestra irritado e impaciente, hacer todo lo posible para que el problema no perjudique la relación.

Los enfermos de Alzheimer suelen decir cosas que no son ciertas, con frecuencia afirman que esperan la visita de un familiar que murió hace mucho tiempo. O quizá alucinen, es decir, vean imágenes que solo están en su mente, a veces lo más bondadoso es seguirle la corriente con sus alucinaciones en lugar de tratar de convencer de que lo que ven no es real. Recordar que lo que él "ve" en su mente es real para él, y sus temores también lo son, por lo que es necesario apaciguarlos. Será mejor mirar detrás de la cortina y decirle: si vuelves a verlos, no dudes en decírmelo y te ayudaré.

Aplicar todas las sugerencias aquí presentadas puede resultar difícil, especialmente si se lleva una pesada carga de trabajo y se tienen otras responsabilidades de familia que atender. Es posible que el cuidador, en su frustración, a veces pierda la calma y no trate al enfermo con dignidad. Cuando suceda eso, es importante no dejarse abrumar, por sentimientos de culpabilidad. Recordar que, debido a la naturaleza de la enfermedad es muy probable que el enfermo olvide enseguida lo ocurrido.

Recordar siempre que los enfermos de Alzheimer se desenvuelven mejor en un entorno conocido. También necesitan continuar con su actividad diaria. Algo que resulta muy útil con este fin es un calendario grande en el que se le hayan anotado con claridad lo que debe hacer cada día. Sacar a alguien de su entorno habitual, puede tener consecuencias terribles, dado que puede sentirse cosa y bajar más su autoestima y se le encajonaría en la anómia dentro de su hogar. La uniformidad y la continuidad son muy importantes para la persona confundida.

Con el progreso de la enfermedad, a los enfermos se les hace cada vez más difícil seguir instrucciones. De ahí que las indicaciones deban ser sencillas y

claras. Por ejemplo, arreglarle la ropa que se va a poner en un orden a seguir, que él las tome y alguien le ayude a ponerse la ropa.

Por lo general los enfermos de Alzheimer tienen mala memoria reciente, pero la memoria tardía está intacta, por lo cual no se les debe de hablar de los tópicos de actualidad, más bien de su pasado que recuerdan. Así que cuando visitemos a alguien que padece dicha enfermedad es mejor que cuente algunas de sus anécdotas preferidas, aunque ya las hayamos escuchado muchas veces, eso hará feliz al enfermo (Gottfries, 2000).

4.1.3. MENOPAUSIA Y RESPUESTA SEXUAL

La palabra menopausia se deriva de dos raíces griegas *mens* que significa mensual y *pause* que significa detener.

Menopausia es el cese de las menstruaciones y por lo tanto también el cese de la función reproductiva. Dicho cese ocurre cuando los folículos ováricos, cuyo número se reduce progresivamente, pierden su capacidad de responder a la estimulación de las hormonas gonadotrópicas y las concentraciones de estrógenos disminuyen. Después de transcurrido un año sin menstruación en general se considera que una mujer se halla en la menopausia.

La edad media en la que se produce la menopausia es de 53 años, no influyen en ello los períodos prolongados de amenorrea hipotalámica, el número de embarazos, ni el empleo de anticonceptivos orales. Aunque la edad media no ha variado desde la antigüedad, el aumento en la esperanza de vida, ha hecho que las mujeres transcurran un tercio de sus vidas después de ocurrida la insuficiencia ovárica.

Como consecuencia de la menopausia se asocian a dicho cese: los sofocos, la ruborización vasomotora, la atrofia genital (vaginitis atrófica) la ateroesclerosis,

la osteoporosis, cambios de carácter etc. (Richardson, 2003). En las mujeres, la mayoría de las modificaciones sexuales se producen con la menopausia, cuando se enlentece la producción de estrógenos. Aunque algunas mujeres menopausicas presentan muy pocos síntomas de déficit de estrógenos, la mayoría tienen síntomas importantes sin embargo menos del 33% de las mujeres solicitan un tratamiento. Los efectos de la menopausia en la sexualidad pueden ser los siguientes: sequedad vaginal que provoca irritación o dolor, cambio en la forma de la vagina (acortamiento), reducción de la secreción vaginal ácida, con mayor posibilidad de infecciones vaginales, cistitis debida al adelgazamiento de las paredes vaginales con menor protección para la vejiga urinaria y la uretra, reducción del tamaño del clítoris, incontinencia por esfuerzo y aumento del vello facial. Las mujeres de edad avanzada pueden mantener generalmente sus patrones de conducta sexual anteriores hasta el final de la vida o hasta que aparece una enfermedad grave; tienden a estar menos preocupadas que los varones por la función sexual, pero les preocupa en cambio mas la pérdida del aspecto juvenil. Algunas mujeres disfrutan mas del sexo sin el temor a un embarazo. La frecuencia de las relaciones sexuales en mujeres heterosexuales a menudo guarda mas relación con la edad de sus compañeros que con su propia capacidad o interés sexual. En general el compañero tiene mas edad y menos energia que ellas. El final de la edad mediana trae consigo incremento del deseo sexual que gradualmente disminuye con la edad avanzada. La lubricación disminuye después de la menopausia y se requieren períodos mas prolongados de juego amoroso para lograr la lubricación adecuada. La fase orgásmica es más breve y las contracciones uterinas orgásmicas pueden causar dolor en la parte baja del abdomen.

Preocupación del Envejecer Sexual en los Varones.

La modificación sexual que se produce en la edad avanzada es un proceso de enlentecimiento gradual y es necesario mas tiempo para la estimulación y para

alcanzar el clímax sexual. Esto no debe considerarse un deterioro ya que puede permitir una mayor sincronización de respuesta entre los sexos, en comparación con lo que ocurre en los años previos en los cuales los varones responden con mayor rapidez que las mujeres (Pearlman, 1992). Además del enlentecimiento gradual, los varones de edad avanzada pueden notar una reducción del líquido pre-eyaculatorio y una eyaculación menos intensa. En ausencia de enfermedades crónicas y alcoholismo, las concentraciones de testosterona siguen siendo idénticas a las de los jóvenes, es decir, no existe un climaterio masculino fisiológicamente hablando. Además, dado que la fertilidad no está asociada a la potencia, los varones pueden seguir siendo fértiles hasta el final de su vida.

El envejecimiento en los varones trae menores erecciones espontáneas. Se suele requerir estimulación directa para obtener una erección completa y el proceso requiere más tiempo. Se mejora el control eyaculatorio pero el período refractario es más prolongado o sea, es necesario un período más largo antes que sea posible otra erección. En los testículos se realiza la espermatogénesis (producción de espermatozoides) en especial en los tubos seminíferos y los andrógenos (en las células de Leydig) aunque rara vez se estudia en el varón anciano la espermatogénesis está notablemente mantenida a pesar del avance de la edad, en presencia de una síntesis testicular de andrógenos adecuada.

La producción de andrógenos disminuye al avanzar la edad. Sin embargo no se han determinado las consecuencias de esta reducción para la salud y el bienestar. A medida que disminuye la secreción de testosterona su variación diurna se reduce, con lo que el máximo que se produce entre las seis y las ocho de la mañana es inferior. Las concentraciones medias de gonadotropinas hipofisarias aumentan lentamente pero la frecuencia de los pulsos de hormona luteizante se reduce, por lo que se deteriora la respuesta testicular pulsátil. La fijación de la testosterona y la globulina transportadora de hormonas sexuales

reduce la disponibilidad por los tejidos, dicha fijación aumenta con la edad, lo que determina una reducción sustancial de la testosterona biodisponible. Las concentraciones bajas tanto de gonadotropinas hipofisarias como de testosterona sugieren una disfunción hipotálamo hipofisaria. La potencia sexual requiere la interacción de la libido y la capacidad de erección. Los datos disponibles sugieren que los andrógenos desempeñan un papel importante en la libido e influyen en la frecuencia de las erecciones nocturnas, pero no parecen intervenir en las erecciones asociadas a los estímulos eróticos.

En caso de hipogonadismo, el cual se sospecha a partir de síntomas relativamente inespecíficos, por ejemplo impotencia, disminución de la libido o ginecomastia, los pacientes pueden presentar también sofocos, aumento de la irritabilidad, incapacidad para concentrarse y depresión.

El hipogonadismo intenso y prolongado se caracteriza con una pérdida del vello corporal y una reducción de la masa muscular y esquelética.

Son indicios importantes los testículos pequeños y blandos y la pérdida de la pigmentación en las arrugas escrotales.

En 1974 el Duke Longitudinal Study on Ageing halló que el 70% de los varones de 63 años y el 25 % de los de 78 años eran sexualmente activos. Pearlman (1992), encontró que el 10% de los mayores de 70 informaban tener relaciones sexuales cuando menos una vez a la semana, los datos en la población femenina son mas escasos, Christenson y Gaynon (1995) hallaron que el 50% de las mujeres casadas mayores de 65 años practicaban coito periódico. Para las mujeres la disponibilidad de una pareja socialmente aprobada es un factor significativo sobre la frecuencia de la actividad sexual.

Nuestra sociedad, centrada en la juventud deberá entender que muchos de los problemas que asociamos con la menopausia no son inevitables.

Ojeda (1995) hace el apropiado hincapié en la necesidad de preparar el cuerpo y la mente para afrontar los cambios que acompañan al climaterio con una actitud positiva.

Es conveniente examinar nuestras concepciones culturales y nuestro sistema de creencias concernientes a la menopausia. Se ha observado que la forma en que las mujeres reaccionan emocionalmente a este cambio, refleja por lo general la forma en que se asumen así mismas como mujeres. Las mujeres que a lo largo de los años han definido su feminidad sobre la base de la maternidad son especialmente vulnerables; para ellas la menopausia representa el fin de su identidad femenina. En algunos aspectos esto se puede comparar con la conmoción que experimentan algunos hombres al jubilarse. No se sabe exactamente porqué pero las mujeres mas activas parecen sufrir menos física y emocionalmente, que las que están atadas a las tareas domésticas, pero no se puede predecir los síntomas de una mujer determinada durante la menopausia. Hasta la más segura, documentada, centrada y feliz de las mujeres puede padecer síntomas. Ojeda nos enfatiza, respecto a la menopausia que:

- La menopausia no es el principio del fin.
- No se envejece con más rapidez después de la menopausia.
- Si el ejercicio forma parte de la rutina diaria no se subirá de peso de manera alarmante, cabe lo mismo en el caso de cuidar la buena nutrición.
- Por causa del decrecimiento del estrógeno no hay porque perder interés en el sexo.
- Los sentimientos son tan genuinos durante la menopausia como en cualquier otro momento de la vida.
- No se trata de nada vergonzoso por lo que se deba sufrir en silencio de hecho no es necesario sufrir de ningún modo.

- El tratamiento debe ser evaluado en cada caso individualmente, pero en cada caso deberá evitarse la automedicación.

Es importante tener presente que fertilidad no es sinónimo de feminidad. La feminidad de una mujer no está determinada por la cantidad de estrógeno que hay en su cuerpo, así como la masculinidad de un hombre no se mide por su producción de testosterona. Planear el diario vivir, reducirá los niveles de estrés. Planear es traer el futuro al presente para poder hacer algo ahora.

4.1.4. MINUSVALÍA

Las enfermedades osteomusculares son la principal causa de deterioro funcional en los pacientes de edad avanzada. Estos trastornos incapacitantes rara vez mortales pero si incurables, tienen un carácter crónico, sin embargo las enfermedades osteomusculares no son una consecuencia inevitable del envejecimiento y deben considerarse por tanto, como procesos patológicos específicos y no como la consecuencia de "hacerse viejo".

Los trastornos ortopédicos y traumatológicos más frecuentes en los individuos de edad avanzada son la pérdida ósea posmenopausica (osteoporosis involutiva); otras enfermedades óseas metabólicas son la osteomalacia y la enfermedad de Paget, la propensión a las fracturas de cadera, radio distal, húmero proximal y cuerpos vertebrales, las deformaciones angulares adquiridas de los dedos de los pies, artrosis y tumores óseos primarios y metastáticos. Existen otras causas de minusvalía como los accidentes tanto caseros, automovilísticos o del trabajo, así como lesiones producidas por ejemplo en situaciones de desastre y que decir de los lesionados de manera permanente en las guerras (Ettinger, 1998).

El primer paso para encarar ésta situación es reconocer que existe y el objetivo más importante es la rehabilitación geriátrica que llevará a los adultos mayores a no sentirse minusválidos sino a adquirir nuevas capacidades que les permitan alcanzar de nuevo la independencia.

Los afectados por incapacidades neuromusculares y esqueléticas se fatigan y desesperan, más rápidamente que los individuos jóvenes y en ellos la terapia debe estar en relación con su capacidad de resistencia. Complican así mismo el proceso de rehabilitación situaciones como la artrosis muscular por desuso, la osteoporosis, los déficit de coordinación, los tiempos de reacción lentos, las alteraciones de la memoria, el uso de ciertos fármacos, la falta de motivación, los sentimientos de ira, frustración y depresión del adulto mayor. Un proceso relativamente poco conocido es el denominado "síndrome de días buenos y malos". Mientras en los días buenos el adulto mayor se siente lleno de esperanza y energía, es capaz de hacer grandes progresos; pero en los días malos actúa como al principio del programa de rehabilitación. Aunque se desconoce su causa exacta, al parecer éste síndrome tiene mas base psicológica que física.

Las diversas modalidades de la rehabilitación deben ser administradas por varios profesionales de la salud, así como de un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos, terapeutas según cada caso, fisiatras... Así mismo es necesario que el médico tratante tenga el cuidado de antes de diagnosticar o recetar ocuparse de valorar la interacción medicamentosa puesto que en ocasiones en lugar de beneficio se obtiene lo contrario favoreciendo la minusvalía ocasionada muchas veces por la yatrogenia.

Así mismo deberá llevarse una bitácora que será muy útil tanto para el terapeuta, el psicólogo y el médico cuidando que esa integración terapéutica se ocupe de beneficiar al adulto mayor en recuperación. Antes de solicitar un programa de ejercicio el médico debe valorar el estado cardiopulmonar, también el estado metabólico, nervioso, musculoesquelético que incluya la valoración de la fuerza muscular, la amplitud de movimientos en las articulaciones afectadas. Al

mismo tiempo el psicólogo debe valorar el estado cognitivo, y el estado emocional. La rehabilitación física deberá incluir:

- a) Ejercicios de amplitud de movimiento.
- b) Ejercicios para mantener la amplitud de movimiento.
- c) Ejercicios para aumentar la amplitud de movimiento.
- d) Ejercicios para aumentar la fuerza muscular.
- e) Ejercicios para tener mayor coordinación.
- f) Ejercicios de acondicionamiento general.
- g) Ejercicios de deambulación.
- h) Ejercicios de elevación.
- i) Entrenamiento para la marcha.

Es muy importante la rehabilitación psicológica que ayuda al sujeto a aumentar su autoestima, superar la depresión ayudándolo en el manejo de duelos, incluyendo la pérdida de actividades que ya no se podrán hacer y así integrarlo a una mejor calidad de vida tanto familiar como social.

4.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

El campo que mira el viejo pierde siempre su interés y reduce horizontes. La calidad y cantidad de estas reducciones dan la verdadera edad psicológica del viejo, lo mismo que su estado de salud o enfermedad. Todo el caudal de inquietudes de los tiempos de juventud y de la amplia madurez, se ven mermados para la mayoría de los adultos mayores. Es muy frecuente que al principio de esta vivencia el viejo se llene de perplejidad. Conforme el tiempo pasa, para muchos de ellos, comienza una cierta adaptación, un lento habituarse al vivir menguado, y del azoro inicial se pasa gradualmente a cierta indiferencia progresiva. Cuando se trata de un envejecer sano el tiempo psíquico es tranquilo y ancho, pudiendo aprovecharse ese vivir de una manera más apacible si, pero también meditabunda, profundamente reflexiva de sabiduría y consejo que lleve al trabajo

creador, como sería el caso Sócrates, como nos cuenta Platón. Sin embargo, esta vejez es poco frecuente en los tiempos que corren. Es casi una utopía que ha roto el remoto arquetipo de que habla Jung y que todos buscamos del viejo sabio.

Requiere para darse del todo, de tres elementos esenciales que se adquieren en una cultura preventiva: *personalidad madura, salud y status moral – social* adecuados.

4.2.1. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

La depresión y la angustia extrema son las causas más comunes de suicidio. Aunque los datos disponibles indican que la tasa de suicidio correspondiente a individuos de 18-24 años aumentó de modo significativo entre 1980 y 1990, las cifras más altas en E.U., corresponden a las personas de 65 años o más. Las diferencias son más notables en los varones de raza blanca. El suicidio es casi un 25% más común entre los varones blancos de 65-74 años, en comparación de los de 18-24 años. Además, las diferentes cohortes de individuos de edad parecen tener tasas de suicidio distintas durante la vejez, al igual que en otras fases de la vida (Cohen, 1998).

Intentos que culminaron en suicidio en función de la edad y sexo
(E.U. 1989 – 1990)

Edad (años)	Varones (%)	Mujeres (%)
5-14	0.6	0.2
15-24	20.2	4.3
25-34	25.0	7.1
35-44	22.5	8.5
45-54	22.5	9.4
55-64	24.5	8.4
65-74	30.4	6.5
75-84	43.3	5.5
≥ 85	50.6	5.5

Algunos datos sugieren que los viejos no solicitan ayuda, ni responden al ofrecimiento de ayuda diseñada para prevenir el suicidio, igual que los pacientes más jóvenes además, los viejos hacen menos intentos suicidas y "tienen éxito" con mayor frecuencia.

La influencia de problemas cognitivos, afectivos y del comportamiento sobre el curso de la salud general en épocas avanzadas de la vida es un tema de salud pública con proporciones enormes. Considérese la situación por ejemplo; un viejo frágil que toma múltiples fármacos por varios achaques físicos; si se añade una depresión o una psicosis, la capacidad del individuo para pensar con claridad suficiente y manejar dichos medicamentos puede afectarse tanto que se produzcan consecuencias potencialmente serias sobre el estado de salud general.

Las preocupaciones del clínico y del psicólogo sobre los aspectos de sanidad mental de la enfermedad física pueden orientarse de diversas formas:

- Impacto del estrés psicológico sobre la salud física.
- Efecto del trastorno físico sobre la anomalía psiquiátrica.
- Interrelación entre trastornos físicos y mentales coexistentes.
- Impacto de los factores psicosociales sobre el curso clínico de problemas de salud física.

El control óptimo de los síntomas del paciente suele incluir la determinación de sus causas.

Para poder instaurar la terapia adecuada debe presentarse especial atención a evitar que se le de al paciente dosis excesivas de fármacos a veces administrados de forma inadvertida. Esto se refiere a medicamentos que se administran en un horario establecido, donde se debe de tener cuidado en que el

paciente ingiera el medicamento en el momento mismo en que se lo están proporcionando, puesto que es frecuente que estos no sean tragados y si sean guardados y acumulados. Cuando el paciente junta varios podría tomárselos con el último medicamento administrado y el efecto se potencializará con un alto riesgo de muerte.

Factores de Riesgo de Suicidio:

- Edad, 55 años o más.
- Sexo, masculino mayoritariamente.
- Presencia de enfermedad física o mental dolorosa e incapacitante.
- Vivir solo.
- Historia de intentos de suicidio previos.
- Historia familiar de suicidio.
- Historia de abuso de alcohol o drogas.
- Depresión, especialmente asociada a agitación, ira, culpabilidad excesiva, autorreproche e insomnio.
- Deudas, o reducción severa en los ingresos económicos.
- Viudez.
- Preocupaciones y conversaciones relacionadas con el suicidio.
- Planes bien definidos para suicidarse.
- Persistencia del humor bajo hacia el final de la enfermedad depresiva, aunque se haya recuperado la energía del pensamiento. Regalar pertenencias personales significativas.

Además de actos suicidas directos o francos, en el viejo existen formas indirectas encubiertas de comportamiento suicida. Esto puede dificultar la evaluación del potencial suicida. Cada vez se acepta más la influencia del estado de salud mental sobre el curso general de la salud y la enfermedad física. Muchos de los viejos que viven en la comunidad tienen el mismo grado de incapacidad

física que los que viven alojados en residencias. Está claro que la disponibilidad de familiares o de otros tipos de soporte social actúan en su favor. Sin embargo, muchas veces se pasa por alto, o no se aprecia debidamente el papel de un trastorno psiquiátrico concomitante, que pueden destruir la capacidad del individuo para mantener su independencia.

Otros autores acentúan los motivos sociales y económicos, es decir, las fuerzas externas con que el individuo debe enfrentarse; más que al propio individuo. Durkheim (1974), distingue tres tipos de suicidio:

El primero, el egoísta, es decir, el del individuo que se mata porque no está suficientemente integrado en la sociedad.

El segundo caso, el altruista o del individuo superintegrado en la sociedad, como es el del soldado que se sacrifica en la batalla, y, finalmente:

El suicidio anómico en el que la integración del individuo en la sociedad se despedaza bruscamente como es el caso de una depresión económica.

Uno de los medios de suicidio más modernos y probablemente más difundido de lo que se cree, está representado por el automóvil y nos referimos aquí sólo a la posibilidad de que algunos accidentes mortales, atribuidos a desmayo o somnolencia, sean, por el contrario, el punto de una deliberada voluntad de morir (aunque aquí el suicida, además de lograr el descanso eterno, deja una cantidad de dinero a la hija sola, que por lo general lo cuida y ésta cobra el seguro de vida, lo que nos viene a mostrar que **el viejo quiere seguir siendo útil aún en la muerte**). La conducción en estado de embriaguez o a velocidad irreflexiva son índices de algunos casos latentes hacia el suicidio que, desgraciadamente se hace realidad con frecuencia.

La profilaxis del suicidio, no es tarea exclusiva de los trabajadores de la salud y para ser verdaderamente eficaz, requiere de la ayuda de toda la población y, naturalmente del Estado. En muchos países han surgido centros para la prevención del suicidio y llevan a cabo esta actividad de varias maneras: la más conocida es la del socorro telefónico, Biblias en los hoteles con teléfonos de emergencia etc. Inudablemente estas instituciones son útiles y deben ser estimuladas, a tal punto que la práctica que se adquiere en ellas debía ser parte de la formación del psicólogo en cada una de las áreas de la carrera.

Una opción psicoterapéutica nos la ofrece, en su tesis de maestría, Esquivel Ancona (1993) el proponer la psicoterapia breve desarrollada por Bellak y Smail, en personas de la tercera edad.

4.2.2. LA AMISTAD

Cuando Cicerón (1978), escribió "Los oficios o los deberes de la vejez" en especial en el tema de la **amistad** menciona:

- V. Cuanta mayor sea la fuerza de la amistad, no puede hallarse sino entre los buenos, quienes merecen este título.
- VI. La excelencia de la amistad como valor.
- VII. Las ventajas de traer consigo la amistad.
- VIII. El origen de la amistad.
- IX. La amistad toma su origen de la naturaleza, y no de la necesidad.
- X. La amistad está expuesta a muchos peligros.
- XI. Qué pueden pedirse y concederse los amigos.
- XII. Se ha de romper con los amigos si pecan contra la patria.
- XIII. No se han de admitir ciertas opiniones extrañas acerca de la amistad.
- XIV. Todas las amistades nacen de la semejanza de costumbres.

-
- XV. No hay bien más apreciable que la amistad; la fortuna de muchos la excluye a veces.
- XVI. Los límites de la amistad.
- XVII. Señales para conocer los que son buenos para hacer amigos, qué cosas se oponen a las amistades o las rompen.
- XVIII. Fundamentos de la constancia de la amistad.
- XIX. Qué lugar deben tener los amigos antiguos, la amistad excluye toda distinción entre ellos.
- XX. Varios preceptos de la vejez.
- XXI. Ha de obrarse con dignidad en romper las amistades, que sea la amistad natural.
- XXII. No es razón buscar en los amigos cualidades que no tenga el que las busca – condiciones de la amistad verdadera.
- XXIII. Todo el mundo conviene en las ventajas de la amistad.
- XXIV. Entre amigos se ha de decir y se ha de dar oído a la verdad.
- XXV. No hay cosa más perjudicial en la amistad que la adulación.
- XXVI. Precauciones para con los aduladores: varias especies de adulación.
- XXVII. La virtud concilia y mantiene las amistades.

Probablemente nadie valoró a Cicerón, puesto que en esa época, la vejez no era muy del agrado de los griegos, como nos lo refiere Minois (1987). Pero cuánta razón le otorga Skinner (1986), cuando ésta se valora en carne propia, y para muestra este relato vivido textual: "Con frecuencia los viejos son unos *pelmas* En primer lugar, hablan demasiado de los viejos tiempos. Cuando el anciano y la gente a la que hablaba eran jóvenes, aquellos eran los nuevos tiempos, y hablar acerca de ellos suponía hablar de acontecimientos actuales. Ahora, aquello de lo que hablan los viejos les parece a sus jóvenes oyentes historia antigua. A menos que sea usted un narrador excepcional, sus jóvenes amigos no encontrarán la historia tan interesante como le parece a usted. Tal vez debería establecer un

tiempo límite para sus relatos. A menos que se lo soliciten, no hable de experiencias personales que hayan tenido lugar hace más de una década.

Los viejos también resultan tediosos porque comparten pocos intereses con la gente a la que ven con mayor frecuencia. Cuando eran jóvenes, eligieron a la mayoría de sus amigos debido a experiencias e intereses comunes. Pertenecían a organizaciones relacionadas con sus intereses especiales. Pero pierden la mayor parte de tales oportunidades de compartir intereses cuando se jubilan y viven con sus hijos o en residencias para ancianos, o en un clima más cálido donde quienes eligen a sus vecinos son los agentes de la propiedad inmobiliaria. **Una solución consiste en buscar personas con las que sea posible hablar del temas mutuamente interesantes...**

En otros momentos, la distracción puede ser valiosa. A menudo pensamos mejorar en compañía de otras personas, las cuales nos aportan de nuestros temas favoritos. En una discusión acalorada decimos cosas que no se nos hubieran ocurrido de encontramos solos. **Los viejos tienen una desventaja especial, y es que con frecuencia carecen de compañeros con intereses parecidos. Los maestros jubilados ya no hablan con los estudiantes, los científicos retirados ya no comentan su trabajo con los colegas, los hombres de negocios retirados ya no hablan con sus asociados**".

Skinner, también nos hace ver que la debilidad más peligrosa de los viejos que han sido amistosos es olvidar que ya no lo son: hacemos lo que aprendimos a hacer y de la misma manera que nuestra capacidad de ver y oír, de movernos con rapidez y la habilidad de pensar claramente puede haber disminuido como también puede haberse deteriorado nuestra capacidad para relacionarnos con el prójimo. Sin embargo, debemos preguntarnos si el cambio está en el mundo en que vivimos o en nosotros mismos. Parte del cambio puede radicar en si lo que se

habla no es de el interés de los que le rodean o en que las personas de edad avanzada, en su mayoría se interesan por menos cosas porque creen que su mundo se ha empequeñecido. Otra cosa que sucede es que como en la vejez se olvidan las cosas con más rapidez lo que se creyó o pensó como temas de conversación se olvida cuando se tiene la oportunidad de mencionarlo. Skinner nos sugiere sustituir la memoria por una pequeña libreta de notas en el bolsillo, que se puede usar, por ejemplo, con amigos con los que se mantenga correspondencia. Nos enfatiza que por supervivencia elemental es conveniente darse cuenta que cuando el viejo se retira gradualmente del papel de persona activa, es probable que sienta cada vez más la tentación de decir a otros lo que deban hacer y cómo han de hacerlo. Los consejos no deseados o no pedidos no suelen ser bien recibidos y pocas veces hacen de quien los imparte un compañero o amigo más valorado.

Skinner nos dice que no bastará con decidir ser más amistoso, que la solución estriba en convertirse en una persona más agradable o encontrar amigos que conociéndolo lo acepten tal como es. En todo caso, se tenga la edad que se tenga, se pueden aprender nuevas habilidades sociales y nos sentiremos mejor si logramos encontrar nuevas maneras de mantenernos en contacto con el mundo o ser capaces de adaptarnos a un mundo que nos resulte menos perturbador.

AMISTAD (Gómez Silva, 1998).

Afecto desinteresado y recíproco apego mutuo (amistoso, inspirado por la amistad), Latín medieval AMICITATEM, acusativo de AMICITAS (radical AMICITAT) "amistad" del latín amicus, amigo.

AMIGO (Diccionario Bíblico 2002)

Latín amicus. La amistad es el cariño o afecto entre personas. Con el amigo se puede establecer lazos tan fuertes, que se pueden aruinar o

ser más poderosos que los familiares.

- Las personas de confianza del soberano recibían el título de amigos.
- Como herencia de la corte persa existían los amigos, a los cuales el monarca encargaba las funciones públicas.
- Amigos era, como actualmente una fórmula de cortesía o la manera corriente para dirigirse a otros.
- “Amigos míos” llama Cristo a sus discípulos (Lucas 12-4).

Y como podrá observarse, todo lo anterior cabe por completo en lo que describió Cicerón.

Fromm (1984), agregaría: “amar a los de nuestra propia carne y sangre no es hazaña alguna. El amor solo comienza a desarrollarse cuando amamos a quienes no necesitamos para nuestros fines personales” **¡eso es amistad!**

“Tener un amigo – es un regalo divino”

Bhagavad-Gita

4.2.3. VIUDEZ

Viudez: Condición de viudo (a).

Viuda: Mujer cuyo marido ha muerto y que no se ha vuelto a casar (viudo, hombre cuya esposa ha muerto y que no se ha vuelto a casar): Lat. Viuda “viuda” (por metátesis), del indoeuropeo Weidh- separar, dividir” (Gómez Silva, 1998).

Cualquier pérdida durante la senectud es capaz de provocar un proceso intrapsíquico, el que, si es normal, tiene una finalidad adaptativa y recibe el nombre de duelo.

Para Spikes (1990), la psicología de la pérdida es prácticamente idéntica a la psicología de la muerte, en ambas se tiene que integrar en la experiencia consciente la idea de la pérdida del objeto y de sí mismo, respectivamente. La capacidad para elaborar cualquiera de éstas pérdidas implica la advertencia consciente de una pérdida, sucedida o anticipada, y la descarga simultánea de un afecto doloroso en el que se combinan diferentes emociones como la tristeza y la ira. Posteriormente a esta descarga se produce una sensación de alivio, y finalmente el sujeto desvía su atención hacia otros asuntos, y que éstos fenómenos son comunes a las personas que están en proceso de morir, las que han sufrido una pérdida y las que anticipan la pérdida de un ser querido. No se presentan si prevalece el mecanismo de la negación; es cuando se evita la advertencia de la pérdida y se puede entrar en estados de depresión, regresión, ansiedad, retraimiento. Así mismo nos señala y subraya las similitudes entre el proceso del duelo (negación-depresión-readaptación) y el proceso de morir (negación-ira-regateo-depresión-aceptación); estas semejanzas le permitieron postular que el sentido psicológico de ambos procesos es similar.

Mishara y Riedel (1984), enumeraron siete categorías del proceso de duelo, tomando como prototipo la pérdida del cónyuge.

- 1) Al enterarse de la pérdida, el individuo empieza por negarla o rechazarla.
- 2) Una vez aceptada la pérdida, el sujeto experimenta un sentimiento desagradable semejante al miedo o a la angustia ante la perspectiva del porvenir sin la presencia del objeto perdido.
- 3) Aparece el deseo de volver a ver a la persona desaparecida y se recuerdan hechos del pasado referentes al difunto.
- 4) Se expresa cólera y se manifiestan sentimientos de culpa.
- 5) Se presenta además, el sentimiento de haber perdido algo de sí mismo o de haber sido mutilado.

- 6) Se describen también pensamientos de identificación con el objeto desaparecido, como la adopción de actitudes y conductas que el difunto tenía en actividades que el sobreviviente se siente forzado a llevar a cabo.
- 7) Puede haber variantes en el proceso del duelo, tales como una reacción excesiva o muy prolongada; o bien respuestas inhibidas o sólo expresadas de manera indirecta. Puede decirse que la duración y la expresión del duelo varían en forma importante de acuerdo con los individuos y la cultura, así mismo que enviudar a una edad avanzada, después de una relación muy prolongada, lleva en sí mismo algo irreparable.

Que así mismo, es posible describir tres grados de expresión del dolor de un duelo. En el primer período, que dura una o dos semanas, el dolor es intenso y persiste todo el tiempo.

En el segundo período, de alrededor de un mes, el dolor es todavía intenso y los momentos de sufrimiento son más frecuentes que los de calma.

En el tercer período, que dura aproximadamente un año, el dolor es intenso y frecuente, pero va menguando. Werwderdt (1976), nos refiere que en el primer año de la viudez, la prevalencia de riesgo de suicidio es muy alta y que puede este durar hasta cinco años.

Krassoievitch (1993), nos informa, que las personas que por motivos de su personalidad o por presiones del entorno se hallan imposibilitados para expresar su sufrimiento, tienen mayores dificultades para atravesar el proceso del duelo.

Que la edad es un factor que influye en la intensidad y la duración del duelo; con ancianos, por haber estado en contacto con la muerte, pueden sobrellevarlo mejor que los jóvenes. Así lo subraya Strejilevich (1986), quien ha encontrado que las personas de más de 80 años toleran mejor la pérdida que la gente más joven.

Además las mujeres parecen adaptarse mejor que los hombres a la pérdida del cónyuge, en parte porque enviudan a edades más tempranas pero seguramente también porque han tenido experiencias previas que son anticipatorias de su propia viudez, como la muerte del padre, de hombres casados en el círculo de amigos y el alejamiento de sus hijos.

Que una relación intensa y prolongada, o una relación de dependencia económica, física o social con el difunto influye negativamente en el proceso del duelo. Que cuando prevalecen rasgos de carácter de autonomía y de equilibrio emocional el duelo es mejor tolerado. La reserva en la expresión del dolor no es necesariamente un signo de equilibrio psicológico; la expresión muy aparatosa, por otra parte, puede ser la manifestación del desamparo de una persona muy dependiente.

Que cuando la muerte se ha producido de manera repentina o imprevista, la reacción inicial de duelo es muy intensa. En cambio, si tiene lugar después de una enfermedad prolongada, puede ser vívida con una sensación de alivio.

La religión es apoyo de los familiares y amigos o la presencia de una persona que asume el papel de confidente suele servir de ayuda valiosa para quien atraviesa un duelo. Por el contrario, cuando el doliente se encuentre enfermo y en condiciones económicas difíciles o vive en un lugar donde se siente inseguro o amenazado, el proceso de duelo es más trabajoso. Un factor importante que se debe tomar en cuenta, es que la situación misma de los ancianos impide o limita las posibilidades e iniciar, después de la pérdida, nuevas actividades laborales, sociales o de otro tipo.

4.2.4. ESTRÉS EN EL PACIENTE MORIBUNDO

La muerte no es una “enfermedad” que requiera intervención médica, por lo que la atención de los pacientes moribundos se confía a menudo a profesionales que se centran en los cuidados fisiológicos de personas que en realidad requieren un tipo de atención más espiritual. La muerte es el final de la vida humana, y su significado tanto para el paciente como para otras personas es distinto al de otras experiencias. En general, la búsqueda y el hallazgo de un significado para esta experiencia es más importante que adherirse a las normas médicas rutinarias y corregir las alteraciones fisiológicas del paciente. Frente al enfermo moribundo, el médico y el psicólogo tienen al menos dos responsabilidades:

- a) Permitir que el paciente y su familia mantengan el control, siempre que sea posible.
- b) Ofrecer una prevención y un alivio óptimo de los síntomas del enfermo.

Las opiniones de los individuos respecto de lo que consideran importante para ellos son muy diversas, en especial en relación con la muerte. Mientras que algunos encuentran consuelo espiritual, soportando el dolor y la desfiguración, otros consideran que estas experiencias son incluso peores que la muerte. Así mismo, algunos hallan un momento y un modo apropiados para terminar su vida, en tanto que otros nunca llegan a comprender la naturaleza mortal de la vida humana. En consecuencia, para planificar la atención de estos pacientes es prioritario conocer sus valores y preferencias personales.

El objetivo de la atención del paciente moribundo debe basarse en alcanzar el mejor futuro posible para él desde su propia perspectiva personal. Esto implica que el enfermo que teme a la demencia más que a la propia muerte debe ser tratado de modo distinto a otros que aprecian en sumo grado cualquier momento de su vida sin tener en cuenta su calidad. También es importante conocer las ley

locales y la política institucional acerca de las voluntades del paciente, los poderes permanentes del abogado, y las órdenes para la no reanimación o la hospitalización, de modo que puedan seguirse los deseos del enfermo cuando éste no sea ya capaz de orientar acerca de la atención que desea recibir.

Carrol y Lynn (1998), nos enfatizan que: el objetivo de la atención médica varía según los diferentes contextos e incluye aspectos como:

- a. Prevención.
- b. Curación.
- c. Rehabilitación.
- d. Tratamiento de sostén.

En los pacientes moribundos a veces el único objetivo práctico es el tratamiento de sostén. Sin embargo, afirmar que la atención en un paciente ha pasado de la curación al cuidado, o bien de tratar de paliar, es en realidad una simplificación exclusiva de una situación bastante más compleja. Los moribundos se benefician también a menudo de los tratamientos curativos, rehabilitadores y preventivos, del mismo modo que las personas cuya muerte no está aún próxima se benefician de tratamientos de sostén como el sintomático y la intervención psicológica.

Poner la etiqueta de "moribundo" a un individuo concreto puede considerarse algo arrogante, pues, de hecho, todo el mundo se está muriendo o algún día morirá. Es escasa la distinción moral entre quienes supuestamente morirán pronto y aquellos que quizá vivan por más tiempo, con independencia de si un paciente se halla próximo o no a la muerte, todas las intervenciones médicas y psicológicas importantes exigen una toma de decisiones muy meticulosa. El acceso a la atención de la salud no debe limitarse a los individuos cuya muerte sea inminente.

Sin embargo, algunos síntomas son más frecuentes cuando se acerca la muerte y, en estos casos, el tratamiento ha de ajustarse según el tiempo de vida que queda al enfermo, que por cierto ningún médico o psicólogo puede predecir.

Tanto el distrés físico como mental son comunes en la fase terminal de muchas enfermedades. Su alivio permite mejorar la calidad de vida que le queda al paciente y le permite esforzarse en vivir del modo mejor posible, así como centrarse en los aspectos exclusivos y propios de la muerte inminente, los pacientes necesitan un tratamiento sintomático para sentirse mejor, así como ser tranquilizados respecto a los temores frecuentes de que su sufrimiento será prolongado y nadie se ocupará de su cuidado. En los pacientes moribundos, el papel del médico y la ayuda del psicólogo van mucho más lejos del mero diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El equipo de salud (médico-psicólogo) que atiende al moribundo, debe tener en mente que el moribundo puede manifestar:

1. Dolor.
2. Disnea.
3. Anorexia.
4. Náuseas y vómito.
5. Estreñimiento-diarrea.
6. Confusión.
7. Depresión.
8. Estrés.

Y que de éste último, la proximidad de la muerte constituye que el mismo se incrementa cuando sobreviene la enfermedad de forma inesperada o existen conflictos interpersonales que alejan al paciente y a la familia de compartir sus últimos momentos juntos. Esta última situación puede producir un excesivo sentimiento de culpa o de incapacidad, de aflicción, impotencia entre las personas

que sobreviven al paciente, lo cual les ocasiona una gran angustia. Las situaciones de estrés de los pacientes moribundos y de sus familiares sueñen tratarse bien mediante empatía, compasión, información, consejo e incluso con unas sesiones cortas de psicoterapia de apoyo. Los tranquilizantes deben administrarse sólo cuando sean necesarios y durante períodos breves (Pridmore, 2004).

Cuando en un matrimonio fallece el cónyuge dominante o especializado en ciertos temas, el superviviente se siente a veces abrumado ante las tareas de la casa y asuntos como la toma de decisiones en aspectos legales y económicos. En una pareja de viejos, a veces la muerte de uno de ellos revela la existencia en el otro de trastornos cognitivos previamente compensados por el cónyuge fallecido. En estos casos el estrés es incluso mayor si el viejo no encuentra apoyo en los amigos o en otros miembros de la familia. Evidentemente el equipo (medico-psicólogo) deben aprender a identificar estas situaciones de alto riesgo con el objeto de movilizar los recursos necesarios para evitar el sufrimiento y la disfunción de los pacientes.

Nadie se siente cómodo al trabajar con moribundos, pero el que ha efectuado esta elección a menudo se siente recompensado al poder ayudar a los pacientes y sus familiares. Al parecer, las enfermeras que trabajan en un hospital para enfermos terminales no sienten el mismo grado de desazón que se observa a menudo en otros lugares como la sala de enfermos oncológicos o la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, existe el riesgo de que los profesionales se impliquen tanto con el paciente y su familia que lleguen a sentir la misma aflicción que éstos. Esta situación supone un grado de estrés que puede disminuirse mediante reuniones periódicas de un grupo de apoyo del personal para compartir las respuestas mostradas por el personal ante los pacientes moribundos y sus familiares. Los médicos y otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales,

tanatólogos, etc.), que trabajan en ambientes similares pueden también requerir la ayuda de grupos parecidos y de otros recursos terapéuticos (Kübler Ross, 1975).

Durante el cuidado de individuos viejos, los temas legales y éticos se plantean con asiduidad, originando dificultades especiales. Los problemas más comunes incluyen la evaluación de la capacidad de decisión, la determinación del grado de opciones terapéuticas, el desarrollo de instrucciones previas y la previsión de la muerte. Además, los dilemas éticos están influidos por preocupaciones relacionadas con la asignación de los recursos y el control de costos.

4.2.5. MIEDO A LA MUERTE

La muerte si bien es la conclusión lógica de la vida, no lo es para los viejos, no obstante es innegable que cuanto más se vive, se pueda contemplar a esta con mas realismo. Si bien es cierto algunas culturas celebran y afirman a ésta, puesto que la consideran como una parte de la experiencia humana; en nuestra cultura se tiende a negarla burlándose, riéndose de ella o bien a rodearla de un lado patético, por lo tanto lo peor que le puede suceder al ser humano es el morir.

Según Comfort (1964), en la última etapa de la vida es frecuente que los viejos se sientan preocupados por la agonía y la muerte. Así mismo la "proximidad a la muerte" suscita en ellos, una increíble estima por la vida, así como el enojo por aquellas personas que malgastan su tiempo y experiencia, sin pensar en que a su tiempo envejecerán.

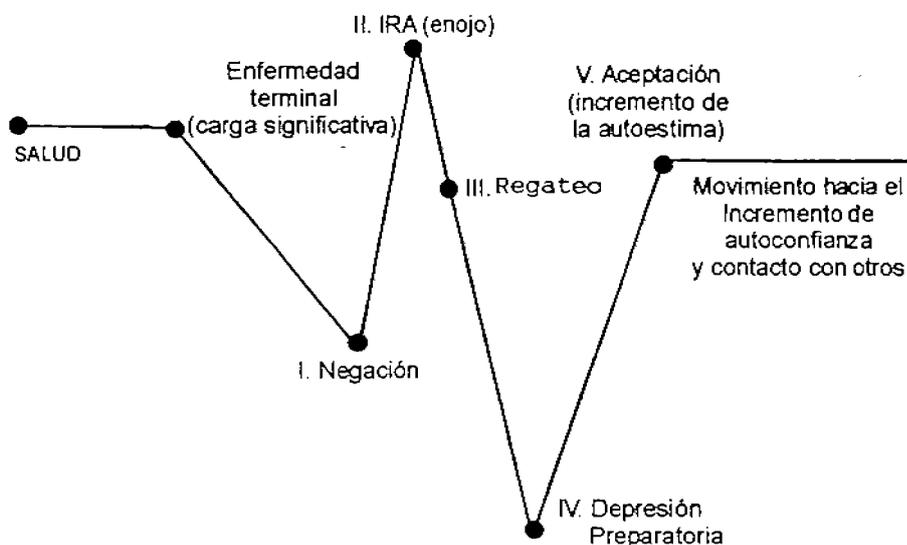
Tournier (1973), nos explica que hay un temor generalizado a hablar sobre la muerte. Esta, es tabú y precisamente es lo que más perturba en la vejez. Y que por lo tanto hay que saber mas de esta, que tanto la religión como diversas filosofías responden a esta inquietud, sobre todo refiriéndose al más allá de la vida, a la trascendencia de la vida, a un más allá de la muerte. A menudo se habla

de la vejez como una escuela del desprendimiento que nos prepara para la muerte.

Por lo tanto las actitudes del viejo ante la muerte, son en consecuencia, muy complejas, ya que por un lado dependen de la personalidad del sujeto, de su estilo de vida, y por otro están muy influenciadas por el contexto sociocultural que estén viviendo donde especialmente la religión, al posibilitar la creencia en otra vida o reencarnación, suele jugar un papel muy importante, ya que estructura y da significado a un fenómeno natural de la vida y que por lo general lo conflictúa.

Se ha demostrado también que la "proximidad" del morir produce poco miedo en algunos viejos, mientras que entre los jóvenes, para quienes el futuro está poco visualizado y se tiene aún mucha vida por delante y aunque hablen de ésta, tienen miedo a morir sin haber vivido...

El proceso emocional del morir, ha sido abordado por Kubler-Ross (1975), en sus teorías. La respuesta inicial del paciente moribundo, es un estado de shock psicológico, que gradualmente se va reemplazando por un proceso de negación (no me voy a morir aún), posteriormente aparece el enojo, la ira (¿Por qué a mí?), seguida de una fase muy corta de regateo, en la que la persona cree poder controlar y encontrar alguna solución para retrasar lo inevitable (¡algo se dará y mejoraré!) a continuación se produce una etapa depresiva, que inhibe las funciones inmunológicas y por lo tanto presenta fatiga y se siente y está cada vez más débil y en los casos favorables, cuando se logra vencer la angustia ante la muerte, se llega al último estado del proceso del morir: la aceptación. Esta autora considera que todo sujeto debe ser ayudado a superar las diversas etapas (tema fundamental que todo tanatólogo debe de conocer).



La mayoría de los viejos, con o sin depresión no hablan mucho de la muerte, pero actualmente se observa que algunos han tomado la decisión de enfrentar sus miedos y recurren a ser escuchados. Entonces, la muerte constituye un tema frecuente de conversación. El mayor temor se refiere a la posibilidad de ser abandonado cuando se acerque el momento de morir, de tal modo que el trato con ellos debe ser continuo, ya que para ellos es de mucha importancia. Dar una presencia discreta, muchas veces silenciosa (escucharlo y apoyarlo) colaborar en la satisfacción de sus necesidades más importantes o aun en lo que serían simplezas para otros pero que son asuntos significativos para ellos. Si esta presencia que les damos es además respetuosa y afectiva puede ayudar mucho (si ellos lo permiten, muchas veces se sienten apoyados con el sutil gesto de tomarles las manos, cuando están exponiendo algo difícil). Darse cuenta que se le está acompañando en esta situación identificada pero poco conocida.

El brindarles compañía les resalta su valor, su dignidad y su merecimiento de afecto para lograr con aceptación el final de un ciclo vital.

Weisman y Kastembaun (1992), utilizaron un procedimiento llamado "Autopsia Psicológica" que implicó una plática interdisciplinaria en la que se presenta y discute la información obtenida de pacientes recientemente fallecidos, con el objeto de estudiar el contexto psicosocial en que se ha producido la muerte. Llegaron a la conclusión de que muchos moribundos no pasaron por la serie de etapas descritas por Elizabeth Kubler Ross, sino que adoptaron una conducta que persistió hasta la muerte. La mayoría de sujetos se aislaron de la vida y decidieron permanecer inactivos hasta el fin (una especie de suicidio emocional).

Otro grupo en cambio reaccionó vigorosamente, como si desearan aprovechar hasta el último instante su existencia, disfrutando lo que fuera que les quedara de vida, continuando activos en lo posible, aunque esto en algunos casos se dió a nivel intelectual y lograron incluso emprender nuevas actividades como lo ejemplifica Ursula Lehr (1980), quien además nos enfatiza la importancia de la actitud de quienes acompañan al moribundo incluyendo al psicólogo o tanatólogo que lo asistan.

Lehr también nos menciona que todos los que atienden a sujetos en fase terminal coinciden en que estos tienen necesidades urgentes como:

- Controlar el dolor (la hipnosis y la acupuntura pueden ayudar).
- Mantener la dignidad y calidad de vida en lo posible.
- Sentimiento de valor propio
- Necesidad de amor y afecto expresados.
- Necesidad de apoyo incondicional.
- Compañía en el momento final.

Sí el cuidador, enfermeras, médico, psicólogo y personal a cargo, saben proporcionar el apoyo y los cuidados suficientes al moribundo, este solicitará con

menos frecuencia cualquier forma de eutanasia. Es mejor una relación profesional de empatía en lugar de un paternalismo directivo. Esto hará más fácil que el moribundo pueda elaborar su muerte.

4.2.6. MIEDO A VIVIR

Todo incremento de edad, exige adaptarse a una nueva situación de vida y como tal supone problemas, demanda cierto grado de ajuste y reorientación; pide abandonar modos anteriores de comportamiento, obligaciones y asumir nuevos roles y deberes, nuevas tareas, nuevos derechos, nuevos retos. Se vivencia a menudo tal reajuste como una situación de sobrecarga. La consideración del desarrollo humano desde el punto de vista de las situaciones de sobrecarga, problemáticas y conflictivas tienen por lo general su origen en conflictos inconscientes de la primera infancia, que al no ser superados se manifiestan en el futuro en forma destructiva.

La actitud de los viejos tiene por lo general gran correspondencia con las expectativas que la sociedad en que vive, tiene hacia ellos. Por lo tanto ésta espera que el viejo no tenga intereses, sufra un deterioro a todos los niveles y que nada más permanezca estático, esperando la muerte (que "no dé lata").

Es cierto que la sociedad en la que vivimos, exige a los niños que vivan a la altura de sus expectativas, pero a los viejos se les exige que vivan por debajo de éstas. Si a una persona en el proceso del envejecimiento se le ha enseñado que los sujetos al envejecer no piensan bien, que se demencian, que sufren de múltiples enfermedades y no pueden disfrutar la vida, por lo tanto se convierten en víctimas de sus propias expectativas (Gamietera, 1985), el resultado será una profecía autocumplida.

Los viejos de nuestra sociedad, responden sensiblemente a los signos del envejecer, con lo cual relacionan cualquier declinación funcional como

enfermedad, y la consideran como una amenaza esperada. Consideran que el envejecer es como una fuente de inseguridad en la sociedad actual. Las necesidades receptoras de dependencia sirven como manifestación de amor, más que de ser protegido, o bien al creerse amado, se acrecienta el sentimiento de seguridad y de paso se realiza la autoestima.

Quien envejece, consciente de la decadencia de sus propias capacidades de vuelve hipersensible con respecto a la realización de sus necesidades sociales tales como su status, prestigio, reconocimiento. Y esto crea una paradoja, puesto que cuando el sujeto envejece éste quiere que se le trate como si no tuviese ninguna limitación y cuando se les presta ayuda, se enojan.

Benedek (1978), al referirse a la regresión dentro de la estructura de la personalidad de los sujetos en su envejecer dice que a menudo se manifiestan paranoicamente en cuanto a su entorno y así reporta que con el agotamiento decae su energía vital, y su equipo emocional se debilita por lo tanto, su receptividad disminuye a pesar de la abundancia de la información del mundo actual y por lo tanto al no poder manejar dicha información su funcionamiento mental se ve disminuido.

Entre los factores más relevantes que afectan al viejo, esta la jubilación que transforma en vida ociosa, todas las horas que antes ocupaba en su trabajo. Así mismo la jubilación trae como consecuencia el cese de toda posibilidad de autorrealización y de seguridad ante sí mismo que se manifiesta en miedo ante sus familiares o empleados a quienes antes él ordenaba y guiaba y ahora no.

El cese de responsabilidades produce una sensación de vacío. Dentro de la familia habrá conflictos familiares y éste tal vez se sienta un estorbo y menospreciado, más aún si tiene que depender de los hijos, se sentirá como una

carga... puede que recurra a contar sus experiencias de vida a toda la familia, pero ya nadie lo escucha y al ir perdiendo el contacto familiar, éste se retraerá en su cuarto y se le irá relegando más a la anomia familiar y social (Lehr, 1980).

Por tanto, es de vital importancia que todo ser humano en su proceso de envejecer cambie sus patrones de vida. En la jerga gerontológica se escucha "a los cuarenta se cuidan los ochenta", por lo tanto, hay que practicar deportes, conservar la salud, tanto física como mental, mantener el interés por la vida practicando actividades variadas y de ser posible, conseguir la tan deseada seguridad e independencia económica, siempre pensando que no es este el único fin y que ésta se logrará poco a poco; teniendo una actitud proactiva y propositiva mediante un proyecto de vida (Pyke, 1990).

4.2.7. AMOR A LA VIDA

"Déjenme ver la luz", se cuenta que éstas fueron las palabras que dirigió el poeta italiano Guicamo Leopardi a los que lo atendían justo antes de morir. Reflejan el profundo apego del hombre a la vida, representada por la luz.

Apego a la vida es un valioso impulso que mueve a la mayoría de la gente a evitar peligros y a hacer cuanto pueda para seguir viviendo.

¿Para qué clase de vida no merecerá verdaderamente la pena vivir y amar? No es la mera existencia fisiológica: solo respirar y moverse, tampoco hallamos plena satisfacción sin procuramos disfrutar de la vida al máximo; la filosofía epicúrea, "comamos y bebamos porque mañana hemos de morir", no ha traído felicidad a las personas en general. El hombre tiene algunas necesidades materiales fundamentales, pero, también intereses culturales y sociales, además de las necesidades espirituales (relacionadas con la fe en un Ser Supremo), lo triste es que centenas de millones, o quizás miles de millones de personas,

Triste es que centenas de millones, o quizás miles de millones de personas,

justo lo necesario para subsistir debido a las miserables condiciones sociales y ambientales de muchas regiones de la tierra. Quienes se limitan principalmente a llenar sus necesidades físicas - comer, beber, tener posesiones o satisfacer los deseos sexuales - llevan en cierto modo, una existencia propia de un animal, la cual produce muy poca felicidad, en efecto no se valen de los recursos más significativos que ofrece la vida para satisfacer el intelecto y las emociones humanas, además quienes procuran satisfacer únicamente sus deseos egoístas no disfrutan de la vida al máximo, dañan a la sociedad en la que viven y no promueven los intereses de los demás.

Como sabemos, la vida ofrece muchas atracciones; vacaciones en lugares fascinantes, información interesante que podemos leer o investigar, compañía agradable, música hermosa, y hay otras actividades que producen una mayor o menor satisfacción. La fe verdadera es una fuente de fortaleza y serenidad que ayuda a la gente a afrontar tiempos difíciles (Toumier, 1973).

Lamentablemente, hay otros aspectos de la vida actual que debemos tomar en cuenta. Abundan el sufrimiento, la injusticia, la pobreza, las enfermedades y la muerte, para mencionar solo algunos factores dolorosos que en ocasiones hacen que la vida sea casi insostenible, por eso los seres humanos se sienten impotentes cuando afrontan la muerte, pero al mismo tiempo, esta idea despierta en ellos un inexorable deseo de vivir.

Monárrez (1981), nos hace ver que los viejos quieren que se les respete. Necesitan tomar decisiones por sí mismos y sentir que ejercen control sobre su vida. Aunque sus capacidades físicas disminuyen con la edad, los que mantienen la mente activa no suelen perder la lucidez. Quizás no puedan pensar o aprender cosas con tanta rapidez como años atrás, pero no por eso debe usurparse su papel en la familia, dejándolos a un lado, ni deben desempeñarse las tareas que

ellos preferían hacer por sí mismos. Así solo se consigue que se frustren y se sientan inútiles.

Para los viejos es de suma importancia realizar actividades productivas, les hace sentir que aún son de valor. Cuando los viejos tienen trabajo significativo que realizar, se sienten bien ¿por qué? Porque tienen un propósito en la vida.

Aún si están impedidos a causa de un derrame cerebral u otra enfermedad, desean que se les trate con dignidad. No les gusta que los demás les hablen en tono condescendiente o que los regañen como si fueran niños. Aunque no pudieran hablar normalmente oyen y son muy sensibles, lo cual se comprende. A veces puede dar la falsa impresión, a causa de una medicación excesiva, de que padecen debilidad senil. De manera que se necesita empatía, más que cualquier otra cualidad, para atenderlos adecuadamente.

Los que están reunidos en casa necesitan sentir que no se les ha olvidado. Agradecen mucho las visitas. Tales visitas o llamadas telefónicas requieren relativamente poco tiempo y esfuerzo si se tiene en cuenta el gran bien que les hacen a los viejos.

Toda persona que tiene amor a la vida:

- Debe mirar al futuro con esperanza, depurando su diálogo interno.
- Tiene deseos de aprender cosas nuevas.
- Trata de mantenerse lo más activo posible.
- Afronta cada día tal como se presenta, y luego hace los ajustes correspondientes.
- Continúa alegre y anima a otros con su compañía, sin evadir la realidad.
- Conserva el sentido del humor. Se ríe hasta de sus achaques.
- Está consciente de que está envejeciendo con dignidad.

Y lo mejor de todo es que se sentirá a gusto aún cuando esté solo y verá que puede llevarse una vida activa e interesante a cualquier edad.

Solón nos dijo: "Envejeczo sin dejar de aprender".

4.3. ASPECTOS SOCIALES

Cuanto más viven los hombres más tiempo tienen para pensar.

El pensar es elevación y la elevación es vida.

Para todo humano el tiempo cronológico, se desarrolla dentro del tiempo histórico que le tocó vivir donde el individuo, sin saberlo estaba haciendo historia al mismo tiempo que envejecía, acumulando experiencias dentro de su entorno social, con un ritmo muchas veces no determinado por él. Mucha gente se ha encargado de enfatizar quizá con irreflexivo acento, la importancia de lo vivido; sin embargo, poco se habla de lo no vivido o no experimentado en soledad o en compañía. Esta singular ausencia es de alto valor operativo porque implica una falta de modelaje. En cuantas ocasiones es preferible una experiencia llamada terrible, susceptible de ser valorada a una vida sumergida en el tedio o la nada emocional, sintiendo que la propia vida ya no es tan significativa para sí mismo, ni para los que dicen amarle.

Quiérase o no, la vejez conduce al inevitable balance de lo vivido, pero sobre todo a aquello que no se conoció o se desperdició. Es cuando se advierte con evidencia profundamente sentida que el tiempo que se tenga conviene aprovecharlo y disfrutarlo. (Paillat, 1981).

4.3.1. NIDO VACÍO

Cowdry (1997), nos menciona que la emancipación de los hijos deja en muchos padres un vacío inmenso, una herida abierta. Privados del contacto diario con los hijos. A veces los abruma la soledad, el dolor y la sensación de pérdida. Para muchos la separación definitiva es un trauma, sin importar lo preparados que estemos, es frecuente escuchar que tras de haberse ido los hijos: "Por primera vez en la vida... no hice más que llorar y llorar". ¿Será esto a causa de una dependencia o del perder la ilusión de que nunca se irían?. O en el peor de los casos, en haber esperado que en la vejez de los padres, los hijos se encargarían de ellos tanto, emocional como económicamente. Unos pocos llegan a aceptar la realidad, diciendo: "En fin, la vida sigue", otros y desgraciadamente la gran mayoría, cargarán con una depresión y se la pasarán vagando de consultorio en consultorio, médico o con psicólogos, tratando de evadir la realidad mientras les alcance el dinero, o bien recurren con los amigos comprensivos para llorar y desahogarse.

Al quedar el nido vacío, muchos matrimonios ven la posibilidad de hallar mas felicidad conyugal (La buena crianza de los hijos pudiera exigir tanto tiempo y trabajo que se descuide la relación de pareja), pero ahora tratan de empezar de nuevo, como si se estuvieran conociendo, libres de las obligaciones cotidianas que impone criar a los hijos, ahora se tienen el uno para el otro. Unos pocos dicen: "El tiempo que nos ha quedado, nos permite prestar más atención a quiénes somos, centramos en aprender actividades que nos llenen. Es el momento de aprender cosas nuevas y crecer mucho, y aunque a veces haya inestabilidad, es emocionante."

Hay matrimonios que también disfrutan de un mayor desahogo económico y pueden dedicarse a las aficiones y vocaciones que se habían propuesto.

Para el progenitor sin cónyuge pudiera ser muy difícil habituarse a ver el nido vacío (la casa ya sin hijos), se escucha por ahí: "Cuando se van los chicos no tenemos un esposo que nos acompañe y quiera". Uno quizás se haya apoyado emocionalmente en los hijos, y si estos contribuyen al sostén del hogar, su partida tal vez acarree estrecheces económicas.

Algunos se las arreglan para mejorar su situación económica, realizando cursos de capacitación o estudios académicos breves. Pero ¿cómo se supera el vacío y la soledad? Lo mejor es mantenerse ocupado, leer, limpiar la casa, tal vez dar una buena caminata, o correr, y si es posible prestar algún servicio a la comunidad.

Con independencia de nuestras circunstancias, la vida no se acaba con la salida de los hijos del hogar, ni tampoco se borran los vínculos familiares. El amor que uno había cultivado en su familia no va a fallar solo porque los hijos dejen el hogar.

Cabe destacar que cuando a los hijos les aflige la separación y la nostalgia, o pasan por apuros económicos, suelen ser los primeros en reanudar el contacto. Se escucha decir: "Díganle a sus hijos que siempre tienen la puerta abierta", si cada cierto tiempo los visitamos, escribimos o telefoneamos, mantendremos viva la relación; estar interesados en lo que hacen sin meterse en sus vidas.

Cuando los hijos se independizan, la vida cambia pero el nido vacío aún puede darnos muchas ocupaciones gratificantes. Aunque la relación con los hijos haya cambiado, todavía puede aportar dicha y satisfacción. Con la emancipación, no desaparece el amor, la lealtad ni el respeto por los padres. En efecto, los firmes vínculos familiares suelen conservarse toda la vida. Así que nunca dejamos de

quererlos, ni de ser padres. Como los amamos al grado de dejarlos ir, no los perdemos en realidad, nos señala Cowdry.

Una orientación psicológica a los hijos adultos podría ser el reflexionar sobre que dejar a alguien suele ser más fácil que ser dejado. Por ello, aunque les alegre independizarse y ser adultos, traten con bondad y comprensión a sus padres si les cuesta acostumbrarse. Reafirmarles su cariño. Una breve carta, un regalo inesperado o una llamada afectuosa tal vez animen mucho a los progenitores deprimidos, manténganlos al tanto de los acontecimientos significativos de su vida. Así verán que los lazos mantienen su fuerza. (Toumier, 1973).

Todo lo anteriormente descrito al parecer solo lo padecen los países en donde los hijos abandonan el hogar tardíamente, puesto que países con cultura anglosajona donde los hijos abandonan el hogar a muy temprana edad propician la salida evitando así la dependencia, y favoreciéndoles no solo su libertad, sino su madurez. Esto es descrito por Meir Ruge W. (1987), profesor de patología asociado a la División de Gerontología en la investigación del cerebro (Universidad de Basel, Alemania), en su libro en donde compila la experiencia de gerontólogos de talla mundial como él mismo y otros que comparten su opinión entre ellos Ursula Lehr.

No es nada predecible, el que un sujeto sólo en su hogar presente el cuadro de Depresión Melancólica, una variante de la Depresión Mayor (humor disfórico) y cuatro al menos de las anomalías siguientes:

- Trastornos de sueño.
- Trastornos del apetito.
- Pérdida de peso.
- Retardo psicomotor.

- Ideas suicidas.
- Falta de concentración.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Falta de interés por las actividades habituales.

Si estos síntomas se acompañan de falta de total interés por el medio ambiente, ruptura del nicho ecológico cultural, descrito por Monárrez (1981), variación diurna y agitación o retardo psicomotor, es aquí donde el psicólogo o equipo psicoterapéutico serán útiles, donde las terapias conductuales, cognitivas, y terapias breves, serán más eficaces que los tratamientos no dirigidos o de orientación analítica. La psicoterapia puede tener un efecto beneficioso. La eficacia inicial puede ser tan grande en los adultos mayores que viven solos en su hogar, o en los asilos por lo tanto la psicoterapia puede tener un valor especial para prevenir las consecuencias del nido vacío como lo refiere Meir Ruge.

4.3.2. ABANDONO

En muchas partes de Iberoamérica parece existir una marginación, que conlleva al abandono, por un rechazo algunas veces disfrazado a los adultos mayores, lo que impide brindarles servicios sociales dignos para ellos, así lo expresó el profesor Morelli (1978).

“Nuestra sociedad aunque no lo dice abiertamente, está contra el anciano”. Es un poco duro decir, que hoy existe **gerontofobia**. El adulto trata de evadir al anciano, y lo saca de su hogar, para aislarlo en un “hogar” para ancianos, un asilo, etc. En donde hipotéticamente e hipócritamente esperará que el anciano sea feliz, porque está tranquilo, “bien cuidado”, limpio y pasivo. Como nos dice el profesor Álvarez Martínez (Ibidem).

Lo que acontece realmente en dichos lugares es que tanto el aislamiento, como la dureza de los servicios, lo único que logran es tenerlos limpios, muy rígidos emocionalmente, eso sí, para que no fastidien "sedándolos" "impregnándolos" con sobredosis de psicofarmacos. Ésta es una forma indirecta y muy común de manifestarse la gerontofobia, que al estar abandonados y sedados matan su personalidad, que ayuda al castramiento psíquico, al separar a los ancianos por sexos, sin tener en cuenta, que la sexualidad psíquica aumenta con los años, mientras que la física disminuye o desaparece. Al practicar esta discriminación se favorece aún más el abandono.

Una forma de manifestar la gerontofobia, y remarcar el abandono, lo vemos al denotarles por términos irrespetuosos, como despectivos.

Vocablos equivalentes a la "persona mayor".

Abuelo	El puré	Venus de Miles
Añejo	fósil	Verra
Añoso	Gerásico	Veterano
Vieja bruja	Huehue	Vejei
Edad avanzada	Jovato	Viejazo
Geronto	Jurásico	
Jubilado	Mamismo	
Longevo	Matusalén	
Retirado	Momia	
Senil	Muchocho	
Arcaico	Muñeco di antaño	
Betabel	Octagenario	
Bola de años	Pasita	
Carcamán	Ochentón	
Chocho	Ruco	
Guingue	Vejarrón	
Dino	Sesentón	
Dinosaurio	Septuagenario	
Vetusto	Vejento	
Viejo rabo verde	Vejestorio	

Otros términos correlativos:

Entrado en años,
Ya le brinco la liebre,
De la pelea pasada,
Cuando el árbol de la noche triste estaba en maceta,
Tan viejo como el tule oaxaqueño,
Veterano de dos revoluciones,
Cuando Don Porfirio era conscripto,
Juventud acumulada,
Los muchachos de antaño, etc.

Al parecer la actitud de la familia al abandonarlo, no sería tan catastrófica, si como lo refiere Franklin Williams (1998):

- 1) Permitieran que el adulto mayor controlara su vida siempre que fuera posible, visitándolo de vez en cuando.
- 2) Así mismo vigilarlo en cuanto a su salud o en caso de enfermedad, tener un seguimiento de la misma.

Nos informa Ronald Adelman (1998), que en un estudio realizado en 1986 por el Laboratorio de Investigación Familiar de la Universidad de New Hampshire, cada año, alrededor de un millón de americanos de edad avanzada son lesionados físicamente o sufren agresión psicológica o abandono por algún miembro de la familia. Que además de sufrir lesiones físicas, estas víctimas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo (de morir solos), aislamiento e ira, y necesitan consejo extenso para superar su realidad y lograr cierto grado de independencia emocional. Debe reconocerse que la base de este abandono es, necesario tenerla presente e investigarla más, para comprender mejor las causas del problema la forma de prevenirlo y los modos de intervención.

4.3.3. Soledad.

Los aspectos no médicos del cuidado geriátrico (gerontológico), y el entorno del adulto mayor son tan importantes como la atención médica y psicológica, los adultos mayores necesitan comida, vestido y un lugar donde vivir, pero además, necesitan sentirse apreciados y saber que en alguna forma son útiles a su comunidad, esto es el origen de su soledad interior, ya que agobiados por la gran cantidad de trastornos biológicos, hábitos psicológicos y la ruptura de su nicho ecológico cultural afortunado o desgraciado, tiene la capacidad de apreciar el valor del tiempo que se le desvanece, el adulto mayor posee una personalidad peculiar, derivada del entorno social que por el simple hecho de referirse a ellos de distinta forma los desorienta más (viejo tercera edad, adulto mayor, adulto en probidad, etcétera), por lo tanto estos necesitan cuidados especiales (Cowdry, 1997).

Existen varios factores ambientales que provocan condiciones desfavorables para las personas de edad avanzada.

En primer lugar figura el hecho de que, dentro de la competencia económica en que vivimos, se requiere que las generaciones jóvenes estén en la posibilidad de cambiar su entorno, en búsqueda de las mejores oportunidades, donde quiera que éstas se presenten, con ello se priva a los padres y demás familiares de edad mayor de su compañía, del cuidado personal y, en cierto grado, de la ayuda económica de sus hijos.

En segundo lugar, el bajo promedio de ingresos de los adultos mayores (jubilados o no), los obliga a vivir en condiciones higiénicas desfavorables; a prescindir de los elementos nutritivos necesarios y privarlos de los cuidados psicológicos y médicos que estos necesitan.

En tercer lugar, la pérdida de relaciones afectivas, por la muerte del cónyuge y de los amigos condena a los adultos mayores a una vida en soledad y al ensimismamiento.

Entre los casi 28 millones de viejos no institucionalizados en Estados Unidos, ocho millones viven solos. Proporcionar cuidado médico o psicológico a estas personas requiere sensibilidad y reconocimiento de sus necesidades no médicas, puesto que la vida en soledad añade complicaciones al hecho de envejecer y hace más difícil la intervención tanto médica como psicológica. Muchos de estos individuos carecen del soporte social de un cónyuge, y más del 25%, no tienen hijos vivos o que les ayuden. Aunque la mayoría de los viejos que tienen hijos los ven por lo menos una vez a la semana, casi el 20% lo hacen sólo una vez al año o menos. Los viejos que viven solos son más vulnerables a las pérdidas de la salud y bienestar, y esta pérdida es con frecuencia bastante rápida.

La vida en soledad comienza a menudo al morir el cónyuge. Los estudios de mortalidad después de la muerte del compañero sugieren un aumento inmediato del porcentaje de fallecimientos, tanto en varones como entre las mujeres, y un aumento a largo plazo, aunque ligero, de mortalidad entre los varones. Un estudio finlandés reveló que después de una pérdida demasiado significativa se dió la duplicación de la tasa de mortalidad esperada, sobre todo a causa de cardiopatía isquémica. En un estudio sueco se halló un aumento del 48% de la mortalidad entre los viudos mayores de 65 años y un 22% entre las viudas, comparados con las personas casadas, durante los primeros tres meses del luto. La tasa de mortalidad entre los viudos por enfermedades infecciosas, accidentes y suicidios sigue siendo más alta de lo esperado hasta 10 años después del fallecimiento del cónyuge (Young J. 2002).

Los profesionales encargados de suministrar cuidados sanitarios a los viejos que han perdido el cónyuge deben mantener una actitud de observación y cuidados generales elaborando un proceso de duelo terapéutico. En el viejo frágil es importante identificar las fuentes de soporte social e interacción y asegurar el acceso a servicios vitales (en México: DIF, Inapam, Locatel, Saptel, Clubes de la tercera edad, etcétera), pueden proporcionar el soporte necesario para hacer frente a la pérdida (Monárrez, 1988).

El 77% de los viejos que viven solos son mujeres, la mayoría de ellas son viudas, de edad más avanzada, situación más frágil y más pobres que los varones viejos. Más de la mitad de los individuos que viven solos son mayores de 75 años. La tasa de pobreza es del 19%, casi 5 veces mayor que la correspondiente a las parejas. Muchas viudas sólo se vuelven pobres cuando la enfermedad agota sus ahorros y la muerte del marido conduce a la pérdida de la pensión en algunos países.

El 40% de las personas solas se cuidan a sí mismas después de una estancia en el hospital; mientras que sólo la cuarta parte de las casadas dicen cuidarse ellas mismas después de una hospitalización. En todos los niveles de edad y de ingresos, las personas solitarias son institucionalizadas con más frecuencia, sobre todo en el caso de enfermedad seria. Sin una red social o soporte de la comunidad, esos individuos experimentan el mayor riesgo de institucionalización permanente y pérdida del estilo de vida independiente si sufren un empeoramiento del estado de salud. El acceso a la red de servicios sociales y de cuidados a domicilio, puede tener importancia crítica para su recuperación. Casi la cuarta parte de las personas solitarias dicen no tener nadie que les ayude durante unas pocas semanas y el 13% afirman que no cuentan con nadie para ayudarles ni siquiera algunos días.

Los viejos que viven solos sufren mayor riesgo de problemas sanitarios crónicos graves que los que viven con otras personas.

Las personas solitarias acuden a centros de beneficencia especialmente en busca de comida, con mayor frecuencia que las que viven con otros individuos. Aunque las personas que viven solas es menos probable que realicen trabajos voluntarios, las que los hacen comunican tasas más altas de satisfacción y disfrute con su trabajo.

La soledad es un problema serio para el 60% de las personas mayores de 74 años de edad. La depresión también es común, más de la tercera parte de las personas viejas que viven solas comunican sentimientos de depresión y casi, la mitad de los individuos solitarios que además son pobres, afirman sentirse muy deprimidos. Aunque común, la depresión no debe ignorarse, por el contrario, siempre debe investigarse su presencia en los pacientes viejos que viven solos y darles tratamiento.

A pesar de las dificultades a las que han de enfrentarse, casi el 90% de las personas viejas que viven solas expresan deseo firme de mantener su estilo de vida independiente. Muchas de ellas, lo que más temen es depender exclusivamente de otros y a pesar de su soledad, desean seguir viviendo solas.

La sociedad puede arruinar la vida tanto de jóvenes como de viejos, Viorest (2001), dice: "La soledad es como una losa en el corazón, la soledad nos deja vacíos y desesperados, la soledad nos hace sentir como un hijo huérfano, como la oveja descarriada, tan pequeños y perdidos en un mundo tan grande y poco compasivo."

La separación de los amigos, los alrededores desconocidos, el divorcio, la pérdida de seres queridos o la falta de comunicación son factores que pueden

provocar la soledad. La soledad es la ausencia de un vínculo afectivo profundo y esto puede sentirse aún estando rodeados de mucha gente.

Cuándo a alguien le afecta la soledad ¿debería convertirse necesariamente en una víctima indefensa? ¿se puede hacer algo para impedir que la soledad destruya poco a poco a alguien arrebatándole las ganas de vivir? Para comenzar deberá reconocer el sentimiento de sentirse solo. Muchas veces no es posible cambiar las circunstancias, pero lo que sí podemos cambiar es la manera de interpretarlas y a pesar de lo que se sienta mantener una actitud positiva. Mantenerse ocupado en actividades provechosas no es la única solución para combatir la soledad, si bien es una buena ayuda. Jeffrey Young explica: algunas personas que sufren soledad curiosamente ahuyentan a los posibles amigos. De algún modo las personas que sufren soledad crónica tienden a sabotear las relaciones estrechas. Estas personas, sobre todo si tienen mucha edad pueden empeorar la situación aislándose de los demás cuando no pueden controlar las situaciones. Sería conveniente dejar de pensar que los demás tienen la obligación de ayudarlo siempre e intentar no ser tan exigente. Aceptar de buen grado toda bondad que los demás manifiesten y ser razonable respecto de lo que se espera de cada quién.

Gamietera (1985), afirma que se puede ayudar a los ancianos por más edad que tengan pero que esto requerirá una gran empatía por parte del terapeuta, paciencia y la capacidad para dar un eficaz entrenamiento en las habilidades sociales que cada caso requiera haciendo uso del apoyo de familiares y amigos. Brindar comprensión, afecto y consuelo, prestarse para escuchar confidencialmente. Pedirle a los familiares que continúen haciendo las pequeñas cosas que pudieran ayudar a la persona afectada.

Gamietera también recomienda directamente a las personas que padecen soledad revisar su sistema de creencias y darse cuenta que no es lo mismo

sentirse solo que estar solo, que a veces, disfrutar de la ausencia de compañía es sano e incluso necesario: permitir relajar la mente y expandir la creatividad. La soledad aumenta la autonomía al estimular la capacidad de actuar sin depender de otros para poder ser feliz; que se puede elegir entre tener una soledad pasiva y destructiva o escoger tener una soledad activa y elegida que se basa en aprovechar cada momento para enriquecer nuestra personalidad, liberando no sólo la creatividad sino, también los sentimientos, entre ellos el amor a sí mismo. Si la persona es religiosa fomentar su creencia en un poder superior, que le haga sentirse parte de un orden que lo trasciende y que incrementará su autoestima.

La terapia cognoscitiva-conductual, que considera que la soledad obedece a una interpretación alterada de la realidad, ayudará a cambiar la percepción negativa que el individuo tenga de sí mismo en las situaciones sociales, crear autoconfianza que le impulse a abrirse a analizar las ideas, acciones y emociones que le generan malestar. También, incluye la exposición progresiva a las situaciones que se evitan (convivir con otros, apuntarse a un viaje organizado) y de esta manera, aprender gradualmente a controlar, por ejemplo, el temor social o lo que sea necesario siempre que el individuo continúe manteniendo sus opiniones sin tener que renunciar a su identidad por nadie.

Es probable que todos experimentemos momentos de soledad de vez en cuando, no obstante, ésta no tiene que convertirse en un azote. El trabajo terapéutico sobre la autoestima será fundamental focalizando el amor incondicional.

4.3.4. DESASIMILACIÓN GRUPAL - FAMILIAR

Cuando en 1972 se reunieron en la Organización Mundial de la Salud expertos en psicogeratría, concluyeron que si bien el inicio de la senectud es imposible de fijar con precisión, en cambio, la edad para jubilarse, aunque puede variar dentro de

ciertos límites, se consigna de una manera precisa, de acuerdo con la época y el país, sobre la base de factores económicos y socio políticos.

Es reportado por Fuentes Aguilar (1978), que si bien la jubilación históricamente fue concebida como un "beneficio social" liberador de tareas rudas y desgastadoras, en la actualidad se incorpora como un mecanismo más de regulación (desasimilación grupal) que lo aísla de la fuente de trabajo como también lo refiere Strejilevich (1987). Que si hay menos trabajo, además de aumentarse la desocupación repercute en la disminución de la edad jubilatoria, la cual es: 1) forzada, 2) tiene como única causa la edad y no la capacidad productiva, 3) no es pactada (sólo ordenada por el empleador), 4) es brusca y sin transición, 5) El anciano al ser jubilado tan solo percibe entre el 30 y 50% de lo que ganaba. En México, Contreras de Lehr, (1987), nos refería que los campesinos no reciben jubilación ni pensión.

En México observamos la "Jubilación indirecta" refiriéndose a la edad que se establece en todas las ofertas de trabajo, situada alrededor de los 40 años o aún antes, en caso de la jubilación social de los deportistas o de los artistas y modelos significando esto que no pueden conseguir empleo en su línea y en casos muy raros se subemplean. Son pocos los estudios que se abocan a la problemática del adulto mayor desasimilado, que si bien los canalizan a los clubes de la tercera edad, o bien los vemos "bailando" en los parques por las tardes en especial la ciudadela por unas horas, después vuelven a encontrarse con la triste realidad.

En otro estudio, Zenit y Rocha (1976), nos reportan que los adultos mayores como consecuencia de limitaciones psíquicas y físicas presentaban una disminución psicomotora en todos los niveles, sus actividades se limitaban al área de la casa, y eran de tipo doméstico, los paseos, vacaciones y viajes fueron excepcionales. Que los jubilados mostraron una tendencia a mantener relaciones de dependencia (más desasimilación) en especial hacia el núcleo familiar o hacia

un miembro de éste y que existía una alta proporción de aislamiento y desconfianza.

Respecto a la desasimilación familiar observamos que desde que surgió la llamada "familia nuclear" compuesta solamente por los padres y un pequeño número de hijos, se convirtió éste en un modelo aceptado en los países industrializados. Como consecuencia estamos presenciando un aumento en el número de personas de la tercera edad que viven solas, completamente fuera de la familia.

En la práctica clínica se observa que para aquellos que todavía tienen una pareja, éstos ven partir a los hijos uno a uno para hacerse cargo de su vida de adultos. Cuando el nido se queda vacío, la pareja que ha vivido en función de los hijos ahora se encuentra frente a sí misma y muchas veces aquel que tiene como pareja le parece un perfecto extraño. Perfecto desconocido, en el mejor de los casos, compañía física sí, pero en la mayoría de los casos con ausencia emocional, a veces hasta infiel u hostil, en otros casos, lo que a nivel psicológico también es considerado una de las tantas formas de maltrato.

Si ésta pareja antes hablaba de los hijos, ahora ya no saben ni de que hablar, esto cuando cada uno dejó de cultivar su propio jardín interior, para propiciar que se diera un reencuentro, con una comunicación íntima y no nada más superficial. Podrían a lo mejor hablar de los nietos pero en ocasiones estos nietos les platican del Internet y demás términos de la nueva tecnología que en ocasiones resultan poco familiares para el adulto mayor.

Los hijos, por su parte pueden comenzar a tratar al padre como si fuera un niño y es entonces necesario transformar la relación padre-hijo en una relación de adulto a adulto, considerando a los padres nunca más como niños, sino como

personas autónomas, valiosas, poseedoras de su propia identidad y de la experiencia que dan los muchos años vividos (Salvarezza, 1988).

En muchas familias existen pautas conflictivas iniciadas mucho tiempo atrás, donde se dieron resentimientos acumulados y no resueltos, que llegan a tener como consecuencia rechazo, devaluación y maltrato para aquel que ahora se encuentra en desventaja.

Existen además conflictos recientes que causan mucha tensión familiar, recordemos que el dolor es aún más grande cuando ese dolor viene de parte de aquellos a quienes más amamos, y entonces, toda esa frustración y amargura interna, se traduce en hostilidad manifestada hacia el exterior o hacia el interior.

Si se da al exterior se agrede a otros que "pagan el pato" aún sin haber sido ellos quienes causaron el daño, y comienzan los pleitos, hasta por insignificancias. Todo este proceso se da de una manera inconsciente.

Cuando la hostilidad se da hacia el interior, el adulto mayor lo revierte contra sí mismo y entra en depresión, no es raro que esta depresión encubierta pase inadvertida dentro del grupo familiar, lo que representa una situación muy seria por el alto riesgo de suicidio en la depresión tardía. Esa soledad en compañía es un problema recurrente en muchos adultos mayores de nuestra sociedad industrializada (Ruiz Velasco, 1977).

Poder expresar esos sentimientos sobre todo en el espacio protegido de una terapia, contribuye a llevar una vida más equilibrada y con mayor salud.

Reconocer también que necesitamos una soledad que nosotros podemos convertir en soledad creadora para integrar los acontecimientos de nuestra vida e

interiorizarlos de una manera fecunda, fértil. Aprendiendo a comunicarnos, primero con nosotros mismos para después tender puentes de afecto hacia los demás.

Lo que nos permitirá afrontar mejor la soledad que puede darse también en las familias, es la capacidad de tener sueños, proyectos de vida, y la convicción de que mientras estemos vivos, mucho podemos realizar, tengamos la edad que tengamos, porque cada instante es un regalo de aprendizaje que nos ha ayudado a transformar todos nuestros dolores en enseñanza, en experiencia positiva que nos lleve a ser mejores personas. Ser mejores seres a partir de éste momento, de éste mismo instante actual, recordando que:

Se puede comprar el placer, pero no el amor;
La fiesta, pero no la alegría;
Al esclavo, pero no al verdadero familiar o al amigo;
Los alimentos, pero no el apetito;
La casa, pero no el hogar;
Podemos comprar los libros, pero no la cultura;
Los tranquilizantes, pero no la paz;
Las indulgencias, pero no el verdadero perdón;
Podemos autoengañarnos lavando culpas
al llevar flores a una tumba, sin querer ni enterarnos
de las verdaderas necesidades de quien todavía tenemos aquí;
En fin... se podrá comprar algo de tierra, pero no el cielo.

Cuando se comprenda eso, cada despertar será una maravilla, y se alcanzará entonces la edad donde cada situación la podamos convertir en disfrute, sin preocuparnos demasiado por lo que nuestros seres más queridos, nuestra familia nos estén dando o nos hayan dejado de dar. (Tournier, 1973).

4.3.5. ANOMIA

Ser persona mayor significa en muchos casos no ser productivo (no existir en una nómina), por lo tanto costar a la sociedad y a la familia, ser dependiente además de encontrarse atravesando el duelo por la pérdida del engranaje laboral y sentir que ya no se cuenta con los suficientes ingresos monetarios.

Un estudio realizado en Costa Rica por la Pan American Health Organization (1990) reportó que la gran mayoría de personas mayores de 65 años no tenían un trabajo remunerado y solo un tercio de las mujeres recibían una pensión.

En otra investigación hecha en México por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (1995) se obtuvieron resultados semejantes, se encontró que los ingresos mensuales del 61% de encuestados de un total de un total de 1729, las cuales eran personas mayores de medios urbanos, tenían un ingreso equivalente a 294 dólares al mes para toda su manutención, cantidad inferior al salario promedio, este estudio fue titulado como Necesidades Médico Sociales y su nivel de satisfacción en personas mayores de 60 años. Definitivamente ese nivel de satisfacción por lo menos en lo relacionado con aquello que se tenga que comprar se ve menguado en nuestros adultos mayores. Al diluirse o dispersarse las familias muchos de ellos viven solos, aislados y olvidados, dándose cuenta con tristeza que su voz es tan solo experiencia del pasado y se valoriza poco (menos satisfacción). Al sentirse solo, vulnerable y desprotegido se acelera su envejecer, es como haberlo lanzado hacia la anomia; donde tan solo en época de elecciones llega a existir, aunque sea solo en un padrón electoral, donde risiblemente se ha visto casos de ciudadanos viejos que "han seguido votando" aún estando muertos.

El futuro Bio-Psico-Social para los adultos mayores dependerá entre otros aspectos del como respondan a los cambios globales que los afectan.

Wallace y Colsher (1993), entre otros, realizaron un trabajo en diferentes países de Latinoamérica y su propuesta es que es necesario entender y adentrarse en cinco agentes de cambio, a saber:

1. Economía
2. Tecnología
3. Mercado de trabajo
4. Sociedad de valores
5. Movimientos Sociopolíticos

En cuanto a la economía, existe una rápida y creciente globalización, con la creación de grandes áreas económicas como por ejemplo el Mercomún o el Tratado de Libre Comercio. Se han dado grandes empresas que comenzaron ya a hacer únicamente contrataciones por un solo año y de esa forma el trabajador vuelve a ser contratado pero nunca genera antigüedad y al llegar a su vejez no contará con derecho a pensión.

En relación con la Tecnología actualmente hay una gran facilidad para contar con nuevas alternativas en especial en lo relacionado a información. Los servicios sociales para los adultos mayores no deben escapar a estas dinámicas.

Respecto al mercado de trabajo, existen crecientes pretensiones en cuanto a expectativas; esas pretensiones no son ajenas a las personas mayores pero no siempre pueden ser satisfechas, dado el perfil requerido por la mayoría de empresas. Se está ejerciendo presión sobre organismos públicos y privados en búsqueda de trabajo y no simples subempleos aún siendo profesionistas. Comienza a contemplarse como solución la integración de Cooperativas.

Sí se está presentando una sociedad de valores y ésta destaca la responsabilidad personal en el desempeño honesto del trabajo, que en sí mismo

debe tener un valor ético y la solidaridad entre los hombres, incluyendo a los mayores; a pesar de la enajenación hecha por medios masivos de comunicación que promueven antivalores. El primer valor incuestionable es **la vida** y mientras un ser esté vivo, vale la pena hacerlo sentir valioso.

Sin duda alguna los Movimientos Sociopolíticos, la democratización, el intento de transparencia en las elecciones, la búsqueda de justicia etc. están ejerciendo presión sobre las sociedades de Iberoamérica proporcionando oportunidades de inversión de riesgo variable.

La trascendencia de estos cinco agentes podría transformar nuestra sociedad en general y traer beneficios sobre todo a la población de personas mayores. Quienes en un gran porcentaje se encuentran al margen de esos privilegios. Tomar en cuenta como ha señalado Monárrez (1992) que es necesario dejar de estereotipar al adulto mayor como una cosa estorbosa y muchas veces invisible; no porque no exista, sino porque no se le quiere ver y darnos cuenta que la vejez es un tesoro no cambiante, por más valiosa que sea la tecnología, puesto que lo vivido, no lo quita ni lo substituye nadie.

4.3.6. FAMILIA MONOPARENTAL

A pesar de que la familia está cambiando continúa siendo un factor determinante en la solución de muchos de los problemas del adulto mayor, por lo menos en relación ayudar en su manutención y sentir que tiene compañía. Sobre todo en el campo mexicano encontramos todavía familias hasta de cuatro generaciones viviendo en el mismo espacio. Por otra parte los cambios económicos han separado a la mujer de una función tradicional que le permitía tener mayor contacto con los miembros de su familia, que incluía a los adultos mayores. Esta ausencia de vínculos familiares limita la interacción social de las personas de mayor edad, limita su desarrollo y su participación dentro de la comunidad lo cual

genera incomodidad, sentimientos de soledad e inutilidad y depresión, por lo que resulta necesaria la intervención de servicios comunitarios. Los viejos urbanos también manifiestan padecer muy poco contacto familiar que los lleva en muchos casos a perder el optimismo, las ilusiones y los objetivos de vida. La pérdida de un familiar o amigo significativo contribuye frecuentemente al aislamiento.

Aun en una relación de pareja disfuncional, afirman que la viudez creó estados de confusión, desorganización y sentimientos de soledad extrema, haciéndolos más vulnerables a las enfermedades y a la ideación suicida, los datos anteriores fueron proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (1999) en un estudio donde se expresa: " En las últimas décadas, la dinámica social y los cambios económicos han repercutido en la organización familiar, ha aumentado el número de familias monoparentales, donde la mujer (mayoritariamente) desempeña el rol de jefe de familia, muchas veces sin la posibilidad de ayuda familiar y con una gran desvinculación; donde los procesos de modernización e industrialización han delegado la existencia de redes de apoyo".

Ruiz Velasco (1977) plantea que en el entorno generacional familiar se enfrentan actitudes de grupos diversos que resultan muy diferentes o incompatibles ya que los valores que cada grupo mantiene son supuestamente opuestos o contradictorios. Es bien sabido que desde siempre ha habido diferencias de actitudes entre distintos grupos de edad. La experiencia advierte que siempre los jóvenes han tenido diferencias de opinión respecto a las personas mayores fenómeno lógico, natural y sano hasta cierto punto.

La convivencia con hijos y nietos donde por ser una familia monoparental, el abuelo o la abuela contribuyeron en su formación y educación, muestra que gran parte de la oposición de valores en el conflicto generacional, resulta más retórica que real; se enfoca en aspectos externos tales como desacuerdos relacionados

con la forma de vestirse, preferencias musicales, ocio o diversiones, mas que en la esencia de valores que el sujeto joven aún no ha interiorizado, debido a que su trayectoria vital no le ha exigido definirse y asumir la posición de adulto. Ello ha conducido a hablar del conflicto generacional entre jóvenes y personas mayores y de la tensión familiar que ocasiona. Estos problemas se agravan ante la escasez de recursos que lleve a la intolerancia ante la frustración, falta de control de impulsos etcétera, que puede provocar maltrato hacia el adulto mayor; de ahí la importancia de los apoyos externos.

Sería conveniente desarrollar actividades sociales intergeneracionales premeditadas donde además se pueden desarrollar nuevas relaciones en forma paralela al envejecimiento. La situación a resolver sería entonces, articular a las familias en sus actividades, con los servicios sociales.

Hablando sobre las redes de distribución de los adultos mayores en México, Monárrez (1992), nos hace ver que dado que la vejez es una etapa de la vida en la que muchos individuos presentan trastornos e incapacidades; médicos y psicólogos deben conocer las instituciones y los servicios comunitarios para poder canalizar de la manera más adecuada a los pacientes y a sus familiares.

Cuando por decisión propia, o bien, pensando en la comodidad de sus familiares un adulto mayor elige ir a vivir a un asilo, es conveniente tanto a nivel individual como familiar dar el apoyo y la información o preparación psicológica antes de que la persona se separe de sus familiares, cuestión un tanto difícil dada la demanda que existe en esas instituciones lo cual es de por si deprimente; pero el impacto será mayor si no se informa previamente y se hace ver que no se le abandonará y se cumple ésta promesa. Cuando ésta preparación no se da, será más difícil la aceptación, adaptación e integración a esta "nueva familia" donde en

algunas instituciones públicas en las relaciones entre el personal técnico y usuarios existe un poder técnico de los prestadores sobre los residentes.

Monárrez enfatiza que no solo hay que valorar las comodidades que brinde la institución, sino tomar también en cuenta las características de la persona que va a vivir ahí. En ocasiones aún en Instituciones privadas, lo único en común que tienen los sujetos que viven en una residencia para ancianos es su soledad y no un similar nivel cultural y educacional, gustos o preferencias parecidas y de esta manera se rompe el nicho ecológico cultural del anciano porque desgraciadamente, por lo menos en México, sobre todo en las instituciones públicas no hay asilos especializados (o son muy pocos) y los viejos sanos se ven muchas veces obligados a convivir con otros que padecen demencia por ejemplo, Monárrez nos relata su experiencia en un asilo para dementes en Alemania en donde dentro del mismo lugar existía un pequeño zoológico porque esto agradaba a los usuarios, quienes también tenían en común pertenecer a una familia monoparental o sea un solo pariente, ya que en esos casos la jefe de familia era una hija pero en realidad ese viejo contaba con un solo pariente, ese pariente era el mismo y aún así, el nivel de vida y de convivencia era alto porque la institución no estaba saturada y se tomaban en cuenta las necesidades individuales así como comunitarias.

4.3.7. ASILOS

Como se mencionó anteriormente, dado que la vejez es una etapa de la vida en la que muchos individuos presentan trastornos e incapacidades, los servicios de salud (médicos, trabajo social y psicología). Deben conocer las instituciones y los servicios comunitarios para poder aconsejar sobre la utilización adecuada a los pacientes y a sus familiares.

Aproximadamente el 5% de las personas mayores de 65 años viven en residencias para viejos en un momento determinado, pero alrededor del 20% pasan ahí temporadas en algún momento de su vida. Ello está muy relacionado con la edad, dado que menos del 2% de los residentes tienen entre 60 y 74 años, el 10% tienen entre 75 y 84 años y menos del 20% superan los 85 años. El 50% de los pacientes residentes mueren en ellas, lo que determina que muchos consideran el ingreso en estos centros como el preludio de la muerte.

Aunque las residencias se incluyen dentro del ciclo de atención médica continuada, en ellas no debe ser aplicado el modelo hospitalario, pues en realidad no son hospitales sino las residencias u hogares de estas personas. Muy a menudo los residentes se ven privados de sus derechos debido a que en estos lugares predomina la rutina institucional y el logro a toda costa de un manejo eficaz de los ingresados. Así, al privar las necesidades de atención clínica los pacientes pierden a veces en cierta medida su calidad de vida. Con el objeto de proteger a los residentes de tales abusos se han instituido recientemente derechos de los residentes y normas para mantener su calidad de vida.

Dada la complejidad de los problemas surgidos en una Institución típica de esta clase (asilos) es necesario un abordaje en equipo multidisciplinario que debe trabajar conjuntamente realizando 4 actividades principalmente:

1. Se debe llevar a cabo una evaluación completa del futuro residente.
2. Hay que instaurar un plan de atención exhaustivo.
3. El plan debe de llevarse a la práctica.
4. Hay que analizar su éxito o su fracaso y realizar modificaciones oportunas cuando ello sea conveniente (Koren, 1998).

Tanto si el equipo está formado por miembros de pleno derecho, como el médico, el personal de enfermería y el asistente social, como si se incorporase la participación de otros especialistas (por ejemplo: psicólogos, nutriólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etcétera). Cada uno de ellos es responsable de la realización de los cuatro puntos antes mencionados de modo que puedan planificarse adecuadamente todos los aspectos relacionados con el bienestar del residente... Sobre todo el no romper el nicho ecológico cultural del viejo; lo que permitirá una mejor interacción entre los residentes de dichas instituciones, sobre todo aquí en nuestro México que tenemos tantos tipos diferentes de viejos.

Monárrez (2000) destaca que: los criterios de admisión son variables, pero la mayoría de los programas exigen que los pacientes puedan caminar por sí solos, o al menos que sean capaces de moverse con una silla de ruedas, así como no presentar incontinencias ni agresividad social. Por desgracia, estos criterios discriminan a veces a los pacientes con demencia, quienes podrían beneficiarse mucho con ellos, aparte de liberar de la carga asistencial a los encargados de cuidarles al menos durante unas horas.

Por otro lado, existen algunos centros privados de atención diaria especializados en los pacientes con demencia y cuyos servicios incluyen las actividades de ayuda a la familia, la terapia, las actividades recreativas pensadas para mantener la estabilidad y la orientación del enfermo, así como los intentos de modificación en las conductas agresivas proporcionando un refuerzo positivo y constante de los esfuerzos de autocontrol y de integración, social del paciente, aun cuando estos servicios no consiguen detener la evolución de la demencia, en muchos casos han logrado mejorías temporales de su capacidad funcional, lo que ha facilitado una mejor calidad de vida.

Uno de los temas más difíciles de estos programas de aplicación temporal es el de la elaboración de los criterios de alta. Los pacientes pasan a depender de los programas y se resisten que les separe de ellos o bien se deprimen cuando el alta es inminente. La planificación del alta, por tanto, debe comenzar antes de la admisión del paciente en el programa y, además, entre los criterios de admisión deben figurar la posibilidad de poder darle el alta definitiva al paciente. El personal encargado del programa debe actuar como equipo, definir los objetivos que quiere conseguir y controlar los progresos logrados.

Aproximadamente el 60-80% de la atención recibida por los viejos incapacitados en su propia casa procede de los amigos y parientes, en general de su cónyuge. Esta responsabilidad es a menudo difícil. Se ven menguados los recursos físicos, financieros y emocionales de los profesionales encargados de la atención de estas personas. El término genérico "Atención de Refuerzo" se aplica a los programas pensados para ofrecer un alivio temporal de la carga a los familiares y profesionales a cargo y contrasta con los programas destinados a beneficiar directamente al paciente.

La mayoría de los programas de atención de refuerzo ofrecen los servicios en el domicilio del paciente, y en general, regularmente durante varias horas al día. De este modo se permite que el familiar participe en actividades sociales o recreativas. La atención de refuerzo durante días completos permite también a estas personas disfrutar de un período de descanso, e integrarse también al proceso terapéutico. La atención de refuerzo es distinta de la búsqueda de ayuda durante algunas horas por la familia, pues los trabajadores de la primera suelen estar comprometidos en un programa estructurado en el que figuran medidas de control de la calidad y de asistencia.

En las personas cuyas necesidades varían desde la custodia hasta la atención total en instituciones especiales, existen algunos programas de atención de refuerzo que ofrecen sus servicios durante períodos variables que van desde unos días a unas semanas. Los servicios ofrecidos a los pacientes ingresados son más duros debido a la burocracia que implican a la ausencia de reembolso del trabajador y a la interrogación de la rutina normal de la institución.

La evaluación precisa de las necesidades de institucionalización de un viejo enfermo implica 4 aspectos:

- a) Las necesidades médicas y de salud en general.
- b) La red de asistencia.
- c) La función cognitiva o intelectual.
- d) El estado actual de función física y mental.

Sea al planificar su alta hospitalaria o en régimen ambulatorio, la toma de decisiones respecto a la necesidad de institucionalización del paciente sería sin duda apropiada, si se analizan los aspectos positivos y negativos del adulto mayor en estas 4 áreas. ningún factor aislado debe analizarse por separado, sino que, por el contrario, es su interrelación mutua la que dispondrá en cada caso el plan de acción a seguir.

Lo más importante al manejar a un adulto mayor, institucionalizado o no, es un manejo interdisciplinario, donde será conveniente considerar:

- El optimizar los elementos favorecedores de una mejoría integral del adulto mayor.
- Una profilaxis (prevención) que evite los procesos degenerativos.

- Rehabilitación, restauración o corrección de algún daño y favorezca la normalización de funciones.
- Manejo de situaciones conflictivas siempre dentro de lo posible pero con la mayor entrega, como nos explica Meier - Ruge (1987).

Si bien se han dado las características de una Institución funcional, éstas son muy pocas en México, según señala Contreras de Lehr (1987) quien, además nos hace ver que la mortalidad es más elevada en el asilo que en la comunidad, sobre todo durante el primer año que sigue a la admisión. Contraria a la imagen publicitaria que en ocasiones se brinda, la realidad dentro de un asilo es que en las relaciones interpersonales prevalecen la desconfianza y la hostilidad; la depresión y las ideas paranoides son muy frecuentes. En algunas Instituciones, como las religiosas, no se permite la convivencia entre hombres y mujeres y mucho menos, cualquier intento de acercamiento sexual. No es excepcional que los cónyuges sean separados a su ingreso. Sobre un fondo de apatía y monotonía, los únicos sucesos que suelen ser relevantes son las comidas en días de fiesta, las visitas del médico o las pláticas del psicólogo (en caso de tenerlo), la visita de algún familiar o la muerte de algún asilado.

Más de la mitad de los asilados carecen de una relación de intimidad. Se quejan de la falta de privacidad y libertad. También se señala el estrés que representó el estar incluido en una lista de espera, donde lo que se esperaba fue que alguien se muriera para poder ocupar su lugar en ese asilo. Los países más desarrollados que cuentan con mayores recursos se han planteado otras opciones como los centros y hospitales de día y sobre todo, como ya se mencionó, la atención a domicilio. Esta debería ser la tendencia actual de la atención psicogeriátrica moderna.

4.3.8. ABUELOS VIEJOS – ABUELOS NUEVOS

En anteriores generaciones los abuelos tenían un rol bastante definido, pero actualmente la forma en que se manifiesta el adulto mayor en la familia depende de la estructura familiar a la que se encuentra vinculado.

Como bien se sabe, en el presente se ha desarrollado ampliamente el modelo de familia nuclear, que ha afectado en primera instancia al adulto mayor. En esta modalidad se hace a un lado la ingerencia de los padres - suegros - abuelos en las organizaciones familiares, situación hasta cierto punto sana, si el objetivo es la madurez emocional; pero por falta muchas veces de comunicación y negociación creadoras de armonía se cae en el extremo de desvalorizar la imagen de los abuelos considerando la más pequeña opinión o participación como una conducta intrusiva, se les regaña frente a los nietos, los cuales se comportan siguiendo el modelo y entonces el abuelo se convierte en un intruso, que molesta con sus intervenciones y provoca conflictos a sus hijos adultos, ahora convertidos en padres.

Las familias extensas o semiextensas (con miembros de tres generaciones o más) reconocen la presencia de los abuelos (o de uno de ellos) pero sin la función que antaño jugaban en la familia que era patriarcal en su mayoría.

La vida de las personas mayores en cierta forma va a depender de la situación de supervivencia, estructura y desarrollo de la red familiar y puede significar aislamiento o integración al medio familiar. Se puede tratar de un abuelo o abuela quejándose siempre de diferentes cosas, enfermo, sin intereses o por el contrario tomar la decisión familiar con base a acuerdos de que ese abuelo se convierta en alguien escuchado, con autoridad moral, que es juez y parte fundamental del grupo familiar, alguien que es atendido, pero a quien se le permite también atender a los otros y colaborar según sus capacidades, la clave del sentido o del

sin sentido de la vida del adulto mayor no es que la familia se aleje o deje participar en atender los posibles intereses de esos abuelos, considerándolos “un tiempo perdido donde ya no se puede hacer nada” sino establecer lazos nuevos de afecto y respeto, para sacar adelante a la familia de una manera más segura.

De acuerdo con Andrés Flores Colombino (1999), gerontólogo y miembro de la Asociación Latinoamericana de Geriátrica, existe una figura llamada “Abuelidad” que es un nuevo término incorporado sociológicamente y que se refiere a una nueva forma de desempeñar el rol de abuelo, ajustándose a las circunstancias actuales de cada familia.

Cuando por ejemplo, los abuelos viven de manera independiente (en otra casa), acostumbran tener lo que se llama “intimidad a distancia”, en la que los propios abuelos administran el contacto con los hijos y los nietos de acuerdo a sus posibilidades o a la necesidad con la que se les reclama. Los abuelos son importantes sobre todo en la formación de los nietos, son los transmisores de la herencia cultural y de las tradiciones. De alguna manera hacen una especie de puente entre los padres y los nietos y propician una mayor vinculación. Son capaces de transmitir valores en la medida que ejerzan adecuadamente la abuelidad, sin imponer, pero sí presentando como una alternativa sus valores.

La abuelidad puede no ser ejercitada, hay abuelos que no lo hacen. Su rol de opción no se da automáticamente por la simple consanguinidad; esta opción no depende solo de ellos sino en ocasiones del resto de la familia incluyendo al mismo nieto. Como comentario y complemento a la anterior debe apuntarse que hay personas ejerciendo su abuelidad a los 40 años y otras mucho mayores que mueren sin haberlo hecho. En ocasiones pueden transmitirse también patologías, prejuicios, errores, falsos conceptos que operaron sobre sus padres y vuelven a repetirse: hay algunos abuelos que tienen un poder enorme, a veces por razones

económicas o por su carácter muy imperativo y rígido. En ocasiones se da una especie de doble discurso, son muy exigentes con los hijos y muy permisivos con los nietos. También pueden desentonizar las indicaciones de los padres e interferir con la buena educación de estos, lo cual depende de la patología familiar, las creencias y el rol que la propia persona mayor tenga en la dinámica, como nos ha dicho el Dr. Flores Colombino.

Con otro enfoque, el profesor Luis Leñero (1998), en su artículo titulado "Tercera edad en sus implicaciones familiares", señaló que los resultados de encuestas confirman que: "los abuelos sufren condiciones económicas considerablemente más duras que las familias de sus hijos e incluso que las de sus nietos adultos. Podría decirse que con el aumento de la edad no solo envejecen y pierden status sociofamiliar sino que también empobrecen. En todo caso, visto en una perspectiva optimista, puede decirse que con el paso de una a otra generación se podría esperar una movilidad ascendente de los hijos y nietos, pero en una buena parte a costa de que los abuelos queden un tanto excluidos. El intercambio económico intergeneracional se produce casi de manera unidireccional y sin la correspondencia que los padres abuelos esperarían recibir.

Nos explica Leñero, que en sus investigaciones observó que la mayoría de padres aportaron todo lo que pudieron según sus posibilidades, invirtiendo tiempo, dinero y esfuerzo para que la familia entera saliera adelante, pero que un gran porcentaje de hijos focalizaron su memoria en lo que ellos consideraron que les faltó, poniendo todas las excusas posibles para justificar la no obligación de regresar algún beneficio real a cambio de lo poco o mucho recibido. Al menos el reflujo de regreso ya no se da tan claramente.

La resistencia y el rechazo de esta deuda moral con los mayores, adopta entonces formas un tanto ambivalentes; se les trata a los padres - abuelos con un

simbólico reconocimiento, más que con una real correspondencia. Leñero manifiesta con tristeza, el número tan grande casos donde encontró que los hijos o nietos hicieron uso de un estratégico "cariño" que permitió sacar ventajas de los mayores, por ejemplo que ofrecieran la propiedad de su casa o sus tierras - si es el caso - como garantía de algún préstamo hipotecario, que después resultó impagable.

Hubo otros casos donde sucedió lo mismo hasta con el fondo de retiro utilizado como recurso familiar. Muchas veces se obtuvo su anuencia para ocupar la casa familiar acabando por desplazarlos y despojarlos del patrimonio de toda una vida de trabajo.

Aunque la relación con los nietos esté idealizada, para muchos adultos mayores resultó gratificante. Algunos abuelos manifestaron que para ellos sus nietos les daban la ilusión de Inmortalidad. Por lo anteriormente expuesto, en ocasiones como prevención resulta necesaria la asesoría legal, trabajar sobre la asertividad, así como el poner los límites adecuados que impidan el abuso de parte de quien sea que éste se esté dando. Integrar (siempre que sea posible) la armonía en la convivencia. Si los miembros se prestan, propiciar una eficaz comunicación a través de una terapia familiar, donde, sin agresividad, se pueda llegar a acuerdos y compartir lo valioso que haya en cada uno de los miembros de la familia, incluyendo, por supuesto a los abuelos.

4.3.9. PARADOJA SALUD - LARGA VIDA – VEJEZ

Si la filosofía y la medicina han coincidido en el pensamiento de que es bueno prolongar la vida de los seres humanos, es indudable que cada vez será imperativa la necesidad de enfocar y plantear adecuadamente la problemática tanto teórica como práctica de la vejez, si la sociedad, por medio de distintas Instituciones, y la medicina laboran activamente formando viejos, en serie, es

patente que adquieren frente a ellos una responsabilidad y una necesaria doctrina. Este conglomerado humano, progresivamente creciente, constituye una carga y un estorbo para esa misma sociedad que lo ha hecho posible. Cuando esto ocurre, existe, a no dudarlo, una grave contradicción interna en la cultura.

Una sociedad, para progresar y evolucionar, requiere de ir superando y resolviendo sus contradicciones internas de estructura y organización. En este sentido, adquiere profundo significado el status de los grupos humanos que la forman, bien sean éstos niños, adultos o viejos, pues todos y cada uno de ellos deben contar y actuar, ya que resulta absurdo e incongruente que se fomente la existencia de un grupo sin función. Y si en la actualidad ya no hay quien discuta la legítima autonomía de los estudios del niño, que dan origen y fundamento a la pediatría, a la paidopsiquiatría y a la psicología infantil tampoco hay razón alguna para desconocer la necesaria integración, al mismo nivel teórico de la gerontología, la geriatría y la psicogeriatría, esto permitirá a la sociedad contar con mas herramientas para abarcar los amplios problemas que la vejez implica.

Cuando de la vejez se trata, hay que tomar fundamentalmente tres puntos de mira básicos:

1. El status social del viejo.
2. El envejecimiento fisiológico.
3. El envejecimiento con enfermedad.

Estos aspectos marcan los tres caminos más importantes para el planteamiento y la solución de la problemática de los viejos, tanto en estado de salud como en estado de enfermedad. Entre nosotros es indudable que la actitud de la familia y la sociedad, frente al viejo, está en crisis y que oscila entre la tradición de respeto y protección, que implica cierto grado de sacrificio, y la

intolerancia y el desapego, que conducen a sacudirse al viejo de la mejor o de la peor manera, si es verdad que la vida humana sólo tiene sentido si se la entiende y fragua como tarea, no cabe duda alguna de que la sociedad, la familia, la medicina, y ahora la psicología, deben prestar ayuda eficaz al hombre en la difícil tarea de envejecer con dignidad (Buhler, 1980).

Desde el punto de vista médico psiquiátrico, ha sido y sigue siendo frecuente la confusión entre el envejecer fisiológico y el envejecer con enfermedad, y esto ha dado lugar a graves errores de doctrina, de diagnóstico y de terapéutica. Lo anterior tiene su origen en que el envejecimiento, por sí mismo y en cuanto tal, exhibe una serie de alteraciones funcionales, de rigidez y déficit, que, según el grado, puede situarse en zonas fronterizas de la patología de la vejez. Esta apreciación del grado es precisamente una de las circunstancias que ponen a prueba la pericia y la responsabilidad de la psiquiatría y la psicología, que tienen que valorar el alcance de un estado supuestamente de involución más que de enfermedad. En este sentido, es necesario recalcar que tanto la infancia con su falta de maduración, como la vejez, con su regresión involutiva, no son sino procesos naturales de la curva vital humana, ya bajo este ángulo de reflexión, no hay que olvidar que vivir y envejecer son esencialmente lo mismo.

El problema central del envejecer fisiológico, que encaran tanto el psicólogo como el psiquiatra, radican en la dificultad de conciliar el mundo fraguado a todo lo largo de la vida, con los nuevos modos de pensar y de vivir que muestran las generaciones más jóvenes. Ello da lugar a una progresiva incompreensión y a choques entre el viejo y otros grupos de edades diferentes. Sería un error considerar que todas las manifestaciones que exhibe son consecuencias inexorables de su propio envejecer. Muchas de ellas están condicionadas por la sociedad en que les ha tocado vivir. Es esta sociedad, en efecto, la que hace de sus viejos un desventurado conjunto que estorba y es inútil. Son las pautas de

status sociales, familiares y laborales las que los sitúan al margen de toda posibilidad de la función y productividad (Patiño, 1990).

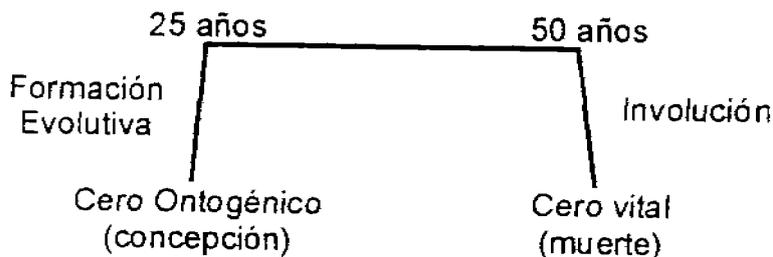
En suma, se estima que ha quedado ya claramente planteado el hecho de que el viejo y los viejos de una comunidad deben de formar un grupo unitario que no permita extrapolación alguna de los enfoques que se hacen estudiando a los niños, a los jóvenes o a los adultos. En la resolución de la problemática apuntada, cobran importancia capital todas las aportaciones de las ciencias sociales, que conjuntamente consideradas, van a permitir una planificación y programación estatal, que hagan posible que la última etapa biológica pueda transcurrir con los indispensables requisitos de justicia y bienestar humano.

Es útil recordar aquí el esquema del curso vital humano propuesto por Charlotte Buhler, el cual exhibe las edades clave siguientes:

0 años
25 años
50 años
75 años

Del cero ontogénico al cero vital, existen tres períodos:

1. El crecimiento o evolución.
2. El de estabilidad o maduración.
3. El de involución o regresión.



Estos tres grandes períodos en el curso de la vida humana, pueden estar estructurados sobre un fondo básico de salud o bien de enfermedad. Esto último puede ser de predominio biológico, psicológico o social. Por eso cada etapa de la vida exhibe una patología diferente, y esto constituye el claro fundamento de la pediatría y la geriatría. La presentación fundamental recaerá sobre la tercera etapa de la vida, que puede calificarse, en términos generales, como de involución. La parte final de esta última etapa corresponde propiamente a la vejez. Así pues, se deberá hablar con rigor de los problemas psiquiátricos en la involución y en la vejez.

Es conveniente tener siempre presente los tres puntos de vista:

1. El status social del viejo.
2. El envejecimiento fisiológico
3. El envejecimiento que cursa con enfermedad.

Como es obvio, aunque teóricamente separados y distintos, se presentan a menudo en indisoluble relación. Por eso no pueden enfocarse separadamente los aspectos médicos, los psicológicos y los sociales en la labor clínica diaria.

Con mucha frecuencia son llevados a los manicomios a viejos que han intentado el suicidio, con etiqueta diagnóstica de depresión senil o cosa parecida, claro que hay "depresión" pero en el fondo se trata de una situación afflictiva grave que no tiene ni puede tener los mismos mecanismos terapéuticos.

Se debe recordar, que conforme se envejece, el individuo debe utilizar el día y la hora, en vez de luchar con fantasías y actitudes irracionales por alejar el envejecer; la lucha debe confundirse con el diario vivir, y ésta es la mejor forma de evitar a tiempo el marasmo y la desesperación.

Por último, se estima como una fundamental advertencia a los profesionistas de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y neurólogos) que vigilen su actitud ante el estudio cuidadoso de los viejos. Con mucha frecuencia sienten pereza y adoptan una actitud de impaciencia e indiferencia ante ellos, como si no valiera la pena, o bien como si el esfuerzo no se justificara o fuera inútil. En estos casos, siempre hay algo equivocado en la personalidad del terapeuta o del psiquiatra, que este tiene la obligación de descubrir, valorar, e incluso tratar por psicoterapia, en caso necesario.

La paradoja de la salud nos lleva a reflexionar respecto a que entre más sano se mantuvo a un individuo mas tiempo vivirá y si en ese vivir la sociedad y él mismo no se preparan para la vejez, el puro hecho de llegar a esa vejez lo afectará. Da la impresión que la gente hace todo lo posible y desea llegar a viejo (vivir mucho), pero no ser viejo.

4.3.10. JUBILACIÓN

Jubilación: Acto de jubilar. Declarar una empresa o una institución, que una persona puede retirarse de su trabajo y continuar recibiendo un salario como pensión, debido a los años que ha trabajado en ella, a quien ha alcanzado cierta edad, o por causa de alguna enfermedad (Diccionario Fundamental del Español de México).

La jubilación constituye para muchos humanos una tragedia (una tragedia anunciada) es un hecho de observación que después de la jubilación, se presentan más velozmente los síntomas del envejecer, tanto físicos como psicológicos y que gran parte de la vitalidad se pierde al desaparecer las responsabilidades de un trabajo regular. Para muchos sujetos el relevárseles del trabajo es humillante, porque se les hace saber que ya no son competentes o

porque ya no es posible desempeñarlo, y esto les genera necesariamente estados de angustia y depresión.

Para algunas personas, la actividad productiva del trabajo es la única posibilidad de vida, pues no solo canalizaban su intelecto e interactuaban en su aspecto social, sino también podían manifestar las capacidades creativas que pudiesen tener. En el caso de la mujer que es y ha sido ama de casa, sus labores no se suspenden del todo y sus contactos sociales pueden continuar sin grandes modificaciones.

Uno de los conflictos más importantes en la vejez, es la necesidad de buscar nuevas metas y el reorganizar la vida sin caer en la sensación de inutilidad. El ocio rutinario llega a provocar conflictos conyugales, el varón se inmiscuye en asuntos domésticos que hasta entonces no había intervenido, la esposa o compañera al ver una invasión de su territorio, sentirá la presencia del marido, insoportable. Algo semejante le ocurre a la mujer cuando empieza a intervenir en el hogar de los hijos, entrometiéndose en sus problemas. Las personas sin que hacer en el hogar, se convierten en gruñones, cascarrabias, despertando antipatía y rechazo de quienes tienen que convivir con ellos.

La mayoría de los viejos, tienen miedo a sentirse solos, ser relegados es sentir la anomia dentro de la familia. Así mismo al enfrentarse con la muerte de familiares o amigos cercanos, los aísla más, puesto que ven perdida otra relación social, lo cual disminuye el deseo de vivir.

El viejo vive sus reminiscencias mirando hacia aquel pasado que tuvo para él un significado. el pasado para él representa tan solo un recuerdo, de los días en que era más fuerte, tenía mayor dominio de su entorno esto es él controlaba el nicho ecológico familiar y ahora tan solo es parte de él. Sienten el hecho que

dentro de la familia, no exista función específica, ya ni siquiera como vocero del pasado, así mismo al enviarlos a los "clubes de la tercera edad" no solo los retiran de la circulación, sino que adentro viven "la competencia" de lamentos y enfermedades que a algunos molesta.

Si bien en el mundo, no existe en la actualidad un papel social del viejo. Estos ayudan en la crianza de los nietos, reproducen y enseñan a los pequeños a integrarse a la familia, sin crear demasiados problemas y así poder formar parte en los mecanismos de producción, o mantener la función de cuidadores del hogar, según el sexo. No es cierto que los hijos quieran de un modo generalizado ingresar a sus abuelos a un asilo, por el contrario hay una tendencia a conservarlos en el propio hogar el mayor tiempo posible, o bien rotándolos entre toda la familia aunque esto, en ocasiones les acarrea problemas de desorientación y confusión.

La función del viejo dentro de la estructura familiar se puede observar desde dos enfoques sociológicos, el funcionalista y el marxista. El funcionalista menciona que la socialización del niño y la estabilización emocional del adulto son básicas para conseguir que la sociedad funcione correctamente. Los niños deben ser integrados al sistema y los adultos deben de ayudarse a través de la interacción matrimonial y la única función que se les atribuye a los viejos en este esquema es pasiva, la de ser atendido. No se le abandona, pero tampoco se les asigna función concreta.

En el enfoque marxista, se parte de que la familia tradicional tenía como función importante la transmisión del patrimonio. Esta función incluso dentro de una esquema familiar nuclear sigue siendo importante entre la burguesía, lo que permitía hablar de dos tipos de viejos:

1. Los que tienen patrimonio.
2. Los que no tienen patrimonio.

En el capitalismo el viejo rico no es objeto de preocupación, excepto por los problemas que afectan su salud. El esquema señala que la familia tradicional extensa, trigeneracional o patriarcal ha existido en muy pocos casos y normalmente ligada al hecho de la transmisión patrimonial. En los grupos sociales pobres, la misma necesidad de sobrevivir alejaba a los hijos del hogar paterno. Hoy cabe pensar más en una familia extensa emocional, en la que cada núcleo vive independientemente, pero existe una relación afectiva, desde la perspectiva marxista la población vieja no cumple ninguna de las funciones humanas, ya no tiene hijos a los que inculcar la ideología y ella misma tampoco es productiva (Lehr, 1980).

El modo de producción capitalista adapta la estructura familiar a sus necesidades productivas. El productor varón, debe de mantener a su mujer y a sus hijos; a los que debe preparar para el proceso de producción. El padre además de producir entrena para la vida, dar fuerza de trabajo. Este esquema además deja completamente formado al hijo para integrar su propia célula familiar, o simplemente abandonar el hogar paterno y organizar su existencia separadamente (visión muy utópica, en la realidad actual, donde vemos al hijo de un industrial, que tan solo espera la muerte de su padre para quedarse con todo, y como el no construyó ese imperio, lo dilapida en un santiamén. Y por lo tanto no existe obligación de atender al padre en la vejez). No hay tampoco ningún papel importante reservado al viejo, a no ser de una pieza más del hogar. Y dada la institucionalización del estado, este se debe hacer cargo del viejo, y así vemos como se les relega a los asilos públicos (para indigentes), porque así la industria familiar no se descapitaliza si es que se les ingresa a una residencia para viejos.

Shanas citado por Lehr (1980) menciona que los viejos que no tuvieron hijos se sienten solos y abandonados por que ellos hicieron lo mismo con sus padres (culpa).

En cambio Rosemary Rusk (también citada por Lehr), exterioriza que no es tanto el aislamiento social de los viejos, que si bien estos viven solos y separados de los hijos, hay una gran comunicación entre ellos, en muchos casos.

En cualquier caso, parece claro que el problema principal se plantea cuando el viejo esta impedido, y no puede vivir en su propia casa, y necesita que alguien lo atienda constantemente, y la familia no tiene tiempo para dedicarle (esto es conocido en los psiquiátricos, con síndrome de mala contención familiar). Otro problema no tan importante, pero no menos molesto para aquellos que se quejan de ellos, son las incomodidades que les causa tener un viejo enfermo, permanentemente en casa; la falta de libertad, la interferencia en la educación de los hijos y por supuesto la carga económica.

Lehr (ibidem), enfatiza que los viejos que se quejan y desean contactos familiares provienen de gente cuyos contactos sociales se centraban exclusivamente durante toda la vida, en la familia se trata de individuos que, ya durante su escolaridad se apartaban de la clase, se alejaban de los juegos de sus compañeros por orden de sus padres y por lo tanto se mantenían al margen de todo el grupo juvenil, etc. En cambio, para aquellos sujetos que supieron establecer y cultivar siempre asiduos contactos, dentro y fuera del ámbito familiar, en la vejez no necesita tanto de la familia como vital e imprescindible.

Es importante señalar que la familia urbana moderna, constituida por las últimas generaciones, cada vez menos, tiene lugar físico y doméstico para los abuelos. Consecuentemente estos tienen que buscarse su propio alojamiento, vivir solos, o con otras personas, parientes o no en pensiones, hoteles o asilos. Y que el aislamiento social implicado, así como la imposibilidad de mejorar su nuevo nicho ecológico cultural "cuarto en el asilo" produce en los viejos, no solamente

sentimientos de soledad, amargura, sino además, una pérdida de sentido y propósito en la vida, sino que también suscita una de las importantes bases de la injusticia económica y de inseguridad en la vejez.

4.3.11. MALOS TRATOS

Según un estudio realizado en 1986, por el laboratorio de investigación familiar de la Universidad de New Hampshire, cada año, alrededor de un millón de americanos viejos, son lesionados físicamente, o sufren agresión psicológica o abandono por algún miembro de la familia, los varones y mujeres viejos, con o sin enfermedades o dependencias del cuidado familiar, son vulnerables a los malos tratos. Además de sufrir lesiones físicas, estas víctimas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira, y necesitan consejo extenso para recuperar la independencia. Dada la incidencia actual de malos tratos y el crecimiento previsible de este segmento de la población, es imperativo que los cuidadores sanitarios que trabajan con viejos aprendan a reconocer e intervenir a favor de sus pacientes. Sin embargo, debe reconocerse que la base de información sobre abuso y descuido de los viejos es limitada y se necesitan más investigaciones para comprender mejor las causas del problema, la forma de prevenirlo y los modos de intervención.

Para definir el abuso y el descuido de los viejos, deben considerarse las preguntas siguientes:

1. ¿Quién está siendo objeto de abuso o descuido?

Recordar que viejo es una persona de 60 años o más, la víctima puede ser competente o incompetente sana o enferma, mujer o varón no importa el género.

2. ¿Quién es el responsable del abuso o descuido?

El abuso o descuido puede proceder de un familiar (cónyuge, hijo, nieto), un

cuidador remunerado o personas no relacionadas.

3. ¿Dónde se está produciendo el descuido?

El abuso o descuido puede ocurrir en el hogar del viejo, en el del causante, en un contexto de vivienda compartida o en una institución.

4. ¿Cuál es el patrón de abuso o descuido?

Aunque un solo acto de violencia puede causar daño, el abuso o descuido del viejo, se caracteriza a menudo por un patrón de violencia continuada en el que la severidad y la incidencia aumentan a lo largo del tiempo.

5. ¿Qué tipo de abuso o descuido se está depurando?

El abuso o descuido puede incluir maltrato físico, psicológico o económico.

6. ¿El maltrato es intencionado o inintencionado?

En algunos casos, el maltrato se produce deliberadamente para causar daño; en otros, el daño resultante no es intencional.

En los años 60 se reconoció el fenómeno de abuso infantil (síndrome del niño maltratado) y en la década de los 70 ocurrió una nueva percepción del abuso por parte del cónyuge. Ambas formas de maltrato derivan fundamentalmente de violencia mediada por la familia. El conocimiento sobre posible abuso de los viejos aumentó gracias al interés previo y a la apreciación de esas formas de violencia dentro del ambiente familiar. A finales de los años 70 se seguía negando el maltrato del viejo, en los Estados Unidos..., y uno se pregunta ¿se necesitaron 100 años entre la percepción del problema del abuso infantil y la promulgación de leyes sobre el tema, mientras que en el caso del abuso por parte del cónyuge fue solo de 10 años? En lo que se refiere al abuso de los viejos, la percepción del problema y la promulgación de leyes encaminadas a controlarlo han sido casi simultáneas. La comunicación de los casos es obligatoria en 43 estados, cuando el abuso ocurre dentro del hogar, y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones.

La falta de conocimientos sobre el proceso del envejecimiento y las actividades negativas hacia los viejos puede contribuir al abuso y el descuido de estos. Una sociedad en la que son comunes las actitudes negativas hacia la vejez y los viejos, favorece el desarrollo de un medio ambiente en el que puede producirse con facilidad el maltrato de los viejos. El aislamiento constituye una barrera contra la detección de estos comportamientos. Tal aislamiento se intensifica a través de la jubilación obligatoria y la subutilización de los viejos, en una sociedad que valora la juventud, así como el poder y el nivel social, muchas veces definido por el puesto de trabajo.

Las cinco teorías, propuestas con frecuencia para explicar el abuso y el descuido de los viejos, tienen como base:

1. Psicopatología del causante del abuso.
2. El estrés.
3. La violencia entre generaciones.
4. La dependencia.
5. El aislamiento.

Las categorías generales del abuso y descuido son tres:

1. Abuso psicológico.
2. Abuso físico.
3. Abuso económico.

El abuso psicológico, abarca una gama de comportamientos que causan sufrimiento emocional a un viejo. Dentro de la gama se incluyen el abuso verbal – amenazas, insultos, órdenes rudas –, así como el silencio o la actitud de ignorar al viejo. Una forma de abuso psicológico es el infantilismo: el individuo mayor es

tratado como un niño pequeño, lo que induce a la aceptación pasiva de un papel dependiente.

El abuso físico, puede producir una amplia gama de lesiones corporales. Los ejemplos incluyen golpes, empujones, ataduras o alimentación inapropiada. La agresión sexual incluida en esta categoría, requiere de un énfasis especial, puesto que algunas personas consideran esta forma de violencia inconcebible cuando se trata de un viejo. El término "agresión sexual" se refiere a cualquier forma de intimidad sexual, obtenida sin consentimiento y mediante la fuerza o amenaza de fuerza.

El abuso económico, consiste en el mal uso, explotación o falta de atención a las posesiones o el dinero de un viejo. Esta forma de maltrato incluye la aprobación y el manejo irresponsable de estas posesiones y la presión sobre la víctima para que las distribuya.

Algunos de los signos y síntomas se buscan sobre todo cuando se presentan agrupados y sugieren la posibilidad de abuso o descuido subyacente.

Los malos tratos psicológicos pueden conducir a insomnio, privación del sueño, necesidad excesiva de dormir, aumento o pérdida inusual de peso, cambio de apetito, crisis de llanto, paranoia inexplicable, baja de autoestima, temores excesivos, ambivalencia, confusión, resignación o agitación... **El mal trato físico** puede sospecharse en presencia de hematomas, quemaduras, verdugones, laceraciones, punciones, fracturas y luxaciones, evidencia de mal uso de medicamentos, desnutrición/deshidratación o arrancamiento de cabello, enfermedad venérea inexplicada o infecciones genitales inusuales, signos de sujeción física contra la voluntad del paciente (rozaduras causadas por cuerdas), falta de gafas, audífonos, prótesis dentarias u otros dispositivos similares y

deterioro inesperado e inexplicable de la salud de la víctima, los indicadores de **abuso económico** incluyen la detección súbita e inexplicada de:

- a) Imposibilidad de pagar las facturas.
- b) Retiro de dinero de las cuentas bancarias.
- c) Disparidad entre los recursos disponibles y las condiciones de vida reales.

Dado que no existe un prototipo de individuo que abusa de los viejos, el equipo psicólogo- médico, debe de evaluar la causa específica del abuso en cada caso específico. Es posible que se superpongan varias causas, como stress del cuidador junto con la violencia entre generaciones. Estos factores etiológicos proporcionan un contexto de referencia, que puede guiar la intervención y proteger a la víctima. Es importante recordar que muchos causantes de abuso no son cuidadores, sino familiares que dependen de la víctima respecto al dinero, el alojamiento o el soporte emocional (Adelman y Breckman, 1998).

El profesional sanitario debe decidir si el caso requiere intervención urgente. Las circunstancias que obligan a una intervención inmediata incluyen necesidad urgente de atención médica o psiquiátrica, abuso que ponga en peligro la vida de la víctima o pudiera conducir al daño permanente, y trastorno del individuo causante del abuso hasta el punto de hacerlo incapaz de cuidar a la víctima.

Otras intervenciones oscilan desde proporcionar información educacional (informar a la víctima sobre el problema del abuso y las opciones disponibles y ayudarla a diseñar planes de seguridad). Soporte psicológico (psicoterapia individual y grupo de apoyo), soporte de urgencia (alojamiento y ayuda para obtener atención médica inmediata) asistencia médica y alojamiento alternativo (desde un albergue compartido con otra persona, hasta un asilo).

Los causantes de abuso no suelen maltratar continuamente a sus víctimas, y es posible que exhiban un comportamiento bastante normal entre los episodios. A menos de que se disponga de alguien que pueda llenar el vacío dejado en la vida de la víctima por la ausencia del causante del abuso, quizás resulte muy difícil prescindir inmediatamente del él. Además, puesto que el consejo del viejo victimado, requiere de varias sesiones, el profesional sanitario debe de plantear una intervención por pasos en vez de medidas rápidas con resolución a corto plazo.

Si la víctima es competente, el profesional sanitario le presentará las opciones disponibles para que escoja la que prefiera. En el caso de la víctima incompetente, las decisiones son tomadas en último término por los tribunales de justicia.

Lo paradójico es que aunque sea difícil aceptarlo, a veces resulta preferible dejar que la víctima permanezca en un medio ambiente abusivo, que ingresarlo a un asilo (sobre todo cuando el viejo victimado, no quiere dejar su hogar).

Si la víctima es incompetente debido a afectación cognitiva, resulta preferible que la mayoría de las decisiones sean tomadas por un equipo interdisciplinario. Debe decidirse conociendo perfectamente la severidad de la violencia, el estilo de vida previo del individuo y las ramificaciones legales del caso. A menudo no existe una sola decisión correcta, y todos los casos deben ser objeto de vigilancia cuidadosa.

4.3.12. EUTANASIA

Por etimología eutanasia significa "bien morir" algunos la consideran como una forma posible de ayudar a un moribundo, acortando sus sufrimientos. La eutanasia ha sido muy debatida por sus evidentes implicaciones morales y legales. En la actualidad, su utilización se plantea en algunos casos de pacientes mantenidos

con vida gracias a los aparatos que asisten las funciones vitales y que tienen funcionamiento cerebral muy comprometido. Entran en esa categoría muchos ancianos que podrían ser mantenidos con vida, a pesar de un grave deterioro físico y mental.

Weisman y Kastembaun (1992), hacen una anotación interesante con respecto a ciertas similitudes entre la eutanasia y el trasplante de órganos. Según estos autores, los candidatos tanto a la eutanasia como al trasplante de órganos son víctimas de enfermedades incurables y tienen que enfrentarse con la muerte en un futuro cercano. Además, su incapacidad física es tal que resulta extremadamente difícil que tenga calidad de vida. Para llevar a cabo cualquiera de estos procedimientos es necesario el consentimiento responsable de las personas implicadas, ya que ambos participan de la muerte inexorable.

Weisman agrega que también existen diferencias: el trasplante de órganos busca aliviar el sufrimiento y alargar la vida, con la eutanasia también se busca aliviar el sufrimiento, pero mediante el acortamiento del proceso de morir.

Mishara y Riedel (1984), refieren que existen por lo menos dos maneras de agrupar los tipos de eutanasia. En la primera está la llamada eutanasia activa que consiste en llevar a cabo un acto que provoca la muerte (inyectar aire o una sustancia letal por vía intravenosa; desconectar los aparatos que mantienen las funciones vitales, etc.). Este tipo de intervención es el que ha creado mayor polémica y suele ser muy censurado. La eutanasia pasiva también ha sido objeto de censura, pero es mejor aceptada y se realiza por abstención de las técnicas y actos que podrían mantener la vida. Una segunda forma de clasificar la eutanasia es la siguiente:

- 1) Eutanasia directa y voluntaria: el paciente decide quitarse la vida y realiza el acto para lograrlo. En este caso se trata de un suicidio.
- 2) Eutanasia indirecta y voluntaria: el paciente autoriza a otro para que ponga fin a su vida, si no hay posibilidades de recuperación, como tampoco de tomar él mismo la decisión de morir (por estar comatoso, por ejemplo). En algunos lugares se intenta implantar una modalidad llamada "penúltima voluntad" mediante un documento escrito que provee la autorización.
- 3) Eutanasia directa e involuntaria: equivale a la forma activa ya descrita y se lleva a cabo sin contar con la autorización previa del paciente.
- 4) Eutanasia indirecta e involuntaria: la evolución del estado del enfermo se deja librada a su curso, sin intervenir; esta abstención se hace sin la autorización del paciente.

La pregunta que formulan Mishara y Riedel en torno a la eutanasia es en que medida una sociedad que dispone de los medios para retardar la muerte puede proporcionar también otros medios para mejorar las condiciones de los últimos momentos de la vida. No debe dejar de tomarse en cuenta que se han dado casos de familiares de enfermos terminales que apoyándose en el cese del sufrimiento, aceleran el desenlace final con el objetivo de apoderarse de sus bienes.

El tema de la eutanasia crea conflicto en los trabajadores de la salud quienes dicen sentir un enfrentamiento interno entre el respeto y hasta afecto que llegan a sentir por la persona, el sufrimiento que saben que atraviesa y el efecto cultural que nos impulsa a mantener la vida en las mejores condiciones que nos sea posible. La elección que se va a seguir cuando se plantea esta alternativa tiene una relación estrecha con la ética.

4.3.13. ASUNTOS ÉTICOS

Durante el cuidado de individuos adultos mayores, los temas éticos y legales se plantean con asiduidad, originando dificultades especiales. Los problemas más comunes incluyen la evaluación de la capacidad de decisión, la determinación del grado de opciones terapéuticas, el desarrollo de instrucciones previas y la prevención de la muerte. Además, los dilemas éticos, están influidos por preocupaciones relacionadas con la asignación de los recursos.

En general, la estrategia para solucionar los problemas éticos es la misma en las personas mayores que en las más jóvenes, puesto que existen más semejanzas que diferencias entre ambos grupos de edad. Sin embargo, entre los individuos mayores existe mayor variabilidad en cuanto a sus reservas fisiológicas, psicológicas y sociales. Así pues, al discutir temas éticos, la inclusión de la categoría "adulto mayor" exige una asignación cuidadosa.

Para algunos fines puede ser adecuado una definición basada en la edad, por ejemplo:

"Las personas mayores de 80 años han hecho tanto por el país, que deben recibir un alojamiento adecuado".

En otros casos, de edad es simplemente un sustituto del fundamento racional, por ejemplo:

Los individuos con múltiples incapacidades suelen ser malos candidatos quirúrgicos, por tanto, la cirugía debe restringirse de forma estricta en los pacientes con más de 80 años.

En tales casos, la articulación del fundamento racional subyacente puede ser más exacta y efectiva, es decir, un robusto paciente de 80 años, con excelentes

reservas fisiológicas, psicológicas y sociales, que se beneficiaría con una intervención quirúrgica, no debe verse privado de esta opción sólo a causa de su edad, a la inversa, podrían existir razones válidas para desaconsejar una intervención quirúrgica potencialmente beneficiosa, a un adulto mayor en situación menos favorable, y estas razones deben identificarse con claridad, comprenderse y acordarse con el adulto mayor en situaciones menos favorables, no solo con su familia.

En algunos casos, la atención de un paciente moribundo puede parecer más dirigida a acelerar su muerte que a prolongar su vida, la cuestión de si este enfoque debe considerarse una atención médica correcta o un asunto criminal (homicidio o ayuda al suicidio) es un tema cada día más complicado.

Este problema surge en los adultos mayores enfermos o no, que solicitan la interrupción de la nutrición e hidratación por vía parenteral, en los que optan por renunciar a un tratamiento del que cabría esperar remisiones prolongadas de la enfermedad, y en aquellos con una disnea sofocante que pueden aliviarse mediante la sedación, tratamiento que, por otro lado, acelera la muerte (Mc. Connel y Lynn, 1998).

Estos casos rara vez se consideran del tipo criminal, la mayoría de los casos relacionados con acciones médicas que aceleran la muerte de los pacientes son considerados como intentos para anular el dolor y otros sufrimientos en estas situaciones, el tiempo de vida previsible habría sido tan breve y la alternativa tan angustiante, que no existe necesidad de preguntarse si el tratamiento para prolongar la vida del paciente debe o no llevarse a cabo, sin embargo una vez planteada la cuestión, surge también el tema de si constituye realmente una muerte legal. En el contexto que tratamos no existe una distinción tan evidente, y

la sociedad (léase familia), debe desarrollarla para actualizar con claridad una definición acerca de las conductas que deben de seguirse con el moribundo para aumentar los aspectos positivos de la muerte, reducir el sufrimiento sin permitir el asesinato directo y reafirmar el valor de la vida.

Tener en mente que la colaboración o la ayuda al suicidio sigue siendo un acto criminal en la legislación de la mayoría de los países del mundo excepto en Holanda e Inglaterra. Así mismo, que el suministro directo de fármacos letales a un paciente moribundo junto con instrucciones para utilizarlos puede constituir un acto punible en unos pocos países, pero no en otros. Que antes de actuar toda aquella persona enfocada a la salud, especialmente a los adultos mayores, (médicos - psicólogos, terapeutas, trabajadoras sociales, personal de enfermería), que se enfrenten a tal situación deben siempre buscar una ayuda legal, y no solo apoyarse en sus valores éticos o humanitarios.

Finalmente, el profesional de la salud nunca debe utilizar una modalidad de tratamiento que pueda considerarse convencionalmente, como un medio homicida, pues aún cuando aquel alegase que la terapia pretendía ofrecerle bienestar al paciente, si este muere podría ponerse en duda su afirmación, ser acusado de un crimen y resultar sumamente difícil su absolución (Carroll, 1998).

Las situaciones de tipo ético incluyen otras esferas. Muchos adultos mayores suelen decir que los tiempos pasados eran mejor que los actuales, idealizan las décadas anteriores, recuerdan tratos amables y cordiales a sus abuelos, quienes participaban, opinaban y eran oídos en la vida familiar, social y política. "Los ancianos eran valorados y respetados por sus conocimientos y experiencia acumulada, y como tribunos portadores de las costumbres y tradiciones". Hay que mencionar que los recuerdos de las personas mayores suelen ser selectivos, evocan hechos positivos para ellos, hacen del pasado un ideal y del presente un desastre. En la actualidad, la dinámica humana supone muchas veces dejar atrás

las tradiciones, no venerar el pretérito, sino el futuro, disolver actitudes y valores acostumbrados, imponer la racionalidad técnica sobre efectos y experiencias. En el presente en no pocos servicios sociales para el adulto mayor, a las personas mayores se les suele retirar la autonomía, o bien se les sobreprotege, valorándolos con enfoques utilitaristas o denigrándolos; todas las situaciones anteriores competen a la ética.

La ética además de ser compleja en su contenido, lo es en su metodología que es interdisciplinaria, recurriendo a enfoques pluralísticos y multidisciplinarios originados en la filosofía, leyes, teología, ciencias sociales y ciencias de la conducta. En el caso de los servicios sociales para los adultos mayores la ética se ocupa de la moralidad de los actos de quienes otorgan servicios a dichas personas o se relacionan con ellos.

Pocas veces se plantean interrogantes acerca de la importancia de los vínculos entre la ética y la atención de los adultos mayores, parecería que sólo interesan las relaciones en forma coyuntural, por academicismo o por curiosidad, olvidándose que la ética es un rostro del estudio y de los servicios sociales a las personas mayores.

La ética se ha clasificado en descriptiva, metaética y normativa; en el caso de los servicios sociales para los adultos mayores la primera presenta las conductas morales del personal, funcionarios y directivos ante las personas de edad avanzada; la segunda interpreta y analiza dichas conductas y la tercera da lugar a posiciones de valoración; con otro enfoque la ética puede ser relativa o absoluta, la relativa indica que es cambiante, de acuerdo a los tiempos y a los espacios; la ética absoluta señala que la misma no cambia, es categórica. La ética relativa señala que los problemas que se confrontan están en relación con el desarrollo socio-económico; en las regiones industrializadas, pueden referirse a eutanasia,

mientras que en los medios rurales se refieren a escasez de recursos, pérdidas de medios y diferencias culturales (Orellana Otero, 1993).

Los fundamentos morales de la ética moderna se basan en los cuatro principios: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, principios que en la práctica se entrelazan.

Autonomía significa respetar la identidad, independencia y libertad del adulto mayor en cuanto a decidir en relación a su salud y su vida, o sea, que dicha persona determine sus acciones y elija el proyecto para el resto de su vida. El adulto mayor obra autónomamente cuando su comportamiento proviene de su voluntad. Hay heteronomía cuando sus actos proceden de otra persona; ley o poder, cuando se trata de los adultos mayores como sujetos, personas capaces de participar en su propio destino (autonomía) es posible que aumente la confianza de los mismos; si son tratados como objetos, no permitiéndoles el ejercicio de su libre albedrío (heteronomía), hay desmoralización en las personas de edad avanzada. Cuando la autonomía de los adultos mayores pasa a depender de otros, aún de sus familiares más cercanos, debe tenerse la certeza que está perdiendo dicho principio.

En los servicios y organismos sociales públicos y privados para el adulto mayor, el principio de autonomía se refiere a que las personas de edad avanzada puedan y deban tener libertad para elegir cuando corresponda su prestador y sus servicios; dentro de este principio tiene importancia "consentimiento informado o idóneo" (información adecuada a los usuarios sobre su vida y prestaciones, aceptando o rechazando conscientemente los mismos). Es importante señalar que en dichos servicios deben estudiarse cuidadosamente las decisiones que se toman por los adultos mayores, teniendo en cuenta que no sólo se puede violar su autonomía, sino que en ellos todo es a corto plazo.

Para preservar la autonomía del adulto mayor se debe apoyar el autorespeto y

la dignidad, sin recurrir al engaño o a la manipulación; debe haber en su lugar información adecuada, completa, clara y oportuna. Este principio de la autonomía, significa respeto al adulto mayor, base e inspiración de los servicios sociales para las personas mayores.

La beneficencia implica que a las personas de edad avanzada se les brinden servicios que les ayuden a mantener o recuperar su bienestar físico, psíquico y social. El principio de beneficencia debe orientarse a mejorar las condiciones de los adultos mayores. Asegurar la estabilidad, la seguridad y la paz de los adultos mayores son las condiciones básicas de este principio. La beneficencia se orienta a resultados, uno de los retos es apoyar a los adultos mayores para que sean autovalentes, favoreciendo su autoatención, autosuficiencia, aceptando y aprendiendo los nuevos derroteros de vida: abuelidad, viudez, jubilación, enfermedad, discapacidad y muerte de seres queridos.

No debe confundirse la beneficencia con el paternalismo que subordina, que evita la autonomía, el paternalismo significa proteger benévolamente, tomando decisiones y llevando a la práctica acciones en nombre de otra persona. El aspecto de paternalismo se liga a servicios innecesarios (fútiles), que suelen practicarse con el propósito de recuperar u obtener autoridad sobre los adultos mayores o sus familiares.

En los servicios sociales para los adultos mayores la beneficencia tiene expresiones: humanas, administrativas y técnicas, en cuanto a las humanas el afecto, la amabilidad, la dedicación, la calidez y la solidaridad son ejemplos; las manifestaciones administrativas se refieren a la accesibilidad a la oportunidad en los servicios; y las técnicas, abarcan la eficacia, eficiencia y calidad. Problemas especiales en la aplicación del principio de beneficencia en los adultos mayores se presentan cuando hay deterioro mental, entonces familiares o prestadores de

servicios pueden tener la necesidad de abrogarse la capacidad de decidir en busca del bien; otras dificultades con la beneficencia ocurren cuando para llevarla a cabo hay intereses opuestos o diferentes entre el adulto mayor, la familia y los proveedores de servicios; otra situación problemática a considerar son los costos de las atenciones, recordando que en los adultos mayores los costos de los servicios que se les otorgan pueden ser elevados y la utilidad y el beneficio mínimos.

Un problema importante en relación al principio de beneficencia se presenta cuando en los organismos e instituciones para adultos mayores no hay continuidad, ni consistencia en planes y programas, no se llevan a término muchas iniciativas por desaliento del personal, insuficientes recursos o cambio de autoridades, lo que motiva posiciones de duda e incertidumbre en los "beneficiarios". Solamente una política estable de los servicios sociales puede ayudar a los adultos mayores.

El tercer principio, la no maleficencia, quiere decir no provocar daño a las personas de edad avanzada, significa que se vean libres de acciones que afecten su bienestar, este principio está muy relacionado con el principio de beneficencia. La aplicación del principio de no maleficencia requiere de una mente crítica, responsable; quizás sea fácil proporcionar servicios; pero no es fácil evitar problemas secundarios o lesiones como consecuencia de acciones de beneficencia. Ejemplos de maleficencia en las instituciones para adultos mayores son: falta de limpieza en las habitaciones, mobiliario inadecuado, escalones altos, ausencia de ascensores, ruido; ejemplos de otro tipo son: coerción, engaño, privación de información, uso de lenguaje peyorativo al referirse a los adultos mayores, las internaciones "abusivas", el confinamiento en casa y cama (soledad, aislamiento). Otros temas que van al lado de la maleficencia en la atención al adulto mayor son escasez de recursos y la limitación de gastos (Fajardo, 2002).

La justicia es el principio que pretende que personal, funcionarios y directivos de los servicios sociales sean honestos con el adulto mayor, actúen clara e imparcialmente, sin arbitrariedad.

La ética en la atención al adulto mayor significa equidad, recibir prestaciones en relación a necesidades y no a insuficientes aportaciones económicas o relaciones sociales, desde un punto colectivo implica otorgar mayor número de atenciones a los que padecen una mayor carga de problema; significa obtener metas utilizando la menor cantidad de recursos o alcanzar niveles elevados de servicios con los recursos disponibles; también significa mejorar la realidad de los adultos mayores, siempre que sea posible.

4.3.14. ASUNTOS JURÍDICOS

Aún cuando se desconoce bajo que reglas se regían las primeras tribus que poblaron el territorio mexicano, se cree que se guiaban principalmente por la costumbre y en la organización social de éstas comunidades el adulto mayor, ocupaba una posición preferente, era respetado y tomado en cuenta por los miembros de la comunidad.

Actualmente en el año 2005, el adulto mayor no solamente se encuentra segregado familiar y socialmente, lo más grave aún es que se encuentra desprotegido jurídicamente. La única institución creada para proteger al adulto mayor, es el anteriormente llamado Instituto Nacional de la Senectud, INSEN, hoy INAPAM, fue creada por decreto presidencial en el año de 1979 por el C. José López Portillo, dentro de los programas sociales el INAPAM, ha creado la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor, que tiene como fin atenderlo (esto es se le brinda el servicio de escuchar su queja) y se le orienta en sus derechos y obligaciones, pero no siempre se le ayuda jurídicamente, con un abogado de oficio, que le

defienda verdaderamente hasta la resolución de su caso por difícil que sea, por lo que el adulto mayor muchas veces pierde la esperanza de que el gobierno le haga caso, y solo ve el INAPAM como una ventanilla más del gobierno (Receptoría de Oficios) pero nunca se le resolverá el problema que enfrenta, creando en él, una desesperanza y peor aún, una actitud de resentimiento (él construyó el México nación que actualmente tenemos, y el Gobierno Federal lo olvida, excepto en el Distrito Federal donde se le brinda una ayuda económica, y se elaboran programas de recreación en los parques y plazas públicas (se les enseña a bailar danzón, o bien se practica el taichi-suang etc.), así como diversas prerrogativas en el transporte.

En el marco legal, los adultos mayores son supuestamente protegidos, como es el caso de los siguientes artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2004):

Artículo 5:

Se menciona que todo individuo tiene la libertad de trabajar, independientemente de su condición particular (sexo, nacionalidad, raza o edad).

Artículo 123:

En su Fracción XXIX, Apartado A, se establecen las bases mínimas de seguridad social, la cual comprende los seguros de invalidez, cesantía en la edad avanzada y muerte, seguros que alcanzan no sólo al trabajador sino que engloban el núcleo familiar, jubilación, invalidez, vejez y muerte.

El artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2004) dice:

1. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública, y terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.

2. La Ley General de Salud en la cual se reglamenta la creación y funcionamiento de las Instituciones de Beneficencia, en las cuales se encuentran, los asilos. En base a estos artículos se decretó en el año 1998 y con calidad de organismo descentralizado El Instituto Nacional de la Senectud INSEN, hoy INAPAM.

Nuestra legislación actual sólo contiene disposiciones aisladas tendientes a proteger al adulto mayor, pero siempre equiparándolo al menor; al adulto mayor se le señala en un marco de "igualdad" siendo que requieren de prerrogativas especiales en atención a su vulnerabilidad social, como las siguientes:

En el capítulo I, Título Primero de las Garantías Individuales y Políticas de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 40 a la letra dice: El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable, informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona que tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General conforme a lo que disponga la Fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución...

Toda familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzarlos, es deber de los padres preservar el derecho de los menores, la satisfacción de sus necesidades y la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas, como se advierte los derechos públicos subjetivos del individuo son elevados a rango de garantía constitucional y es evidente que esta obligación debe ser recíproca, ya que los padres al igual que los hijos van a requerir ayuda, y protección en la vejez. El

Código Civil vigente en el Distrito Federal, Título Sexto; del parentesco, de los alimentos y de la violencia familiar señala:

Capítulo II de los Alimentos.

Artículo 301.- La obligación de dar alimentos es recíproca. El que los da tiene a su vez el derecho de pedirlos.

Artículo 303.- Los padres están obligados a dar alimentos a sus hijos. A falta o por imposibilidad de los padres, la obligación recae en los demás ascendientes, por ambas líneas, que tuviesen más próximas en grado.

Artículo 304.- Los hijos están obligados a dar alimentos a los padres. A falta o por imposibilidad de los hijos, lo están los descendientes más próximos en grado.

Artículo 305.- a falta o por imposibilidad de los ascendientes o descendientes, la obligación recae en los hermanos de padre y madre; en defecto de estos, en los que fueran de madre solamente, y en defecto de ellos, en los que fueran solo de padre.

Faltando los parientes a los que se refieren las disposiciones anteriores, tienen obligación de administrar alimentos, los parientes colaterales dentro del cuarto grado.

Artículo 308.- Los alimentos comprenden comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad.

Artículo 311.- Los alimentos han de ser proporcionados a la posibilidad del que debe darlos y a la necesidad del que debe recibirlos. Determinados por convenio o

por sentencia los alimentos tendrán un incremento automático mínimo equivalente al aumento porcentual del salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal.

Dentro del marco jurídico, el Estado señala que las personas en su vejez conforme a lo asentado, tienen derecho a recibir de sus descendientes una pensión para satisfacer sus exigencias alimentarias (en lo que implica legalmente el término), cuando por cualquier causa no podrán estar incorporados a la familia del deudor alimentista y guardando la proporcionalidad que para tal efecto en forma imperativa establece la legislación aplicable.

Todo lo anterior, sin embargo en la práctica resulta ser letra muerta, en tanto que en el grueso de la población en nuestro país, por el estado que guarda nuestra economía, difícilmente los hijos, nietos u otros descendientes, afrontan el cumplimiento de su obligación; máximo que, no existe estímulo por parte del Estado para que las partidas que pudieran destinarse como pensión para tales fines resulten menos gravosas a las finanzas del deudor alimentista.

Es por ello la insistencia de este sector por promover la creación de la legislación que preserve realmente sus derechos establecidos, y en la medida que se pueda cubrir, los familiares de un adulto mayor se hagan cargo de esa obligación.

Ya mencionamos que el Artículo 5 constitucional señala, que a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode siendo lícitos.

Como una de las principales garantías individuales consagra la libertad del trabajo, pero curiosamente no establece cuando se trata de un objeto lícito, sin embargo nos dice que el objeto es ilícito cuando es contrario a las buenas

costumbres o el orden público. El mismo Artículo establece los casos en que la autoridad judicial o gubernativa pueda vetar dicha libertad, como es proteger los derechos de los terceros o de la sociedad.

Protege, también el producto del trabajo, pues nadie podrá ser privado de él sino por resolución judicial; ni obligado a prestar determinado trabajo sin la justa retribución y sin pleno consentimiento, por lo tanto, la ley que impida el trabajo, que lo restrinja, que le imponga condiciones irracionales, viela los derechos humanos, cosa que se olvida, al liquidar al trabajador en muchísimos casos, además, muy prematuramente.

Finalmente, el Artículo en cita, establece que las entidades federales determinarán cuales profesiones necesitan título para su ejercicio y los requisitos que deben satisfacerse para obtenerlo. Así mismo se deduce que las disposiciones contenidas en dicho artículo en relación con el Artículo Primero de la Ley Fundamental, se infiere que la libertad de trabajo se hace extensiva a todo gobernado, a todo habitante de la República Mexicana, independientemente de su condición particular (sexo, nacionalidad, raza, edad). Esto último como vemos, no se está llevando a cabo ya que a los adultos mayores, les está vedado este derecho, como es el caso del asegurado que al jubilarse y querer trabajar nuevamente, pierde la retribución económica de su jubilación.

El panorama que se vislumbra para este sector de la población es angustioso e incierto, ya que aunado a la precaria situación económica de la mayoría de los adultos mayores, ocasionada por la desocupación y marginación, está la insuficiencia de las pensiones, ya que desde los años 90 y bajo el lema de la "modernidad" aparece un sistema que viene a agravar más el problema; y se presenta en forma rutinaria la liquidación, contemplada en parte en la legislación laboral y por lo tanto esta compensación económica "lo liquida" totalmente de la

vida y por supuesto, el adulto mayor no puede exigir nada por ley, puesto que ésta beneficia así a la empresa que por desgracia favorece más a las transnacionales, ahora que estamos pasando por el Tratado de Libre Comercio, así como de "disfrutar" un neoliberalismo en el 2004 y de paso desarticula las asociaciones de obreros y "sindicatos" (Artículo 123, fracción XVI), aparte de los muy ya conocidos arreglos hechos por líderes sindicales corruptos.

En el título Sexto Apartado "A" del Trabajo y de la previsión social el Artículo 123 Constitucional señala que toda persona tiene derecho al trabajo digno y en su Fracción XXIX se señala que es de utilidad pública La Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. En el apartado "B" Fracción XI.- nos dice que la seguridad social se organizará conforme los siguientes mínimos:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales y maternidad, la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas en los casos y en la proporción que determine la ley.

Como podrá observarse, en dicho Artículo y sus fracciones, se establecen las bases mínimas de la seguridad social, pero solo del trabajador y la mayoría de los adultos mayores no cuentan con un trabajo.

Que en el Capítulo IV, de los ciudadanos mexicanos el Artículo 34 nos dice: son ciudadanos de la República, los varones y las mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos, reúnan los siguientes requisitos:

- I. Haber cumplido dieciocho años.
- II. Tener un modo honesto de vivir.

La importancia de adquirir la investidura de ciudadano, indica la aptitud jurídica del individuo para ejercitar sus derechos políticos. Si la calidad de ciudadano representa una capacidad de goce y de ejercicio de los derechos políticos, luego entonces al adulto mayor mexicano no se le están respetando esos derechos, ya que al negársele un empleo por razón de edad, no podrá cumplir con el segundo requisito que señala el Artículo, o sea que tan solo son traídos a la realidad cuando es necesario su voto, prometiéndole que si se lo da a su partido, por lo general al que está en el poder... entonces se le dará lo que solicita. En el informe presidencial de Vicente Fox en el 2003, se mencionó la creación de una Ley para los adultos mayores que se quedó en promesa y en el informe presidencial del 2004, ni siquiera se mencionó, se continúa dando lo que el antiguo I.N.S.E.N. daba, o peor aún, al dar su voto y no tener lo prometido, se anida en él, un sentido de ser usado, con la consiguiente sensación de desaliento que lo lleva a una depresión que lo puede conducir a la muerte social, convirtiéndose tan solo en un fantasma real, en la lista de los desaparecidos, o negados en las cifras del censo nacional. Al respecto Ramón Rodríguez (1998) señaló lo siguiente: ¿acaso no hay en esta tierra persona que sin tener un modo honesto o deshonesto de vivir sean capaces de ejercer derechos políticos?

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2004)

En nuestro Derecho Mexicano, la aplicación de las Leyes sigue un orden jerárquico. Existe una relación de supra a subordinación. La importancia de este orden jerárquico será determinarlos en caso de contradicción entre dos normas (a esto se le conoce como conflicto de leyes).

Las normas jurídicas en cuanto a jerarquía son:

- A. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- B. Las Leyes Federales y los tratados.
- C. Leyes Ordinarias.

- D. Los Decretos.
- E. Los Reglamentos.
- F. Las Normas Individualizadas.

Dentro de las Leyes Federales, se encuentra, La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, cuya función es establecer las bases de organización de la administración pública federal, centralizada y paraestatal. La Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, los departamentos administrativos y la Procuraduría de la República, integran la administración pública centralizada.

Los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las Instituciones Nacionales de Crédito, las Instituciones Nacionales de Seguros y de Finanzas y los Fideicomisos, componen la Administración pública paraestatal.

Es de gran importancia señalar las atribuciones de esta Ley, ya que constituye el fundamento jurídico de la Ley General de Salud, al facultar a la Secretaría de Salud, la vigilancia y cumplimiento de la misma, así como del I.N.A.P.A.M. al igual que el Artículo 73 Constitucional en su parte general.

Como parte de la Administración Pública Paraestatal corresponde a la Secretaría de Salud en materia de asistencia social, además de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, las siguientes observaciones:

Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en sus apartados 1,2,3, y 4.

1. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.

2. Organizar y vigilar las Instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas a integrar sus patronatos, respetando la voluntad de sus fundadores.
3. Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
4. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afectan la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales en los adultos, mendicidad (esta última, ya es patente en los adultos mayores sobre todo en las ciudades de la República y especialmente en el Distrito Federal).

Es en la Ley General de Salud (2004) Ley reglamentaria del Artículo 4º. Constitucional, en donde se establecen algunas bases para la protección de los adultos mayores en México, auxiliada a su vez por la Ley sobre Sistema Nacional de Asistencia Social.

La presente Ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud con la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General.

El Artículo 63 de la Ley General de Salud señala como materia de salubridad general, sobre otras facultades de la asistencia social.

En el Artículo 167 dice que para los efectos de esta Ley se entiende por Asistencia Social, al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, la

necesidad, desprotección desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

El Artículo 168, nos indica que son actividades de la asistencia social:

- 1) La atención a personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez se ven impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo (al parecer se refiere a los adultos mayores y no tan solo a niños y jóvenes).
- 2) La atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo y minusválidos sin recursos .
- 3) La protección del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud (¿en dónde se imparten? Si es así porqué no se le ha comunicado a la ciudadanía de manera eficaz?)
- 4) La prestación de servicios de asistencia jurídica de orientación social, especialmente a menores, adultos mayores y minusválidos sin recursos (aquí se hace un traslado de funciones con el I.N.A.P.A.M. y por lo tanto nadie hace nada).
- 5) La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social. (que se sepa, hasta ahora El Colegio de México, no ha dado informes de lo realizado en esa materia y si es así, no se ha visto nada en efectivo, tan solo en papel).
- 6) La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción asistencial y desarrollo social que se lleva a cabo en su propio beneficio. El apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas. (si no fuera por el grupo "los sesenta que trabajan" nadie los ayudaría, por supuesto ¡dicho grupo es privado afortunadamente! o el número de instituciones que lo intentan es el mínimo.

7) La Prestación de Servicios Funerarios.

El Artículo 171. Señala que las fracciones antes mencionadas en el Sistema Nacional de Salud, deberán dar atención preferente e inmediata a menores y adultos mayores sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental. Así mismo, darán esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psicosomático de los individuos. (Aquí deberíamos preguntarnos ¿tendrán algún cuidado especial los adultos mayores, que están en prisiones? O bien ¿no los maltratan? Varios documentos filmicos dirían lo contrario.

En estos casos las instituciones de salud podrán tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores y adultos mayores, sin perjuicio de la intervención de las autoridades competentes, cabe preguntar ¿qué hacen en caso de abandono de personas viejas en los hospitales, en donde los familiares posteriormente demandan al hospital, porque al no pagar estos, los honorarios y los servicios hospitalarios, el hospital retiene al viejo... que no esta sano y sigue consumiendo..., y el hospital público y de seguridad social al no poderlos entregar a ningún familiar, los canaliza vía trabajo social a los asilos disponibles? (El cupo en los asilos está saturado).

Aquí al parecer, por desconocer el problema y por falta de comunicación entre los distintos órganos del Gobierno, estos se la pasan derivando el problema como es el caso del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que dentro de sus funciones establece en las Fracciones VII y XII del Artículo 15 de La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, la ayuda a los ancianos (también llamados por corto tiempo "adultos en plenitud"

Adulto (a). Llegado al término de la adolescencia; persona adulta.

Plenitud.- Totalidad, abundancia f. Completo desarrollo.

Fracción VII.- Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y minusválidos sin recursos.

Fracción XII.- Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos y minusválidos sin recursos.

Como podrá observarse, se establece duplicidad de funciones, tanto en leyes como instituciones, lo que crea confusión, y esto, si es que llega a leerse, así también para determinar competencias y atribuciones en las acciones.

Y lo peor del caso... actualmente se dice que los viejos cuentan con el I.N.A.P.A.M. quien dice se encarga de su atención y protección en todos sus aspectos (social, económico y jurídico) y cabe cuestionarse ¿en qué país? Aquí en México solo tramita credenciales (la credencial otorga beneficios, pero estos son muy reducidos, no es lo que suscribe la ley). Los beneficiarios se quejan de la burocracia y de recibir orientación y asesoría, pero no un real apoyo en muchos Estados de la República.

La ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (2004) en el Artículo 4 en sus fracciones del 5 al 11 nos indican. La fracción 5 que beneficiará a los ancianos de desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato la 6.- nos refiere a (inválidos por ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuromusculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje y otras deficiencias (al parecer se refieren nuevamente al viejo, aunque la forma en

que está escrito, lo excluye). La 7 refiere al indigente (viejo pobre). La 8 nos habla de las personas que por su extrema ignorancia requieren de servicios asistenciales (viejo analfabeta) se refiere aquellos que por haber prestado servicios a la patria y no haber estado enrolados en ninguna institución, no pudieron recibir instrucción alguna que los legitime, como fué el caso de los pocos constituyentes, que no recibieron ninguna clase de protección de Ley y que solo cuando era necesario... se les exhibía. La 9 habla de las víctimas de la comisión del delito de estado de abandono. (¿ acaso algún jurista? O ¿quién del Departamento Jurídico del I.N.A.P.A.M. está al cuidado de los viejos abandonados en los asilos, en las prisiones o en calles de la ciudad?. La 10 menciona a familiares que dependen económicamente de quienes se encuentran detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono. La 11 nos habla de personas afectadas por desastre. (aquí el cuadro es complejo y muy grande si tan solo visitásemos el asilo para inválidos Gustavo Baz Prada en el Estado de México, nos daríamos cuenta que ahí se encuentran jóvenes inválidos, en sillas de ruedas, que no tienen programas rehabilitatorios que les proporcionen prótesis ortopédicas, que llegarán a la vejez, con la peor de las angustias, dado que si de jóvenes no se les prestó la ayuda necesaria (familiares-Estado) menos la tendrán en la vejez. Por lo tanto los cuadros depresivos o de suicidio intencional, por abandono, se verán incrementados y negados por los servicios médicos (que buscarán causa física, u orgánica, pero al no tener conocimientos de psicología o psiquiatría, negarán la existencia de patología depresiva). Aunado a esto, está la gran yatrogenia, haciendo gala al tema "el mejor viejo, es el viejo sedado.

El I.N.A.P.A.M. se dice se ha creado para atender a las necesidades del viejo, programas asistenciales que les permitan la solución de su problema emocional, familiar, económico y social. Dentro de estos se ha creado La Procuraduría de la Defensa del anciano, que tiene como fin, atender y orientar en sus derechos y obligaciones a las personas mayores de sesenta años, a quien aqueje un

problema jurídico y guarden un estado de necesidad. (la prestación de este servicio requiere la solicitud expresa del interesado y sólo se otorgará cuando el viejo sea directamente beneficiado).

Después de haber analizado las Leyes que se enmarcan en la Constitución Política y sus depuraciones es necesario recalcar:

Que si bien la Constitución de 1917 reconociendo los derechos fundamentales del ciudadano con mayor énfasis en la declaración de los Derechos Sociales, y que siendo por consiguiente la norma fundamental del derecho social positivo, por lo tanto se consideraron importantes los derechos a favor de los trabajadores, en el Artículo 4º. Se consagra la libertad de trabajo, la declaración de los derechos sociales quedan plasmados en el Artículo 123, resultado de un amplio y detallado catálogo de garantías para la clase trabajadora, si bien estas quedan incluida en 6 grupos (1967) las fracciones 1,4,6 nos refieren la 1ª, a garantías tutelares del trabajador individual sin distinción de sexo, edad o nacionalidad. La 4ª. nos da garantías tutelares sobre la jurisdicción tutelar y la 6ª. nos da garantías relacionadas con la previsión social.

Difícil es en verdad la época actual (2005) para aquellos que han rebasado el medio siglo, ya que todo ser humano que llega a los cincuenta años, aquí, en nuestro amado México, es colocado en la larga lista de desempleados, o simplemente se les limitan las posibilidades de mejorar, tanto en el aspecto profesional como en el socio económico.

Si una persona de cincuenta o sesenta años va a solicitar empleo, éste se les niega debido a que en su mayoría se aduce, son personas que padecen deficiencias físicas y psicológicas, lo que va a interferir en un buen rendimiento y

por lo tanto, en perjuicios económicos para la empresa, así como el derecho a la jubilación que en estos casos se tendría que otorgar prematuramente por su edad.

Al aumentar el número de adultos en plenitud, aumenta el número de desprotegidos familiar y socialmente. El "adulto en plenitud" por ser una persona improductiva para la familia, representa una carga económica muy pesada de sobrellevar. Es entonces cuando se tiene que recurrir a la ayuda asistencial y así mismo, se inicia el viacrucis por no existir cupo en ellos o bien, no se les recibe aduciendo alteración mental, o sea que los viejos dementes están completamente desprotegidos (el servicio de psicogeriatría del Hospital Fray Bernardino, los recibe tan solo por 21 días, y luego los regresa a casa, igual que como entraron o bien, sedados, para que no den problemas y nos preguntamos: ¿qué ley los protege? (Monárrez, 2000)

Los adelantos de la ciencia y de la tecnología contribuyen a fomentar el rechazo que se le tiene a la vejez dentro de la Sociedad Mexicana, debido a que sólo se capacita a la gente joven, sin tomar en cuenta la experiencia y creatividad de los viejos. Se sabe que al 2004 en la facultad de Psicología de la UNAM, se están realizando programas para ellos ¡Bravo por esto! Pero a nivel Federal el cuadro solo es una bella promesa escrita pero no llevada a cabo en la realidad.

Por lo expuesto anteriormente, se puede observar que no existe legislación particular que norme en la materia asistencial, la protección que el estado debe otorgar a los adultos en plenitud, particularmente a los que se encuentran en estado de abandono, y menos aún, la tan acuñada seguridad social, que debería proteger al adulto en plenitud, cosa que tan solo sucede en los sistemas socialistas o en países muy desarrollados y que por desgracia no acontece en los sistemas todavía "en desarrollo" como en el nuestro, en un neoliberalismo salvaje, en donde el adulto en plenitud, habiendo sido explotado y exprimido en su

juventud, se le tira a la basura en la vejez, como sucede en los Estados Unidos de Norte América y el Uruguay, y que por desgracia está aconteciendo en México, ahora que entramos de lleno a la modernidad y al Tratado Libre Comercio, como nos lo señala Fajardo (2002).

Cabe reflexionar respecto a que si México, tiene un bien ganado prestigio a nivel Internacional en materia de Legislación, es necesario que las autoridades correspondientes hagan valideras Leyes, que ya existen y hacer que se cumpla lo ganado a través de los años, pero que ese esfuerzo sea congruente con la realidad, para que no se quede solamente como letra muerta.

Observaciones

1) Preocupante es la situación en la que se encuentran los adultos mayores después de haber entregado a ésta Nación (México), toda su fuerza, dedicación, a costa de alejarse incluso, de la convivencia con su familia cuando les tocó trabajar arduamente para mantenerlos; por ello la necesidad de crear una Institución que no nada más se dedique a protegerlo, que se respeten sus Derechos Públicos subjetivos, elevados a garantía Constitucional, para que no se les olvide y relegue en un asilo.

2) Dar oportunidad al adulto mayor, para que su experiencia la transmita a las nuevas generaciones, puesto que se ha dado el caso, que a adultos mayores con capacidad de seguir trabajando, se les relega y olvida, generando en él resentimiento y frustración que lo induce a cometer actos negativos en su persona o de terceros.

3) Así como se pone mucha atención en las instituciones creadas para la defensa del menor en México, y a nivel Internacional se creó La Ley sobre los

derechos del niño: que fue recogida por nuestro país, y en ese tenor, también promulgó la Ley al respecto, se debe de promulgar La Ley sobre los Derechos del Adulto Mayor, expidiéndose la Ley reglamentaria para ser aplicación y exigencia.

4) Es importante, se contemple la creación de una defensoría de oficio, exclusiva para el adulto mayor, y este sepa que existe una institución que lo representará jurídicamente para exigir, por los conductos legales, que se cumplan las normas creadas para su protección en la Constitución y Leyes secundarias y así no piense que se le ha olvidado y todo lo que dio a esta Nación fue en vano.

Propuestas

En nuestra época actual, sabemos que sobradamente se ha enfatizado que el ser humano es el resultado de lo que sucede en su cuerpo, su mente y su entorno o medio social.

Esta tesis ha intentado mostrar la pluriopatología biopsicosocial de la vejez que es multifactorial, lo cual nos dificulta establecer una sola forma de encarar la problemática del adulto mayor y en la realidad, las posibles soluciones se deben individualizar teniendo siempre en mente que estamos trabajando con sujetos y no sólo con enfermedades. El elemento constitucional es su cuerpo y es un factor que debe ser observado y tomado en cuenta por los psicólogos.

El envejecimiento, visto como fenómeno global, no es exclusivo del ser humano (envejece todo lo que tiene vida). En la actualidad a la variabilidad de los cambios fisiológicos relacionada con la edad se le conoce de dos formas:

- 1) Envejecimiento con éxito (normal).
- 2) Envejecimiento usual (anormal).

El envejecimiento con éxito (normal), se refiere a los individuos que con el envejecer solo presentan disminuciones fisiológicas y en los que los cambios influidos por esto no se encuentran complicados por la presencia de enfermedades.

El envejecimiento usual (anormal), hace referencia en cambio a las alteraciones observadas y es determinado por los efectos de enfermedades, ambiente adverso y factores inconvenientes propios del estilo de vida. En el capítulo 2 fueron expuestos los cambios propios de la edad que en ocasiones llegan a simular la presencia de enfermedad sin serlo realmente, sino que son solo una manifestación común del envejecer .

Se presentan ahí sugerencias generales para ayudar al organismo a funcionar mejor entre ellas evitar los factores de riesgo que puedan llevar a afecciones cardiacas (entre otras) por ejemplo el sedentarismo, la elevación de los niveles de colesterol en la sangre, la obesidad, la elevación de la presión arterial, el exceso de cigarrillos o del ejercicio hecho sin supervisión médica así como el exceso de sal que además del corazón puede afectar otras funciones (Reynoso y Seligson,2001).

El aprender a tener una respiración profunda y no respirar siempre de manera superficial con el objeto de obtener un aumento de la presión de oxígeno. Se puede contribuir a la salud pulmonar no exponiéndose a cambios bruscos de temperatura dado que esto podría generar infecciones recurrentes que a la larga pudieran afectar otras partes del organismo, entre ellos los riñones (Freeman, 1995). Las reglas doradas de Hipócrates añadirían: dormir 7 horas al día, desayunar, no engordar, tomar bebidas alcohólicas moderadamente, practicar ejercicio también de forma moderada, no fumar y no comer entre comidas (Monárrez,1988).

La caída de los dientes provoca que los alimentos sean deglutidos sin masticación ocasionando trastornos digestivos y reduciendo la nutrición del individuo, situación que puede ser remediada odontológicamente (Leeming 1995). Monárrez (1988) nos señala que las principales causas de mortalidad en México, arriba de los 60 años son:

Enfermedades del corazón.

Influenza y neumonía.

Tumores malignos.

Enfermedades cerebro vasculares.

Diabetes Mellitus.

Enteritis y otras enfermedades intestinales.

Bronquitis, enfisema, asma.

Cirrosis hepática.

Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares.

Nos enfatiza que a excepción de los accidentes las demás causas de mortalidad pueden tener causas alimenticias en el desarrollo de las mismas, por lo que es más que importante la atención médica geriátrica o especializada en cada caso particular. Esta atención deberá ser periódica, constante, preventiva y no únicamente cuando se presentan anomalías urgentes.

Siempre destacaremos la gran importancia de las redes de apoyo, especialmente las provenientes de la familia dado que son de gran ayuda en algunos padecimientos entre ellos las afecciones auditivas, donde se recomienda el procurar el trato con las personas que ya presentan signos de sordera a pesar de las dificultades.

Por más difícil que resulte el trato con adultos mayores que tengan alguna incapacidad, la comunicación se efectuará más fácilmente en entornos tranquilos y de manera directa. La condena al aislamiento puede generar depresión y deteriorar la función cognitiva (Wilson, 1997). Además de las redes sociales y familiares en algunas afecciones como por ejemplo la artritis reumatoide que llega a ser incapacitante, se requerirá el compromiso a largo plazo de un grupo de profesionales expertos: médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional que lleven al sujeto a sentirse cómodo y autosuficiente, con tesón ante la adversidad; con capacidad para prevenir posibles peligros sobre todo en el domicilio del adulto mayor para que se tomen en consideración recursos que pueden resultar útiles y proporcionen cierta seguridad y funcionalidad, como la elevación del nivel del retrete en caso necesario, sillas de bañera, alfombras antideslizantes en el baño, barandillas en lugares accesibles, interfonos y teléfono portátil, pomos fáciles de abrir, sillas y camas ajustadas a la estatura del paciente, grifos adaptados, así como abridores y dispositivos que faciliten su accesibilidad. Extremar las precauciones para evitar accidentes o traumatismos. (Ettinger, 1998).

Siempre será necesario que el médico tratante tenga el cuidado de antes de diagnosticar o recetar ocuparse de valorar la interacción medicamentosa puesto que en ocasiones en lugar de beneficio se obtiene lo contrario favoreciendo la minusvalía ocasionada muchas veces por la yatrogenia o sea las reacciones adversas producidas como consecuencia del uso inadecuado de medicamentos o de determinadas medicinas de un tratamiento que "chocan" o crean reacciones secundarias con lo recetado en otro tratamiento médico; por ejemplo, en muchos casos diagnosticados como "psiquiátricos" en pacientes con mucha edad debe considerarse la posibilidad de que los síntomas se deban a esa interacción medicamentosa antes mencionada que es muchas veces administrada por médicos que no han recibido entrenamiento o capacitación en geriatría y prescriben dosis indicadas en individuos de menor edad, lo cual

desgraciadamente es muy frecuente. Uno de estos ejemplos lo encontramos en la intoxicación con bromuros, dado que entre más edad hay, se tendrá un poder más bajo de eliminación. Una situación semejante se presenta con respecto a los barbitúricos, el alcohol y las drogas tranquilizadoras.

Los mismos síntomas de parkinsonismo se presentan cuando se administran grandes dosis de clorpromacina. El diagnóstico correcto puede resultar difícil cuando hay que diferenciar entre causas mentales o físicas. Esto hace recomendable la integración como equipo de médicos psiquiatras y psicólogos en la evaluación de este tipo de pacientes.

Aparte de los análisis o estudios pertinentes, investigaciones recientes han demostrado la eficacia de la terapia psicológica en pacientes mayores, sobre todo en aquellos con depresión reactiva, fobias y estrés de origen psicosocial. Las terapias conductuales y cognitivas se consideran más eficaces que los tratamientos no dirigidos o de orientación analítica para este tipo de casos. (Hamilton, 1992).

La consideración que propone Ojeda (1995) aún cuando esté hablando sobre menopausia vale para todos los casos y es que el tratamiento debe ser evaluado para cada caso en particular, de forma individual, evitando siempre la automedicación.

Ojeda nos recalca la importancia de la actitud no solo frente a la menopausia sino respecto a la vida misma. Nos dice que la menopausia (así como la vejez) no es el principio del fin. Que validemos nuestros sentimientos siempre, porque estos son tan genuinos durante la menopausia como en cualquier otro momento de la vida y también que es importante tener presente que fertilidad no es sinónimo de feminidad. La feminidad de una mujer no está determinada por su cantidad de

estrógeno, así como la masculinidad de un hombre no se mide por su producción de testosterona. El equipo médico-psicólogo será fundamental en la planeación y retos que faltarán lograr. Planear es traer el futuro al presente para poder hacer algo al respecto ahora.

Contrario a lo que comúnmente se cree otro asunto que el adulto mayor considera importante es la sexualidad y el psicólogo deberá tener el tacto, la delicadeza, suficiente para abordar este tema.

Prepararse para investigar las posibles respuestas que pudieran presentarle en la consulta tomando en cuenta que en todo caso, siempre es conveniente vigilar el cuidado en la salud física y mental; el hacernos responsables de la propia satisfacción y sensualidad como forma de desarrollo personal haciendo a un lado mitos y prejuicios sociales, sobre todo al recurrir al apoyo de un terapeuta sexual o un urólogo (Butler, 1998) recordar que el coito no es la única expresión de la sexualidad y recuperar aspectos de confianza y afecto. Aprender a disfrutar el placer que se nos ofrece en tantas facetas de la vida y restituir lo que gustaba que se fue perdiendo en la convivencia cotidiana, para compartirlo con la pareja.

Como acabamos de ver siempre será enriquecedor mantener un contacto responsable y amoroso con nuestro cuerpo, para que manteniendo la salud física, nuestros estados anímicos no sean afectados. Si estamos bien física y emocionalmente se facilitarán las relaciones familiares y sociales, entonces dejemos de perder el tiempo y ganemos vida, ya que mientras más sana sea nuestra vida, podremos ocupar mejor el tiempo (Monárrez, 1988).

Mucho se ha hablado de la medicina preventiva pero hacemos muy poco para tener una psicología personal-social preventiva.

Se ha representado a la vejez como algo temible. Para la mayoría de los adultos mayores, es muy frecuente que al principio de esta vivencia se llenen de perplejidad. Reconociendo que la vejez existe y que ya se llegó a ella, podemos ir adaptándonos mejor y del azoro inicial se pasa a una indiferencia o a una aceptación progresiva. (Patiño 1957). Cuando se trata de un envejecer sano el tiempo psíquico es tranquilo, pudiendo aprovecharse ese vivir de una manera más apacible si, pero también meditabunda, profundamente reflexiva, llena de sabiduría que lleve al trabajo creador. Dado que esta vejez es poco frecuente, casi una utopía en los tiempos que corren, es fundamental tenerla en nuestras metas como un reto posible para nosotros. Se requerirá para darse del todo de tres elementos esenciales que se adquieren en una cultura preventiva: salud, el trabajo constante en el desarrollo de una personalidad madura y status moral-social adecuados. De esta manera estaremos promoviendo la autodeterminación de convertirnos en adultos, en lugar de la opción de solamente envejecer. Una planificación previa y un enfoque positivo nos pueden proporcionar soluciones propias a las situaciones que pudieran presentarse cuando llegamos a ese terreno que sí tenemos suerte, todos visitaremos. (Skinner, 1986).

El psicólogo en su formación profesional enfrentará varios retos al tratar con población geriátrica dado que en la problemática psico-social hay muchos puntos que tomar en cuenta, por ejemplo, el que más de alguna vez habrá de encontrarse con un caso de intento de suicidio.

Algunos datos sugieren que los viejos no solicitan ayuda ni responden al ofrecimiento de ayuda que se haya diseñado para prevenir el suicidio. Los viejos hacen menos intentos suicidas y "tienen éxito" con mayor frecuencia, por lo que la escucha atenta y empática hacia ellos, así como el mayor apoyo incondicional que pueda dárseles será determinante en muchos casos (Cohen, 1998).

Tomar en cuenta los factores de riesgo de suicidio como son el tener más de 55 años (aunque sabemos que actualmente este riesgo está en diferentes edades), las mujeres tienen más intentos, pero los hombres lo logran en mayor número, presencia de enfermedad física dolorosa o incapacitante, historia de intentos de suicidio previos, abuso de alcohol o drogas, depresión o angustia extrema asociada a culpabilidad excesiva o autoreproche, deudas o reducción severa en los ingresos económicos, viudez, etcétera, y por tener tantas posibles causas, no podemos minimizar las consecuencias.

Durkheim (1974), nos habla del suicida egoísta (no integrado a la sociedad), del suicida altruista (quien se sacrifica por los demás) y del suicida anómico (en el que la integración del individuo se despedazó bruscamente por circunstancias externas).

Sea cual sea el caso, la profilaxis del suicidio no es tarea exclusiva de los trabajadores de la salud. Para ser efectiva, requiere de la ayuda de toda la población y naturalmente, del Estado. Los centros o servicios para la prevención del suicidio, indudablemente son útiles y deben ser estimulados, darle esa formación al psicólogo en cada una de las áreas de la carrera. Una opción psicoterapéutica nos la ofrece, en su tesis de maestría, Esquivel Ancona (1993), al proponer la psicoterapia breve desarrollada por Bellak y Small en personas de la tercera edad.

Otra habilidad a desarrollar como psicólogos es el proceso de duelo o manejo de pérdidas, ya que cualquier pérdida durante la senectud es capaz de provocar un proceso intrapsíquico, el que sí es normal, tiene una finalidad adaptativa y recibe el nombre de duelo (Spikes, 1990). La pérdida puede ir desde la salud menguada, pérdida de poder adquisitivo, pérdida de seres queridos, hasta la pérdida de la vida misma en el caso del paciente terminal o moribundo. Son varios los temas donde

se aborda esta problemática en el presente trabajo, pero cabe destacar la experiencia de Ursula Lehr (1980), quien nos menciona sus resultados en un experimento controlado donde se le dió una gran importancia a la actitud del personal (médicos, psicólogos, enfermeras, tanatólogos etc.), así como de sus familiares o demás acompañantes del enfermo. Lehr nos menciona que los enfermos terminales tienen necesidades como:

- ◆ Controlar el dolor donde la hipnosis puede ser una gran ayuda, además de acupuntura, fitoterapia o medicamentos en caso necesario.
- ◆ Mantener la dignidad y calidad de vida en lo posible.
- ◆ Sentimiento de valor propio.
- ◆ Necesidad de amor y afecto expresados.
- ◆ Necesidad de apoyo incondicional.
- ◆ Compañía en el momento final.

Es mejor una relación profesional de empatía que un paternalismo directivo. Esto hará más fácil que aquel que se está enfrentando a una de las pérdidas más grandes pueda elaborar su dolor y gozar de la paz que le sea posible. Los seres humanos se sienten impotentes cuando afrontan la muerte, pero al mismo tiempo esta idea despierta en muchos de ellos un inexorable deseo de aprovechar hasta el último instante de su existencia.

Quiérase o no, la vejez conduce al inevitable balance de lo vivido y de lo no vivido o no experimentado, a aquello que no se conoció o aquello que desperdiciamos. Es cuando se advierte con evidencia profundamente sentida, que el tiempo que se tenga, sea el que sea, conviene aprovecharlo y disfrutarlo (Paillat, 1981), y cabe preguntarse ¿por qué no aprovechar y disfrutar la experiencia y compañía de aquellos adultos mayores que tenemos cerca de nosotros? Tal vez en el futuro caigamos en el autoengaño de lavar culpas al llevar

flores a una tumba, sin haber querido ni enterarnos de las verdaderas necesidades de aquellos que todavía tenemos aquí, todavía vivos y presentes.

Esta situación se ha hecho patente tanto a nivel social como familiar. El profesor Álvarez Martínez (citado por Morelli, 1978), expresa que nuestra sociedad; aunque no lo dice abiertamente está contra el anciano. Es un poco duro decir que hoy existe gerontofobia, a lo mejor porque es difícil ver aquello en lo que nos convertiremos si continuamos viviendo, como si la vejez fuera una enfermedad necesariamente ingrata.

Muchos adultos tratan de evadir al anciano y lo sacan de su hogar, para aislarlo emocionalmente en un "hogar" o asilo en donde hipotéticamente y sobre todo de manera hipócrita se dicen a sí mismos que ahí será más feliz, porque estará tranquilo "bien cuidado" limpio y sobre todo pasivo o desempeñando actividades que desde luego él no escogerá. Lo que acontece realmente en muchos de esos lugares es que tanto el aislamiento, como la dureza de los servicios para mantener el control logran sí tenerlos limpios "disciplinados" manteniendo el orden de la institución, rígidos emocionalmente. Eso sí, para que no fastidien sedándolos, impregnándolos con sobredosis de psicofármacos. Esta es una forma indirecta y muy común de manifestarse la gerontofobia, como nos lo refiere Morelli en su investigación.

En el paisaje familiar el panorama tampoco es muy alentador en una cantidad enorme de familias.

En la práctica clínica se observa que para aquellos que todavía tienen una pareja, cuando los hijos se van, además de vivir esa pérdida, muchas veces se quedan conviviendo con un perfecto desconocido, compañía física si pero con ausencia emocional a veces hasta infiel u hostil, lo que a nivel psicológico también es considerado una de las tantas formas de maltrato.

Los hijos y los nietos por su parte, acentúan la brecha generacional y en muchos casos tratan a los abuelos como si fueran niños. Es entonces necesario transformar esas relaciones familiares en relaciones respetuosas de adulto a adulto, considerando al adulto mayor como una persona autónoma, valiosa poseedora de su propia identidad y de la experiencia que dan los muchos años vividos (Saivarezza, 1988).

De acuerdo con Flores Colombino (1999), existe una figura llamada "Abuelidad" que es un nuevo término incorporado sociológicamente y que se refiere a una nueva forma de desempeñar el rol de abuelo, ajustándose a las circunstancias actuales de cada familia. Este autor recomienda la terapia familiar para contribuir a llevar una vida mas equilibrada y con mayor salud.

Los abuelos son importantes sobre todo en la formación de los nietos, son los transmisores de la herencia cultural y de las tradiciones, pueden propiciar una mayor vinculación, transmisión de valores sin imponerlos, pero presentandolos como una alternativa.

En ocasiones también pueden transmitirse patologías, prejuicios, errores, falsos conceptos que operaron sobre sus padres y vuelven a repetirse, doble discurso etc. Por lo que resulta conveniente trabajar sobre la asertividad poniendo los límites adecuados que impidan el abuso de parte de quien sea que éste se está dando, si es necesario, como ya se mencionó es preferible ventilar los desacuerdos en el espacio protegido de una terapia en lugar de condenar al abuelo al abandono. Franklin Williams (1998), nos refiere que al parecer la actitud de la familia al alejarse de los abuelos, no sería tan catastrófica si:

- 1) Permitieran una intimidad a distancia (coincidiendo con Flores Colombino) donde el abuelo tenga autonomía siempre que sea posible, dejándose visitar y visitándolo, sin que se rompan los lazos afectivos.

- 2) Vigilarlo en cuanto a su salud o en caso de enfermedad tener un seguimiento de la misma.

Dado que el mayor reto a enfrentar en la vejez son los sentimientos de abandono y soledad es conveniente trabajar tempranamente en estos rubros. Jeffrey Young (2002), explica que algunas personas que se sienten abandonadas o sufren soledad curiosamente ahuyentan a los posibles amigos, sabotean las relaciones estrechas, se aíslan cuando no pueden manipular o controlar las situaciones y son demasiado exigentes respecto a lo que esperan de los demás.

Skinner (1986), también nos hace ver que la debilidad más peligrosa de los viejos que han sido amistosos es olvidar que ya no lo son: hacemos lo que aprendimos a hacer y de la misma manera que nuestra capacidad de ver y oír, de movernos con rapidez y la habilidad de pensar claramente puede haber disminuido, también puede haberse deteriorado nuestra capacidad para relacionarnos con el prójimo. Skinner, nos enfatiza que por supervivencia elemental es conveniente darse cuenta que cuando el viejo se retira gradualmente del papel de persona muy activa, tal como a lo mejor él lo desea dado que siente que ya no tiene control suficiente sobre su propia vida, es probable que caiga más en la tentación de decirle a otros lo que deben hacer y como han de hacerlo. Los consejos no deseados y no pedidos no suelen ser bien recibidos y pocas veces hacen de quien los imparte una compañía más valorada. Nos sentiremos mejor si logramos encontrar nuevas maneras de mantenernos en contacto con el mundo de forma armónica o ser capaces de adaptarnos a un mundo que nos resulte menos perturbador.

Fromm (1984), agregaría: "El amor solo comienza a desarrollarse, cuando amamos a quienes no necesitamos para nuestros fines personales".

Gamietera (1985), afirma que sí se puede ayudar a los ancianos por más edad que tengan, pero que esto requerirá una gran empatía por parte del terapeuta, paciencia y la capacidad para dar un eficaz entrenamiento en las habilidades sociales que cada caso requiera. Gamietera también recomienda a las personas que padecen soledad, revisar su sistema de creencias y darse cuenta que no es lo mismo sentirse solo que estar solo, que a veces, disfrutar de la ausencia de compañía es sano e incluso necesario, permite relajar la mente y expandir la creatividad. Si la persona es religiosa, el terapeuta puede fomentar su creencia en un poder superior que le haga sentirse parte de un orden que lo trasciende.

La terapia cognitiva – conductual, que considera que la soledad obedece a una interpretación muchas veces alterada de la realidad, ayudará a cambiar la percepción negativa que el individuo tenga de sí mismo en las situaciones sociales. Crear autoconfianza que le impulse a abrirse y analizar las ideas, acciones y emociones que le generan malestar. El trabajo terapéutico sobre la autoestima será fundamental focalizando el amor incondicional.

Además del abandono o la soledad otro problema que a menudo enfrentan los adultos mayores es el maltrato. Las categorías generales del abuso y descuido son tres:

El abuso económico: explotación o falta de atención a las posesiones del anciano.

El abuso psicológico: comportamientos que causan sufrimiento emocional.

El abuso físico: lesiones, golpes, ataduras. Alimentación inapropiada y agresión sexual.

La agresión sexual incluida en esta categoría requiere énfasis especial, puesto que serán muchas las personas que consideran esta forma de violencia inconcebible cuando se trata de una persona ya vieja.

Dado que el maltrato es frecuente, el profesional sanitario debe decidir si el caso requiere intervención urgente, ya sea médica, psiquiátrica o hay abuso que ponga en peligro la vida de la víctima. Otras intervenciones oscilan desde proporcionar información, soporte psicológico o médico, hasta soporte de urgencia como son los albergues.

Si la víctima es competente, el profesional sanitario le presentará las opciones disponibles para que escoja la que prefiere. En el caso de víctimas incompetentes, las decisiones son tomadas en último término por los tribunales de justicia. (Adelman y Breckman, 1998).

La jubilación es otra circunstancia que también deja huella en la vejez. Para algunas personas, la actividad productiva del trabajo es la única posibilidad de vida, pues no sólo canalizaban ahí su intelecto, sino que también interactuaban en sus aspectos sociales y podían manifestar las capacidades creativas que pudiesen tener. Algunos jubilados caen en un ocio rutinario que llega a provocar conflictos conyugales; el varón se inmiscuye en asuntos domésticos, la esposa lo toma como una invasión de su territorio y encuentra ahora la presencia del marido insoportable. Algo semejante le ocurre a la mujer cuando, por tener más tiempo disponible, se entromete en la vida de otros, entre ellos, los hijos. Las personas sin qué hacer se convierten en gruñonas, cascarrabias, despertando antipatía y rechazo.

Será necesario entonces buscar nuevas metas y reorganizar la vida sin caer en la sensación de inutilidad (Lehr, 1980).

Algunos adoptan actitudes limitantes que no solucionarán nada, como por ejemplo, aquello de que "loro viejo no aprende a hablar", no pasa de ser un aforismo pasado de moda. El cerebro, sabemos, hoy tiene una gran plasticidad o adaptabilidad y quizá puede, en determinadas circunstancias, regenerarse y aprender nuevas tareas no importando la edad, como nos refiere Maldonado en su artículo de neurociencias publicado en enero del 2004: "El cerebro puede aprender aún en edades avanzadas, todo estará en relación al entrenamiento y la motivación". Así que, desde esa perspectiva, no resulta válida la afirmación burlesca de Jorge Luis Borges: "¡Qué puedo hacer después de los 75 años, excepto plagiarme!"

Una opción para emprender nuevas metas podría ser la que están teniendo algunos jubilados o desempleados y que ha sido el trabajo de equipo, esta alternativa es fomentada actualmente por el Gobierno del Distrito Federal a través de una institución llamada F.O.N.D.E.S.O., que está dando capacitación y asesoría a personas que deseen pertenecer o crear cooperativas con una economía solidaria, con redes de apoyo mutuo que se ayuden entre sí para crear micro-empresas donde puedan aprender diferentes oficios, reciclaje con conservación y protección del medio ambiente o capacitación en la industria alimenticia, aprendiendo deshidratación de verduras y otros alimentos.

Concluyendo, podríamos decir que es necesario considerar a la vejez mas que como un periodo de decadencia, como una etapa del desarrollo humano donde los esfuerzos de toda una vida pueden fructificar y consolidarse. Si la ciencia no tiene todas las respuestas ante el proceso de envejecimiento, quizás la solución se halle en la experiencia humana de cuya riqueza son depositarios los viejos, Monárrez (1992), añade: "Jubilémonos del trabajo, no de la vida".

Cicerón (citado por Skinner, 1986) advertía que: "La vejez es honrosa sólo a condición de que se defienda a sí misma, mantenga sus derechos, no esté

subordinada a nadie y, hasta su último aliento, gobierne en su propio dominio”.

Monárrez (1988) nos hace ver que no solo se puede llegar a tener una vejez honrosa sino también una vejez llena de conciencia pero que esto implica una sucesión de renunciamientos o autodeterminación:

- ◆ Aceptar lo inconcluso y las pérdidas.
- ◆ Aceptar con positividad que aunque el exterior se desgaste, el interior puede renovarse día con día.
- ◆ Renunciar sin abandonarse.
- ◆ Amar con un amor más amplio.
- ◆ Amar sin poseer, ni dominar.
- ◆ Perder el miedo a sublimar el Instinto de Poder.
- ◆ Aceptar su responsabilidad para obtener una vida cada día más digna.

Para terminar, Bergmann (1971) Hunter (1989) y Krassoievitch (1995) coinciden en que son muchas las técnicas psicoterapéuticas que pueden ayudar a los psicólogos que trabajen con población geriátrica. Será el criterio de cada terapeuta el que decida que línea de terapia resulta más conveniente para cada caso, pero que consideran que las que se utilizan más frecuentemente son:

- ◆ Psicoanálisis y formas modificadas.
- ◆ Psicoterapia de apoyo.
- ◆ Psicoterapia breve.
- ◆ Intervención en situaciones de urgencia y de crisis.
- ◆ Terapia de revisión de la vida o de reminiscencias.
- ◆ Psicoterapia de sueños.
- ◆ Relajación.
- ◆ Retroinformación biológica.
- ◆ Terapias geriátricas de grupo.
- ◆ Terapia familiar.
- ◆ Socioterapia.
- ◆ Comunidad terapéutica.

- ◆ Orientación a la realidad.
- ◆ Motivación.
- ◆ Entrenamiento sensorial.
- ◆ Psicodrama.
- ◆ Terapia de movimiento y de danza.
- ◆ Terapia artística (dibujo, pintura, música).

Además de los autores anteriores otros autores como Sidney Rosen (1989) también toman en cuenta otros enfoques que han resultado exitosos entre ellos el de Milton Erickson respecto de la hipnosis, sobre todo aplicada a pacientes terminales.

Yost y Beutler (1991) juzgan razonable la aplicación de la terapia cognoscitiva-conductual en el formato de grupo que se utiliza frecuentemente en el marco institucional, dado que ayuda a desarrollar una actitud de cuestionamiento ante suposiciones y evaluación de circunstancias.

Dado que la vejez ha sido llamada La edad de las pérdidas, la experiencia de Viktor Frankl y su Logoterapia nos brinda un punto de vista esperanzador sobre la capacidad humana de trascender sus dificultades y descubrir la verdad conveniente y orientadora.

Afortunadamente en la actualidad, el equipo interdisciplinario que esté a cargo del adulto mayor especialmente el psicólogo cuenta con un abanico de posibilidades terapéuticas que puede utilizar en su objetivo de ayudar al adulto mayor en su proceso de autorrealización y de autoactualización de su propio potencial, retomando valores, entre ellos el respeto y amor por principio a la vida como una opción de nuestra voluntad, teniendo siempre en mente que el adulto mayor es esencialmente un ser vivo, un ser humano, con todo lo que eso implica ¿porqué entonces no tratarlo como tal?

Motivar no solo a quienes conviven con población geriátrica, sino también al adulto mayor mismo para lograr tender puentes armónicos hacia los demás.

Busqué a Dios y no lo encontré
Me busqué a mí mismo
Y tampoco pude encontrarme.
Busqué a mi prójimo
Y los encontré a los tres.

Proverbio Árabe.

Conclusión

El concepto de vejez se acepta en general a la edad de 60 años. Las esperanzas de vida varían en diferentes escenarios y son muchos los factores que afectan el proceso de envejecimiento.

Algunos individuos presentan un gran deterioro a los 35 años y en cambio otros viven en forma plena y productiva cumplidos ya los noventa.

“En el mundo el número de habitantes de más de 65 años, se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025” informa El Correo de la UNESCO de enero de 1999, y los que actualmente estamos vivos y tenemos más de 40 años, si continuamos estándolo, seremos parte de ese magno reparto teatral. Algunas personas han comparado la vida a una obra de tres actos. Se espera que el entusiasmo juvenil y la educación predominen en el primero. Las responsabilidades y placeres de criar y sacar adelante a una familia con la presión y estímulo constante del trabajo caracterizan al segundo acto.

En el tercero, se anima a los actores a que se aparten y se sienten en un rincón oscuro, lo más lejos de los demás y sobre todo de los focos, y que así esperen hasta que se baje el telón.

Sin embargo, si a principios del siglo XX el promedio de vida era de 50 años ahora, por varias razones, entre ellas los avances en la asistencia médica que se han realizado a lo largo de ese siglo XX, la cantidad de tiempo que los "actores" pasan ahora casi fuera del escenario en el "tercer acto" ha aumentado por lo menos veinticinco años. Muchos de ellos ya no están contentos con que se les relegue a ser solamente un objeto de utilería y comienzan a exigir que se revise el guión.

Se reconoce que han sido muchos los esfuerzos realizados por establecer sistemas de atención social adecuados a las necesidades de la vejez, sin embargo estos no han sido suficientes y se requiere un esfuerzo mayor; basta observar el creciente número de viejos indigentes en nuestras ciudades. Será necesario un programa integral que beneficie no solo a una parte de la población que ya entró en la vejez sino que se haga extensiva a la población de los lugares más desamparados de todo México.

Que en este tipo de programas, se consulte, se tome en cuenta a los posibles beneficiados. Se requieren servicios sociales integrales autosustentables y sinérgicos que garanticen seguridad, sobre todo económica y social con cobertura en las actividades posibles en la vida diaria, con un nivel de vida digno.

Satisfacer las necesidades específicas en forma continuada, coordinada y preferentemente, en el propio contexto socio-cultural.

Facilitar la coordinación también con los servicios legales y de salud.

Resulta necesario motivar un cambio de actitud respecto a la vejez. Es necesario que la sociedad le de mayor reconocimiento al valor del individuo. Cuando le concedemos igual valor a la dignidad de cada ser, niños jóvenes y viejos por igual y cuando cada individuo llegue a reconocer su propio valor,

entonces se verá realmente que las expectativas de la población han progresado hacia su realización.

Es tarea de los psicólogos motivar a las personas que entran en la vejez a darse cuenta que pueden tener cambios positivos, nuevos anhelos y aspiraciones para desarrollar y cultivar su persona, ocuparse de si mismo, comprobar y afirmar sus capacidades y valores.

Que, se tenga el tiempo que se tenga es de gran importancia tener un proyecto de vida, como un medio que posibilita vislumbrar que aún existe un futuro, dure lo que dure; y por lo tanto es un elemento orientador hacia el establecimiento de nuevas metas viables de realizar.

Desde la introducción de este trabajo se enfatizó que su modesta expectativa ha sido motivar a otros compañeros psicólogos a realizar investigaciones posteriores en el vasto campo de la vejez, tal vez poniéndonos como objetivo dejar de ver con un afán catastrofista ese fenómeno, sino observándolo tal cual es, sin maquillarlo, ni evadirlo, sin autoengaño, reconociendo lo que existe; pero a la vez adoptando una actitud de **acción transformadora**, a partir de los recursos de cada quien, tomándolo como un reto amoroso **donde queda mucho por hacer ...**

Busqué a Dios y no lo encontré
Me busqué a mí mismo
Y tampoco pude encontrarme.
Busqué a mi prójimo
Y los encontré a los tres.

Proverbio Árabe.

Conclusión

El concepto de vejez se acepta en general a la edad de 60 años. Las esperanzas de vida varían en diferentes escenarios y son muchos los factores que afectan el proceso de envejecimiento.

Algunos individuos presentan un gran deterioro a los 35 años y en cambio otros viven en forma plena y productiva cumplidos ya los noventa.

“En el mundo el número de habitantes de más de 65 años, se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025” informa El Correo de la UNESCO de enero de 1999, y los que actualmente estamos vivos y tenemos más de 40 años, si continuamos estándolo, seremos parte de ese magno reparto teatral. Algunas personas han comparado la vida a una obra de tres actos. Se espera que el entusiasmo juvenil y la educación predominen en el primero. Las responsabilidades y placeres de criar y sacar adelante a una familia con la presión y estímulo constante del trabajo caracterizan al segundo acto.

En el tercero, se anima a los actores a que se aparten y se sienten en un rincón oscuro, lo más lejos de los demás y sobre todo de los focos, y que así esperen hasta que se baje el telón.

Sin embargo, si a principios del siglo XX el promedio de vida era de 50 años ahora, por varias razones, entre ellas los avances en la asistencia médica que se han realizado a lo largo de ese siglo XX, la cantidad de tiempo que los "actores" pasan ahora casi fuera del escenario en el "tercer acto" ha aumentado por lo menos veinticinco años. Muchos de ellos ya no están contentos con que se les relegue a ser solamente un objeto de utilería y comienzan a exigir que se revise el guión.

Se reconoce que han sido muchos los esfuerzos realizados por establecer sistemas de atención social adecuados a las necesidades de la vejez, sin embargo estos no han sido suficientes y se requiere un esfuerzo mayor; basta observar el creciente número de viejos indigentes en nuestras ciudades. Será necesario un programa integral que beneficie no solo a una parte de la población que ya entró en la vejez sino que se haga extensiva a la población de los lugares más desamparados de todo México.

Que en este tipo de programas, se consulte, se tome en cuenta a los posibles beneficiados. Se requieren servicios sociales integrales autosustentables y sinérgicos que garanticen seguridad, sobre todo económica y social con cobertura en las actividades posibles en la vida diaria, con un nivel de vida digno.

Satisfacer las necesidades específicas en forma continuada, coordinada y preferentemente, en el propio contexto socio-cultural.

Facilitar la coordinación también con los servicios legales y de salud.

Resulta necesario motivar un cambio de actitud respecto a la vejez. Es necesario que la sociedad le de mayor reconocimiento al valor del individuo. Cuando le concedemos igual valor a la dignidad de cada ser, niños jóvenes y viejos por igual y cuando cada individuo llegue a reconocer su propio valor,

entonces se verá realmente que las expectativas de la población han progresado hacia su realización.

Es tarea de los psicólogos motivar a las personas que entran en la vejez a darse cuenta que pueden tener cambios positivos, nuevos anhelos y aspiraciones para desarrollar y cultivar su persona, ocuparse de si mismo, comprobar y afirmar sus capacidades y valores.

Que, se tenga el tiempo que se tenga es de gran importancia tener un proyecto de vida, como un medio que posibilita vislumbrar que aún existe un futuro, dure lo que dure; y por lo tanto es un elemento orientador hacia el establecimiento de nuevas metas viables de realizar.

Desde la introducción de este trabajo se enfatizó que su modesta expectativa ha sido motivar a otros compañeros psicólogos a realizar investigaciones posteriores en el vasto campo de la vejez, tal vez poniéndonos como objetivo dejar de ver con un afán catastrofista ese fenómeno, sino observándolo tal cual es, sin maquillarlo, ni evadirlo, sin autoengaño, reconociendo lo que existe; pero a la vez adoptando una actitud de **acción transformadora**, a partir de los recursos de cada quien, tomándolo como un reto amoroso **donde queda mucho por hacer ...**

Bibliografía

Abraham, K. (1989). *La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada*. Buenos Aires: Home.

Abrams, W. Y Berknow, R. (coord. Eds.) (1998) Envejecimiento Biológico. En *El Manual Merck de Geriatría* (pp 5-10). Madrid: Harcourt Brace.

Acción y protección del I.N.A.P.A.M. (2003). México: INAPAM

Adelman, R. (1998). Intervención Profiláctica. En *Manual de Gerontología* (pp. 130-135). Barcelona: Toray y Masson, S.A.

Anderson, J. (1997) Actividad como prevención de trastornos psicosomáticos en *El Cuidado del Paciente Geriátrico* (pp.11-23) México: La Prensa Médica Mexicana.

Arguera, O. (1975). *Como envejecemos y porqué morimos*. México: Edit. Diana.

Bellak, L. (1978). *Los mejores años de la vida*. México: El Ateneo.

Benedek, T (1978) *El desarrollo de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Berezin, M. Y ferm, D. (1967) Persistence of early emotional problems in a seventy year old woman. In *Studies in Geriatric Psychiatry*. (pp. 52-54) New York: A.D Isaacs and F. Post.

- Bergener, M. y Stahelin, H. (1985). *Thresholds in aging*. London: Academic Press
- Bergmann, G. (1971). *La psicoterapia en la senescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bergmann, K. (1978). *Neurosis and personality disorders in old age*. In *Studies in geriatric psychiatry*. (pp. 35-42) New York: A.D. Isaacs and F. Post.
- Bhagavad Gita* (1997). *Relato e interpretaciones*. Buenos Aires: Fundación Bhaktivedanta.
- Brady, J. (1982). *Terapéutica de la Conducta*. Barcelona: Salvat.
- Brocklehurst, J. (1995). Trastornos genitourinarios. En *Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontológica*. (pp. 420-429) Buenos Aires: Edit. Panamericana.
- Bromley, D. (1978). Approaches to the study of personality changes in adult life and old age. In *Studies in geriatric Psychiatry*. (pp. 75-80). New York: A. D. Isaacs and F. Post.
- Bühler, Ch.(1980). *El curso de la vida como problema Psicológico*. Buenos Aires: Edit. Espasa Calpe.
- Butler, R. (1978). Thoughts of Aging. *American Journal Psychiatry*, No. 135 (pp. 5-8).
- Butler, R. y Lewis, M. (1998). Sexualidad. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 679-687). Madrid: Harcourt Brace.
- Carrol, B. y Lynn, J. (1998). Atención del paciente moribundo. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 313-320). Madrid: Harcourt Brace.
- Christenson, C. y Gaynon, J. (1995). *Sexual behavior in a group of older women*. U.S.A: Gerontology Plenus Press.

- Cicerón, M.T.(1978) *Los Oficios o los deberes de la Vejez- De la amistad*. México: Sepan Cuantos No. 230, Porrúa.
- Cohem, G. (1998). Cambios normales del envejecimiento y patrones de enfermedad psiquiátrica. En *El Manual Merck de Geriatría*. (pp. 1071-1078) Madrid: Harcourt Brace.
- Comfort, A. (1974). *Aging, the biology of senescence*. London: Academic Press.
- Conclusiones (Mayo, 1979). *Seminario internacional sobre envejecimiento*. Organizado por la O.N.U. y El Gobierno Soviético en Kiev.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (2004). Leyes y Códigos de México. México: Porrúa.
- Contreras, C. (1981). *Psicología de la senectud*. Madrid: Edit. Morava.
- Contreras de Lehr, E. (1987). Long Term services in México: homes for the aged. *Medical Bulletin*, suplemento especial. Num. 5 (pp. 40-44)
- Cowdry, E. (Coord. Ed.) (1997). *El cuidado del paciente geriátrico*, México: La Prensa Médica Mexicana.
- Davies, H. (1996). *Support groups for male Caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Clinical Gerontologist.
- De Beauvoir, S. (1992) *El Segundo Sexo*. México: Alianza Editorial: Alianza Editorial.
- De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*. Buenos Aires: Edit. Sudamericana.
- De Beauvoir, S. (1972) *The coming of Age*. New York: Putman.
- Derechos del Pueblo Mexicano* (1997). México a través de sus Constituciones. Tomo I, Cámara de Diputados México: XLVI Legislatura del Congreso de la Unión.
- Diccionario Bíblico Ilustrado* (2002). Colombia: Impresora Panamericana.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua* (1981). 22ª. Edición España: Real Academia Española.
- Diccionario Fundamental del Español de México* (1982). Comisión Nacional para la Defensa del Idioma Español. El Colegio de México. F.C.E.

- Diccionario Ilustrado de la Lengua Española* (1980). Barcelona: Victor Civita.
- Durkheim, E. (1974). *El Suicidio*. México: UNAM, Dirección General de Publicaciones.
- Ellis, A. y Col. (1985). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Erikson, E. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Erikson, E. (1990). *La Adulthood*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Esquivel Ancona M.F. (1993). *Modelo de Psicoterapia Breve en la Tercera Edad*. Tesis de Maestría en psicología, UNAM.
- Ettinger, W. (1998). Trastornos de las articulaciones y los tejidos blandos. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 740-748). Madrid: Harcourt Brace.
- Fajardo Ortiz, G. (2002). *Los Servicios sociales para las personas mayores en Iberoamérica*. Washington. D.C.: National Hispanic Council on Aging.
- Famighetti, R. (1986). *Understanding the Family Coping With Alzheimer's disease*. An application of theory to intervention. New York: Clinical Gerontologist.
- Ferguson, A. (1971). Interrelación entre enfermedad Física y mental de los ancianos. London: *British Journal Psychiatry*, No. 6. Edición especial para Hispanoamérica.
- Flores Colombino, A. (1999). *Los 40 nombres de la vejez*. Montevideo, Uruguay: Ed. Monte Sexto.
- Freedman, M. y Weintraub, N. (1998). Envejecimiento normal y patrones de enfermedad hematológica. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 693-699). Madrid: Harcourt Brace.
- Freeman, E. (1995). Efectos del Envejecimiento sobre el pulmón. En *Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontológica*. (pp. 224-228). Buenos Aires: Edit. Panamericana.
- Freud, S. (1973). *El método psicoanalítico de Freud. Sobre psicoterapia*. Obras Completas, Volumen I, 3ª Edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fromm, E. (1984). *El arte de amar*. México: Paidós.

- Garnietera, D.C. (1985). Envejecer es natural. *Aletheia* No. 6 (pp. 5-8). Inst. de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- Garnietera, M. (1985). *El aislamiento de los ancianos*. Tesis de Maestría en Comunicación. Universidad Iberoamericana.
- Gómez Gurza, I. (1985). *Psicología y Psicopatología de la Vejez*. Tesis de Licenciatura en Comunicación. Universidad Iberoamericana.
- Gómez Silva, G. (1998). *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*. México: el Colegio de México, F.C.E.
- González, I. G. (1984). *La Actividad como Terapia en la Vejez*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Gottfries, C. G. (2000). *Normal aging Alzheimer's disease and senile dementia*. Aspects on Etiology, Diagnosis and treatment. Bruxelles : Editions de L'Université de Bruxelles.
- Gulya, J. (1998). Trastornos del oído durante el proceso de envejecer. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 1163-1185) Madrid: Harcourt Brace.
- Hamilton, J. (1992). Aspectos Psiquiátricos en el cuidado de personas mayores. En *El cuidado del paciente Geriátrico*. (pp. 69-80). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Horv, V. (1982). *The aging of human abilities*. Handbook of developmental Psychology. N. Y. USA: Prentice Hall.
- Hunter, A. J. (1989). Reflections on psychotherapy with ageing people, individually and in groups. *British Journal Psychiatry* 154 (pp. 250-252).
- Joynt, R. (1998). Envejecimiento normal y patrones de enfermedad neurológica. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 995-1020).
- Kernberg, O.F. (1998). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Manual Moderno.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1963). *Our adult world*. New York: Basic Books.
- Koren, M. J. (1998). Lugares específicos de atención. En *El Manual merck de Geriátria*. (pp.217-224) Madrid: Harcourt Brace.

- Krassoievitch, M. (1995). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kubler-Ross, E. (1970). *On death and dying*. London: Tavistock Publications.
- Kubler-Ross, E. (1975). *Death, the final stage of growth*. New York: Prentice Hall.
- Kupfer, C. (1998). Trastornos oftalmológicos durante el envejecimiento. En *El Manual Merck de geriatría*. (pp. 1135-1142). Madrid: Harcourt Brace.
- Lakata, E. (1998). Variaciones normales del envejecimiento. En *El Manual Merck de Geriatría*. (pp. 14-17). Madrid: Harcourt Brace.
- Leeming, T. (1995). Envejecimiento y tracto digestivo En *Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontológica*. (pp. 23-35). Buenos Aires: Ed. Panamericana.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.
- Leñero, L. (1998). *Tercera edad y sus implicaciones familiares*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Levin, D. y Kahana, R. (1973). *Los Procesos Psicológicos del envejecimiento*. Buenos Aires: Home.
- Ley General de Salud*. (2004). México: Libros Económicos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. (2004). México: Edit. Porrúa.
- Ley sobre el sistema Nacional de Asistencia Social*. (2004). México: Secretaría de Salud.
- Maier, H. (1997). *Tres teorías sobre el desarrollo: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldonado, J. (2004). El cerebro aprendiendo nuevos trucos en la tercera edad. *ILADIBA, Neurociencias, Edición mexicana, enero*.
- Mc Candless, T. (1981). *Conducta y desarrollo humano*. México: Edit. Interamericana.
- Mc Connel, L. (1998). Ética y vejez en *El Manual Merck de Geriatría*. (pp. 121-132). Madrid: Harcourt Brace.

- Meier-Ruge, W. (1987). *The elderly patient in general practice*. Switzerland: Karger.
- Minois, G. (1987). *Historie de la Vieillesse de L'antiquité a la Renaissance*. France: Fayard.
- Mishara, B. y Riedel, R. G. (1984). *Le vieillissement*. Paris: P.U.F.
- Monárrez, V.S.O. (1981). *El manejo médico del ser humano en su vejez*. México: Unidad de Educación Médica Continua para el médico familiar "Dr. Francisco Balmis" UNAM.
- Monárrez, V.S.O. (1988). *Geroprofilaxis. Como llegar a viejo sano*. México: Edición Especial, Fundación Nacional Gerontológica.
- Monárrez, V.S.O. y González, A. J. (1992). *Manual del Curso de Geriatria y Gerontología*. México: Soc. de Geriatria y Gerontología de México.
- Monárrez, V.S.O. (2000). *La vejez, un fenómeno transcultural presente en México*. Tesis de Maestría en Sociología, Fac. de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.A.M.
- Morelli, A. C. (1978). *Tercera edad, experiencia Uruguay*. Buenos Aires: Hormé.
- Necesidades Médico Sociales y su nivel de satisfacción en personas mayores de 60 años*. (1995). México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Neugarten, B. (1979). Time age and the life cycle. *American Journal Psychiatry*. (pp. 887-894).
- Orellana Otero, M. (1993). *La ancianidad en las diferentes culturas, un enfoque interdisciplinario*. Chile: Publicaciones del Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Vejez en Iberoamérica*. México: Organización Mundial de la Salud.
- Ojeda, L. (1995). *Menopausia sin medicina*. Barcelona: Piadós.
- Paillat, P. (1981). *Sociología de la Vejez*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Pan American Health Organization (1990). *A profile of the elderly in Costa Rica*. Washington D.C.: World Health Organization.
- Patiño J.L. (1987). *El enfoque del enfermo como organismo, como persona y como personalidad*. México: La Prensa Médica Mexicana.

- Patiño, J. L. (1990). *Psiquiatría Clínica*. México: Salvat
- Pearlman, C.K. (1992). *Frequency of intercourse in males at different ages. Medical aspects*. U.S.A.: Human Sexuality, Plenus Press.
- Phillips, T. y Gilchrest, B. (1998). Cambios normales asociados al envejecimiento de la piel y Faneras. En *El Manual Merck de Geriatria*. (pp. 1103-1107). Madrid: Harcourt Brace.
- Pridmore, S. (2004). *Manejo del dolor, un enfoque biopsicosocial*. Vol. I Barcelona: Martín Dunitz.
- Pyke, M. (1990). *Cómo disfrutar de una larga vida*. México: F.C.E.
- Reichel, L. (1997). La nutrición y su efecto en la piel y faneras. En *Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica*. (pp. 19-21). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2001). *Manual de Factores de riesgo de enfermedades del corazón*. México: UNAM. Fac. de Psicología.
- Richardson, R. M. (2003). *Aspectos del desarrollo en el adulto mayor*. México: Mc Graw Hill, Senectos de la Psiquiatría.
- Rodríguez, R. (1998). *Derecho constitucional*. México: Pub. UNAM.
- Rosen, S. (1989). *Mi voz irá contigo*. Buenos Aires: Piadós.
- Rowe, J. y Schneider, E. (1998). Teorías y Procesos de Envejecimiento. En *El Manual Merck de Geriatria*. (pp. 330-334). Madrid: Harcourt Brace.
- Ruiz Velasco, G. (1977). *El anciano ante el conflicto generacional*. México: Publicaciones del ISSEMYM.
- Rusk, A. (1977). Cambios psicológicos en la vejez. En *El cuidado del paciente geriátrico*. (pp. 110-112). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Salvarezza, I. (1988). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Buenos aires: Piadós.
- Schuster, M. (1998). Efectos del envejecimiento sobre los trastornos intestinales. En *El Manual Merck de Geriatria*. (pp. 500-507). Madrid: Harcourt Brace.
- Selby, P. y Griffiths, A. (1986). *Guía para un envejecimiento satisfactorio*. London: Partenón Publishing, Edición hispanoamericana.

- Skinner, B.F. y Vaughan, M. E. (1986). *Disfrutar la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Slovik, V. (1997). Trastornos metabólicos y endocrinos. En *Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica*. (pp. 888-885). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Solomon, F. (1982). *The psychologist as geriatric clinician*. New York: Plenus Press.
- Solomon, D. (1998). Función tiroidea en el envejecimiento. En *El Manual de Merck de Geriátria*. (pp. 834-843). Madrid: Harcourt Brace.
- Spikes, J. (1990). *Grief, death and dying*. New York: Busse and Blazer handbook of Geriatric psychiatry, Van Nostrad-Reinhold Co.
- Strehler, B.L. (1973). *Cell and aging*. New York: Academic Press.
- Stieglitz, E. (1996). *Cuidado Médico de la Madurez Tardía*. Barcelona: Morava.
- Stieglitz, E. (1996). Enfermedades hematológicas. En *Manual de Problemas Clínicos en Medicina geriátrica*. (pp. 113-115). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Strejilevich, M. (1987). Reflexiones sobre temas de Gerontopsiquiatría. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Salud Mental*. Rosario, Argentina: Inst. Phillippe Pinel.
- Talice, R. V. (1992). *Vejez, humano tesoro*. Buenos Aires: Homé.
- Thomas, M. (1996). coord. Ed. de *Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Tockman, M. (1998). Efectos del envejecimiento sobre el pulmón. En *El Manual Merck de Geriátria*. (pp. 459-468). Madrid: Harcourt Brace.
- Toumier, P. (1973). *Aprendiendo a envejecer*. Argentina: Edit. Aurora.
- Von Honn, H.P. (1995). Cambios en el envejecimiento. En *Tratado de Clínica Geriátrica*. (pp. 200-210). Buenos Aires: Edit. Panamericana.
- Wallace, R. Colsher, R. y Pérez Ancona, P. (1993). *Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

-
- Weisman, A. D. y Kastembaun, C. (1992). *Tanatología*. Barcelona: Salvat.
- Weisser, E. (1973). *Los años ganados*. Bilbao, España: Mensajero.
- Welford, E. y Birren, A. (1997). Cambios en la habilidad perceptual y deterioro mental. En *El cuidado del paciente geriátrico*. (pp. 18-19). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Werwderdt, A. (1976). *Clinical Geropsychiatry*. New York: the Williams y Wilkins Co.
- Williams, F. (1998). Estrategias de prevención. En *Manual de Gerontología*. (pp. 45-52). Barcelona: Toray Masson.
- Yost, E. y cols. (1991). *Terapia Cognoscitiva de grupo*. Tratamiento para personas de edad avanzada. México: Limusa, Grupo Noriega Editores.
- Young, J. (2002). Persistence of life style among the elderly. New York: *News and world report*, sept. 17.
- Zenit, M. y Rocha, R. (1976). *Personalidad del anciano*. México: pub. del ISSEMYN, Gob. del Edo. de México.

A n e x o

Títulos de tesis de Licenciatura sobre el adulto mayor realizadas en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

- | | |
|-------------------------------|---|
| Aguilar Barajas, C. (1987). | Una alternativa para el tratamiento de la depresión en ancianos institucionalizados. |
| Alamilla Yañez, M. (1997). | Actitud hacia la muerte en ancianos de una comunidad rural y una comunidad urbana. |
| Álvarez Martínez, M. (1994). | Estudio comparativo de necesidades de afiliación en ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y ancianas que no pertenecían a ningún grupo. |
| Arena Alonso, C. (1996). | Características de personalidad de sujetos de la tercera edad, medidos a través del MMPI-2. |
| Argaez Ayala, A. (1995). | Interacción del anciano en la dinámica familiar. |
| Aristi Villalobos, G (1989). | La necesidad de afiliación en ancianos prejubilados y jubilados. |
| Arrijoja Guerrero, G. (1985). | La anciana en el contexto familiar. |

-
- Arzate Aguilar, J. (1995). Análisis de la perspectiva del ciclo de vida y la tercera edad.
- Ávila Hernández, M. (1996). Estudio comparativo de depresión entre dos grupos de la tercera edad.
- Aviles Cruz, G. (1998). Estructura familiar del anciano que acude al Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Balcazar Romero, L. (1988). El anciano en la sociedad y sus actitudes hacia el asilo.
- Baltazar Negrete, A. (1999). Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados.
- Bravo Hernández, A. (1995). Estrategias de trabajo en grupos de ancianos para disminuir los niveles de ansiedad.
- Bucio Farfán, J. (1997). La gimnasia psicofísica relajadora como alternativa de salud en la tercera edad.
- Bustos Gutiérrez, J. (2001). Actitud ante la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados.
- Cardeno Sanmiguel, G. (1993). satisfacción marital en un grupo de ancianos institucionalizados y no institucionalizados.
- Carvallo Sánchez. B. (1997). Informe de un Programa de desarrollo humano para la tercera edad en la Delegación 1 región la Raza del I.M.S.S.

-
- Chi Mejía, M. (2000). El valor de la religión y de Dios en ancianos del DIF Naucalpan.
- Comejo Porras, M. (2003). La vejez desde una perspectiva psicosocial.
- Cruz Herrera, I. (1997). Una alternativa de evaluación integral para personas de la tercera edad sin patologías crónicas degenerativas.
- Cueva Carmona, L. (1989). Actitudes y conocimientos sobre sexualidad en un grupo de hombres ancianos comparado con un grupo de mujeres ancianas.
- Díaz Quiroz, Y. (1992). Depresión y autoestima en ancianos.
- Dzib Aguilar, L. (1996). Guía para la conducción de grupos y programas de capacitación dirigida a voluntarios comunitarios que apoyen al anciano.
- Echevarría Gutiérrez, A. (1989). Actitud hacia los ancianos en un grupo de adolescentes de secundaria y preparatoria.
- Escobar Vázquez, M. (2002). Efectos de apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos.
- Gallegos López, M. (2000). Estimulación de memoria en la tercera edad mediante un programa sistematizado.
- García Garfías, A. (1996). Incidencia de la depresión en ancianos de asilos particulares y albergues oficiales.

-
- García Zemeño, T. (2002). Percepción de la calidad de vida de un grupo de ancianos.
- Gómez Solís, E. (1990). La productividad del anciano como alternativa de análisis de autoconcepto de la vejez.
- Gómez Hernández, I. (1984). La actividad como terapia en la vejez.
- González Peñaloza, B. (1996). Autopsia psicológica, en el suicidio oculto en ancianos Institucionalizados.
- González Rodríguez, P. (2002). Aspectos psicológicos de la calidad de vida y auto-eficacia en un grupo de ancianos.
- Guerra Rangel, N. (2003). El anciano frente a la muerte.
- Herrera Castro, V. (1997). Concepto de vejez en dos grupos de adolescentes mexicanos de distinto origen.
- Jiménez Alonso, B. (1990). Evaluación neuropsicológica en ancianos con demencia.
- Jiménez Reyes, A. (1990). El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes.
- López Calderón, A. (2002). Evaluación sobre el tipo de verbalización que emite el referidor durante la senectud.
- López Calva, M. (1996). El autoconcepto en ancianos de una comunidad marginada.

-
- Lory y Recillas, I. (1999). Evaluación de un programa de actividades para la vejez.
- Luna Pérez, A. (1997). La tercera edad desde el enfoque centrado en la persona.
- Martínez Díaz, K. (2001). Comparación entre indicadores de salud: afrontamiento y redes sociales, en dos poblaciones diferentes de la tercera edad.
- Martínez Pozo, B. (1984). Alteraciones de la conducta sexual y depresión en ancianos.
- Maya Ampudia, C. (1994). Representación social de la vejez en dos grupos de profesionistas relacionados con la gerontología.
- Miranda Barrera, J. (1995). Manejo conjunto de la terapia ocupacional y la terapia rogeriana como alternativas para disminuir la depresión en el anciano.
- Molano Nucamendi, E. (1994). Relación entre la actitud de familiares y el nivel de depresión en ancianos institucionalizados.
- Monroy González, M. (2000). La satisfacción de la vida actual en el anciano en función de sus recuerdos.
- Montoya Gómez, S. (1994). Aprendizaje de palabras en un grupo de ancianos normales.

-
- Moreno Correa, T. (1994). Cambio de actitud en ancianos institucionalizados.
- Navarro Avina, M. (1994). Aplicación y comparación en la ejecución de la figura compleja de Rey-Osterrieth, en una población de la tercera edad.
- Nolasco Suárez, P. (1996). Actitudes hacia la vejez en relación con el proceso jubilación en la etapa prejubilatoria.
- Orea Zafra, L. (1991). Tratamiento para reducir el nivel de ansiedad en un anciano institucionalizado.
- Palma Méndez, O. (1993). El suicidio en la población anciana institucional.
- Peña Valdivia, L. (1995). Integración del yo en ancianos que viven en asilo o en familia.
- Portillo Escamiña, E. (1998). La subjetividad en el anciano a través de una perspectiva psicosocial.
- Ramírez Romero, A. (1996). Evaluación de la fuerza yoica en personas mexicanas de la tercera edad, a través de la escala fuerza del yo del MMPI-2.
- Ramírez Santos, C. (2004). Evaluación del autocuidado y la calidad de vida en ancianos.
- Reyes Leyva, E. (1981). Disminución de la depresión mediante terapias ocupacionales en ancianas institucionalizadas.

-
- Roca Ruíz, J. (2003). Algunas consideraciones sobre narcisismo, muerte y vejez
- Rodríguez Arias, M. (1996). Acciones sociales gerontológicas, un enfoque integral alternativo.
- Rosas Miranda, J. (1998). Propuesta de programa de apoyo psicológico dirigido a personas que entran a la vejez.
- Ruiz González, A. (1995). Factores desencadenantes de la depresión de la vejez.
- Trujillo López, S. (1998). Una alternativa para el cambio hacia una vejez activa del adulto mayor.
- Saavedra Chávez, H. (1996). Estudio comparativo de la depresión de la tercera edad de religiosos y laicos.
- Saldaña Mateos, G. (1993). Estudio comparativo de personalidad en ancianos que viven en su casa y ancianos institucionalizados.
- Saldívar González, E. (1996). La residencia geriátrica de día: una alternativa en el cuidado del anciano. Propuesta de un manual de organización.
- Segura García, M. (2001). Percepción de la vejez por adultos mayores de diferente estrato cronológico.
- Silva Vázquez, M. (1985). Religión y actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos.

-
- Valadez Bocanegra, M. (2001). El tiempo libre del anciano: un problema de nuestra época.
- Valle Salinas, M. (1993). Autoconcepto en ancianos dependiendo de si están institucionalizados o no institucionalizados.
- Vázquez Ruiz, A. (1994). Estudio exploratorio y descriptivo de campo de los programas de asistencia al anciano en México.
- Velasco Cordoba, L. (1993). Diferencias en la autoestima de ancianas que viven con su familia y en asilos públicos.
- Velázquez Lugo, L. (1995). Un estudio comparativo en la autoestima de mujeres jubiladas y no jubiladas en la tercera edad.
- Villasana Ledesma, A. (1991). actitud ante el concepto de muerte en ancianos indigentes y su relación con algunos padecimientos somaticos.
- Villaseñor Flores, G. (1993). La creatividad en el anciano institucionalizado.