



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS  
MAYORES**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**BLANCA ELIZABETH INIESTA BARRON**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

REVISORA: LIC. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO



**FACULTAD  
DE PSICOLOGIA**

**MEXICO, D.F.**

**OCTUBRE 2005**

M 348895



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

*Tomemos cuidado para que la vejez no nos arrugue más el espíritu que el rostro*

*Michel de Montaigne*

*A mis padres por creer en mí y esperar con paciencia este momento de crecimiento personal y profesional.*

*A mis hermanas Ivonne y Giovanna por darle momentos de alegría a mi vida, las quiero mucho.*

*A ti Arturo: Por ser un buen amigo y confidente, por enseñarme a ver la vida de una manera especial. Gracias mi amor, porque sería muy lindo envejecer juntos.*

*A mis amigas de la Prepa 1, especialmente a Gaby y Margarita, que me enseñaron a comprender lo que es la amistad.*

*A mis amigas y amigos de la Facultad, con quienes compartí muchas cosas y que no olvidaré jamás, y que aunque cada quien sigue su camino ahora, nadie nos quitará los momentos en que hicimos tareas, lloramos juntos, bailamos y coincidimos en un mismo tiempo y espacio (Especialmente a Gaby, Gloria, Isela, Eve, Adriana, Angie, Fer y a los que me faltaron por incluir).*

*A mis abuelitos que los llevo en mi corazón y en mi pensamiento.*

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

**NOMBRE:** Blanca Elizabeth

Iniesta Bariso

**FECHA:** 10-10-2005

**FIRMA:** [Firma manuscrita]

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, porque me vieron crecer, me acogieron en el estudio, la dedicación, la constancia y fueron una segunda casa.

Muchas gracias a la Mtra. Alma Mireia, quien asesoró esta tesis y desde que llegué con mi proyecto, me proporcionó información, referencias bibliográficas, me contactó con la Dra. Laura Fabiola Miranda, con quien también estoy profundamente agradecida, pues gracias a ella fue posible obtener el permiso para acceder a distintos albergues del INAPAM y aplicar los instrumentos, así como darle forma a esta tesis.

Gracias a la Lic. Guadalupe Santaella, quien fue mi revisora y con sus comentarios aportó mejoras a la tesis, además de que la recuerdo con cariño, pues fue mi maestra de Pruebas de la personalidad y aprendí mucho en esas clases.

Gracias a mi asesor estadístico: el Psic. Marcos Verdejo, quien me apoyó en la parte metodológica y resultados, además es buenísima onda y me hizo más ameno este viaje durante la realización de la tesis.

Gracias a las sinodales del jurado por sus comentarios a esta tesis:

Lic. Asunción Valenzuela Cota

Lic. Damariz García Carranza

Lic. Concepción Conde Álvarez

Gracias al Lic. Juan Carlos González Llamas y al Dr. Alejandro Martín Guerra, quienes autorizaron mi entrada a los tres albergues del INAPAM donde realicé mis aplicaciones y se ubican en las calles: Gemelos 10 y 14 Delegación Coyoacán, Alabama 17 Delegación Benito Juárez y Nebraska 180 Delegación Benito Juárez respectivamente, para llevar a cabo esta investigación.

Agradezco a la Lic. Virginia Ortiz, la Lic. Isabel Pliego, a la Lic. Griselda Pardavel y a todo el personal que labora en los albergues, quienes me recibieron de la mejor manera en el INAPAM donde apliqué las pruebas y siempre estuvieron dispuestos a resolver mis dudas, a platicar sobre los adultos mayores que residen ahí, a ofrecerme algo de desayunar. Muchas gracias por su apoyo.

Gracias a los maestros que me dieron clase en la Facultad y me ayudaron a cuestionar, a quedarme con el beneficio de la duda, porque en este mundo no hay verdades absolutas.

Y sobre todo, muchísimas gracias de todo corazón a los adultos mayores que con sus palabras, su disposición, su carácter particular y su experiencia me enseñaron mucho acerca de la vejez, sin ellos no hubiera sido posible esta investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. ANTECEDENTES	3
1.1. Definición de vejez	3
1.2. Definición de gerontología y geriatría	5
1.3. Aumento del promedio de vida	6
1.4. Aspectos sociodemográficos de la vejez	7
1.5. Envejecimiento biológico normal	10
1.6. Teorías sobre el envejecimiento biológico	11
1.7. Cambios psicológicos durante el envejecimiento	13
1.8. Teorías psicológicas del envejecimiento	29
1.9. Teorías sociales del envejecimiento	40
1.10. Asistencia institucional hacia el adulto mayor	47
Capítulo 2. DEPRESIÓN	52
2.1. Antecedentes históricos de la depresión	52
2.2. El proceso salud-enfermedad	55
2.3. Sintomatología	55
2.4. Consideraciones generales sobre la depresión	56
2.5. Clasificación y prevalencia	58
2.6. Aspectos epidemiológicos y etiología	61
2.7. Las pérdidas y los duelos	65
2.8. La muerte y el suicidio	71
2.9. Cuadro clínico y diagnóstico	73
2.10. Evaluación	75
2.11. Tratamiento	78
Capítulo 3. FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA	81
3.1. Características de las AVD, autonomía y calidad de vida	83
3.2. Estudios epidemiológicos	86
3.3. Estudios conductuales	87
3.4. Definiciones y dimensiones de las AVD	89
3.5. Evaluación de las AVD	92
3.6. Intervención en AVD	96
3.7. Conclusiones	97

MÉTODO	100
RESULTADOS	107
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	117
REFERENCIAS	123
ANEXOS	131

## RESUMEN

Actualmente en México el grupo de adultos mayores registra un crecimiento demográfico que continuará acelerándose, por lo tanto, aumentan las probabilidades de que los trastornos crónicos de salud ocasionen pérdidas de autonomía y capacidad funcional. En las sociedades occidentales se exalta la autonomía del individuo, lo que puede ocasionar en el adulto mayor disminución en su autoestima y como consecuencia depresión. Ante esta problemática detectada y la escasez de estudios sobre el tema, el propósito de esta tesis fue identificar cual es la relación entre depresión y funcionalidad en adultos mayores residentes de albergues del INAPAM del D.F. Es una investigación de campo, prospectiva, transversal, correlacional, un muestreo no probabilístico intencional, un diseño pre-experimental ex post facto con una muestra de 29 adultos mayores de mínimo 60 años. Se evaluaron a través del: GDS, Índice de Barthel, Índice de Lawton y Minimental State. No se cumplió el objetivo planteado, sin embargo, el análisis descriptivo muestra que no existe probabilidad de sufrir depresión y son independientes, 14 sujetos reportaron que algunas actividades instrumentales no les permiten realizar en los albergues. Por lo que se concluyó en promover la autonomía del adulto mayor, para mejorar su calidad de vida.

palabras clave: adultos mayores, depresión, funcionalidad, autonomía, dependencia, calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los adultos mayores han sido valorados como portadores de experiencia y sabiduría, pero también está presente su vulnerabilidad. No sólo se enfrentan a la pérdida de trabajos, pertenencias y papeles sociales, también en muchos casos ven fallecer a seres queridos, pierden la capacidad de valerse por sí mismos o incluso llegan a enfrentarse con la soledad y marginación social.

El grupo conformado por personas mayores de 65 años y más representa el 5% de la población mexicana, con 6.8 millones de habitantes (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2004) y se estima que para el año 2020, la población de mayores de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, casi el doble de la población que habita el Distrito Federal (Aréchiga y Cerejido, 1999).

Precisamente al prolongarse los años de vida de las personas, la población de adultos mayores va en aumento y por lo tanto también aumenta la probabilidad de que se vean afectados por los cambios fisiológicos propios de esta etapa y trastornos crónicos de salud, lo que ocasionará pérdidas de autonomía y la capacidad funcional (Fernández-Ballesteros, 1992) y en consecuencia una mala calidad de vida. Este incremento de la población de adultos mayores se relaciona en gran medida con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población, con los descensos de la mortalidad infantil y de la fecundidad y el aumento de esperanza de vida al nacer, gracias a los avances de la medicina.

En las sociedades occidentales se exalta la autonomía del individuo y cuando el adulto mayor conserva una imagen positiva de sí mismo a pesar de cierta dependencia física, se vive como dueño de su destino y realiza sus actividades sin sentir disminuida su autoestima, es decir, supera esta crisis de identidad exitosamente. Sin embargo, si lo vive como un atentado a su "yo" o como un fracaso, disminuye su autoestima cediendo a otros la responsabilidad de las decisiones que le corresponden y en consecuencia puede sobrevenir una depresión.

Es así que la falta de capacidad de los adultos mayores para realizar tareas de cuidado personal es la principal causa en países occidentales de atención institucionalizada y ayuda domiciliaria, servicios que van en aumento, que rebasan la capacidad de equipamientos existentes y que genera una considerable inversión económica por parte de la sociedad, particularmente de los sectores públicos (INSERSO, 1989 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

Debido a estas demandas sociales, actualmente en programas de radio, propagandas políticas y programas gubernamentales se habla de incluir al adulto mayor pero hay pocas propuestas y no hay una detección de las necesidades del adulto mayor al respecto, para así poder implementar programas de rehabilitación.



El interés que motivó la presente tesis surgió a partir de la necesidad de detectar e identificar si existe relación entre el grado de depresión y funcionalidad, es decir, a menor grado de depresión, mayor nivel de funcionalidad, puesto que la funcionalidad es un indicador que da cuenta de la independencia, calidad de vida y bienestar en el adulto mayor; para conocer el comportamiento de una de las variables implicadas en la depresión, en este caso, la funcionalidad del adulto mayor, y también para sugerir ideas o recomendaciones para estudios posteriores sobre la Psicología de la vejez.

A partir de esta detección se pretende aportar beneficios a la población de adultos mayores que se incrementa estadísticamente en México y en otros países según referencias recientes; a psicólogos y especialistas interesados en el conocimiento de la Psicología de la Vejez y en el tratamiento de la depresión del adulto mayor, pues se estima en diversas referencias que aproximadamente el 10% de la población de adultos mayores sufre algún tipo de depresión clínica y por tanto, implementar programas gubernamentales de ayuda.

Además cabe mencionar que existen pocos estudios en México acerca de la calidad de vida y por tanto de la funcionalidad y como esto repercute en la vida diaria del adulto mayor.

Por lo tanto, el presente trabajo pretende además de conocer la relación entre depresión y funcionalidad, sugerir ideas o recomendaciones para posteriores estudios sobre Psicología de la vejez en México ya que algún día los que somos jóvenes formaremos parte de esta etapa de la vida y necesitaremos de programas psicológicos, de salud, recreativos y hasta financieros, por lo que no está por demás empezar a planear la calidad de vida con la que queremos vivir esta etapa.

# CAPÍTULO 1

## ANTECEDENTES

### 1.1. Definición de vejez

No existe una sola definición de vejez que explique en su totalidad la complejidad de atravesar la última etapa de la vida. Sin embargo se ha intentado definir desde diversos puntos de vista y disciplinas.

Es importante mencionar que sobre el estudio del envejecimiento existe incluso una cuestión de gran importancia: ¿Cómo nombrar a las personas de la llamada tercera edad? Ancianos, adultos mayores, personas de edad avanzada, viejos, ciudadanos mayores, personas de la edad dorada, personas en el crepúsculo, adultos en plenitud, etc.

En parte esta cuestión se debe a que en la cultura occidental la vejez se considera un hecho negativo, inclusive se considera la palabra *viejo* como un tabú en la sociedad civilizada y actualmente se utilizan otros términos para nombrar a las personas de mayor edad como los anteriormente mencionados. Con frecuencia, la palabra viejo implica inhabilidad y estrechez mental, lo que se denomina como *viejismo* en la literatura científica, que implica la discriminación a los viejos. (Papalia, D.; 1997)

La gerontología define la vejez como el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social (Laforest, 1991 citado en Ortega Rivera, 2000).

Erikson (1970, citado en Ortega Rivera, 2000) define la vejez como la octava etapa del ciclo vital, la cual constituye la culminación de etapas anteriores, dando lugar a la integridad del yo, si se atravesaron adecuadamente las etapas anteriores, si no es así, se da la desesperación.

También existen tres grandes categorías que definen la vejez, estas son las definiciones biológicas, sociológicas y cronológicas.

Desde el enfoque biológico y de las ciencias de la salud, la vejez es un progresivo deterioro del organismo ocasionado por el proceso de envejecimiento, estructural y funcional. El desgaste de la edad llega a los tejidos y profundamente al nivel molecular, lo que origina un declive de la calidad del funcionamiento del ser vivo cuyos órganos están afectados por el desgaste estructural.

Las ciencias sociales definen la vejez en función de la edad social, la cual designa los roles que se puede, se debería o han de desempeñarse en la sociedad (Mishara, 1986 citado en Ortega Rivera, 2000). La vejez es la edad de jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento (Laforest, 1991 citado en Ortega Rivera, 2000).

El enfoque cronológico que define la vejez es muy relativo, ya que depende de la subjetividad de quien la define, además depende también de consideraciones culturales, administrativas o incluso políticas. Por ejemplo, si se toma como punto de partida la jubilación anticipada, entonces se podría pensar que la vejez está determinada a partir de criterios económicos, más que a partir de criterios gerontológicos. (Laforest, 1991 citado en Ortega Rivera, 2000). Después de todo, ¿A qué edad se es viejo? El envejecimiento de los individuos es un proceso irreversible que empieza con el nacimiento.

La clasificación cronológica de la llamada tercera edad o adultos mayores es arbitraria y abierta a discusión, pues tiene sentidos diferentes en distintos lugares y épocas. En la Grecia Antigua, se reunía a los privilegiados en una fiesta pública, se les cubría con guirnaldas la frente, se les daba abundantes manjares y bebidas, para finalmente arrojarlos desde las rocas altas en la isla de Keos (Mottis, 1985 citado en Ortega Rivera, 2000). En China el entusiasmo crece con la edad y se espera anhelante el 51 aniversario de su edad (Lin Yutang, citado en Ortega Rivera, 2000). Sin embargo, en la época actual se han aceptado ciertas consideraciones para delimitar el segmento que forma parte de la tercera edad.

En 1982 la Asamblea Mundial del Envejecimiento estableció la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez, mientras que en varios estudios se establece de 65 y más (Corbalán, 1993 citado en Ortega Rivera, 2000). Sin embargo, la población mayor de 60 años no forma un grupo homogéneo y el ser humano puede alcanzar de diversas maneras los 60 años y más de edad. Por lo tanto en Krassoievitch (1993) se propone que en los estudios sobre la vejez deberían tomarse en cuenta la personalidad, la historia individual y las posibilidades de cada sujeto.

El término tercera edad surgió en Francia hacia 1950, lo introdujo el Dr. J.A. Huet, uno de los fundadores de la Gerontología en dicho país; abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas, consideradas como de baja productividad y bajo consumo, y poca o nula actividad laboral; el concepto posteriormente se precisó, caracterizando a jubilados y pensionados de arriba de 60 años; lo que significaba que quienes alcanzaban la sexta década de la vida eran sujetos pasivos, una carga económica y social. La Lic. M. de S. Alonso Ligeró, española sostenía una diferente opinión al decir: "Es un grupo heterogéneo integrado por personas

de diferentes generaciones, que han tenido diferentes condiciones de vida y de trabajo, que tienen diverso nivel cultural. Los problemas de éstas personas son distintos, produciéndose las arbitrariedades de otorgar las mismas soluciones a situaciones diferentes que se otorgan en función de una falsa idea de uniformidad (Fajardo, 1995 citado en Ortega Rivera, 2000).

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término adulto mayor, significando personas de 65 o más años de edad.

Como se señaló al principio de este apartado, son diferentes las propuestas para definir este período de la vida, por lo tanto es una tarea difícil y laboriosa conocer y explicar los fenómenos del envejecimiento y representa un desafío para la Gerontología y la Geriatria, como disciplinas encargadas del estudio de la vejez, como se verá en el siguiente apartado, al mismo tiempo que representa un reto para la Psicología y otras ciencias que estudian el proceso del envejecimiento y la prolongación de la vida humana desde diferentes perspectivas.

## **1.2. Definiciones de Geriatria y gerontología**

Es importante mencionar que la Geriatria y la Gerontología han adquirido relevancia médica y social al estudiar la salud y comprensión del proceso de envejecimiento en los adultos mayores, puesto que no solamente se trata del envejecimiento del individuo sino de las poblaciones (De Nicola, 1985), es por ello que incluyo las definiciones en este apartado.

De acuerdo a las definiciones encontradas, De Nicola (1985), explica que **Geriatría** desde el punto de vista etimológico significa medicina de los ancianos, definición que incluye, en un sentido moderno, la asistencia médica, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.

**Gerontología** significa el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias. Esta definición comprende desde los unicelulares a los organismos complejos, terminando con los animales superiores y el hombre. El envejecimiento no sólo tiene consecuencias biológicas, sino médicas, psicológicas y socioeconómicas y en este sentido se superponen los términos geriatría y gerontología hasta ser casi sinónimos.

La geriatría es aquella rama de la medicina que se interesa por dar respuestas científicas a las necesidades médicas de las personas de edad, por ejemplo: los problemas neurológicos o cardíacos en los ancianos.

En cambio, la gerontología se ocupa de estudiar la relación entre lo orgánico, lo psicológico y lo social desde una mirada interdisciplinaria y comprendiendo al envejecimiento como un proceso evolutivo normal, esperable e influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor, por ejemplo: estudia las necesidades emocionales y sociales de los hombres y mujeres de la llamada tercera edad o cómo responde el adulto mayor a las presiones del entorno social (Klin, P. en: [www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com)).

### **1.3. Aumento del promedio de vida**

Como se escribió anteriormente, la relevancia social del estudio y tratamiento de los adultos mayores radica en que en la época actual no solamente se estudia, previene y se da tratamiento a unos cuantos individuos, sino a poblaciones de adultos mayores.

De Nicola (1985) describe que en la antigüedad existían los ejemplos bíblicos de patriarcas centenarios, sin embargo, la edad promedio no iba más allá de los treinta años. Hasta fines del siglo XIX se alcanzó un promedio de vida de unos cincuenta años. En la época actual es de setenta años o más, como en países desarrollados, aunque en otros países como África y Asia es muy bajo puesto que existen condiciones precarias de vida.

El aumento del promedio de vida se debe principalmente a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, al disminuir las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y a la mejoría de las condiciones higiénicas, ambientales y alimenticias en la sociedad consumista moderna; es así que la Psicología no puede quedarse atrás ya que es necesario contribuir para implementar programas dirigidos a los adultos mayores a fin de mejorar la calidad de vida en México.

Pero, por otra parte, el aumento del promedio de vida no implica necesariamente que haya incrementado de manera importante la esperanza de vida. La esperanza de vida se define como la supervivencia de los más "fuertes" y robustos. En el pasado, por ejemplo, vivían hasta los setenta años quienes habían resistido los riesgos de morir, por lo tanto, solo llegaban a esa edad los que habían logrado sobrevivir varios años. En la actualidad se llega a los setenta años en gran parte porque durante la vida

se combatieron con tratamientos oportunos los daños provocados por envejecimiento (De Nicola, 1985). En conclusión, hoy existen mayores posibilidades de prolongar la vida gracias a la detección oportuna de enfermedades infecciosas y del deterioro del envejecimiento gracias a los tratamientos y medidas preventivas en el área de la salud, mientras que en épocas antiguas, el promedio de vida era breve.

#### **1.4. Aspectos sociodemográficos de la vejez**

El estudio de esta etapa de la vida adquiere relevancia al tomar en cuenta que el envejecimiento de la población se debe al aumento absoluto y relativo de adultos mayores. (Aréchiga y Cerejido, 1999).

El envejecimiento es un proceso que no se había tomado en cuenta como importante hasta el siglo XIX; en los países desarrollados en la primera mitad de siglo y en los países en desarrollo hasta años recientes.

"En Inglaterra entre 1901 y 1944 las cifras de ancianos se multiplicaron 2.5, pasando de dos y medio a seis millones; alza que será similar a la observada en Estados Unidos entre 1940 y 1980" (Warren, 1946; citado en Aréchiga y Cerejido, 1999); en cambio en los países de América Latina el envejecimiento se verá en los tres próximos decenios "de 23.3 millones calculados para 1980 (lo que representa el 6.5% del total) ascenderá a 42.5 millones en el año 2000 (7.9% del total) y a 96.9 millones en el 2025 (12.8%)" (Organización Panamericana de la Salud, 1994; citado en Aréchiga y Cerejido, 1999).

Sin embargo, el envejecimiento de la población en países menos desarrollados que Europa, en particular, en América Latina, sucedió dos o tres generaciones después que en Europa y en un contexto social completamente distinto, porque la difusión del conocimiento médico y la disminución de la fecundidad favorecen que en los países en desarrollo el envejecimiento ocurra con mayor rapidez que en países industrializados. "En Bélgica o Francia tomó más de 120 años para que la población mayor de 60 años se duplicara de 9 a 18% del total de la población, y en China la misma transición tomará sólo 34 años, o en Venezuela 22 años" (Banco Mundial, 1994; citado en Aréchiga y Cerejido, 1999).

#### ***Aumento de la población de adultos mayores en el mundo.***

A nivel mundial, las personas de 60 años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990; y se espera que para el año 2020 superen los mil millones (Aréchiga y Cerejido, 1999).

En la **tabla 1** se puede apreciar que la mayor parte de los adultos mayores viven en países en desarrollo. De aumentar un poco más de la mitad de los adultos mayores en 1950, se estima que en el año 2020 llegarán a representar dos terceras partes del total de los adultos mayores que habitan el mundo. Esto explica por qué la tasa de crecimiento de este sector de la población desde 1950 ha estado por arriba de 3% anual en los países en desarrollo. Para el año 2020, uno de cada cuatro habitantes en los países desarrollados tendrá más de 60 años, a diferencia del 6% que se presentará en África o del 11% en América Latina.

**Tabla 1.**  
**Evolución de la población mayor de 60 años en el mundo, 1950-2020.**

	1950*	%	1990*	%	2020*	%
Mundo	201	8.0	487	9.2	1036	12.8
Asia	92	6.7	240	7.7	587	12.5
Europa	51	12.9	93	18.7	130	25.1
Norteamérica	21	12.1	47	16.8	80	24.5
África	12	5.2	31	4.8	84	5.8
América Latina	9	5.4	32	7.2	82	11.4
Oceanía	1	11.3	3	12.8	7	17.7

\*Millones.

FUENTE: Naciones Unidas (1991). En Aréchiga y Cerejido (1999).

### **Aumento de la población de adultos mayores en México.**

En México, los adultos mayores representaban en el decenio de los años cuarenta alrededor del 5.5% de la población, en 1996 aumentan a 6.4% y se estima que para el año 2020 cubrirán el 11.6% de la población nacional (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979; Consejo Nacional de Población, 1990; Centro Latinoamericano de Demografía, 1995; citado en Aréchiga y Cerejido, 1999).

Según las estadísticas que reporta el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), de acuerdo al censo de Población y vivienda que se realizó en el año 2000, el total de la población en México es de 97 millones 483 mil 412 habitantes, y según estudios hechos por el CONAPO (Consejo Nacional de Población), ahora habitan más de cien millones de personas.

Respecto a los grupos de edad, el grupo de 0 a 14 años representa al 34% total de la población, que está conformado por 32.6 millones de niños y niñas.

Este porcentaje de la población ha disminuido con el paso del tiempo, pues en el año de 1930 representaba el 39% de niñas y niños y en 1970 representaba

el 46% de niños y niñas, que para el año 2000 baja al 34%, lo que confirma la disminución de la natalidad en la población mexicana y las estimaciones del aumento de la población adulta y adulta mayor.

El grupo de 15 a 64 años suman el 61%, conformado por 58.1 millones de personas, dividido en 31% de 15 a 29 años y el 30% de 30 a 64 años.

Por último, el grupo de 65 años y más, representa el 5% de la población mexicana, con 6.8 millones de habitantes. Es decir, de cada 100 mexicanos, 5 conforman este grupo de edad (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2004).

De estos datos se desprende la conclusión de que el aumento de la población de 15 años en adelante, en un futuro llegará a conformar la población de adultos mayores, pues el aumento de la edad de vida y la disminución de la natalidad plantea nuevos problemas de investigación y de solución a la comprensión de la vejez y su estudio desde diversas disciplinas, entre ellas la Psicología.

Se estima que para el año 2020 la población de mayores de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, el 75% de la población que habita el país en 1940 o casi el doble de la población que habita el D.F.

Este incremento de la población mayor se relaciona en gran medida con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población; también el aumento de la esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el aumento de la población mayor. En 1950 la esperanza de vida al nacer en México era de 46.9 años y ésta aumentó a 70.6 años hasta 1990, estimado que alcanzará los 76.5 en el año 2020. Del mismo modo en que aumenta el tamaño de la población, la composición de los grupos de edad dentro de los adultos mayores se modifica con el paso del tiempo. En 1950, dos terceras partes de las personas mayores se ubicaban entre los 60 y 69 años y el resto después de los 70 años de edad; cuarenta años después, esta composición se modificó y aumentó el número absoluto y relativo de las personas mayores de 70 años (véase **tabla 2**). Este cambio en la composición etárea de los adultos mayores obliga a anticipar acciones de asistencia social y de atención médica que permitan atender de manera satisfactoria la demanda creciente de este grupo de edad (Aréchiga y Cerejido, 1999).



**Tabla 2.**  
**Evolución de la población mayor de 60 años por grupos de edad.**  
**México 1950-2020.**

	1950*	%	1990*	%	2020*	%
60-69	888	62.6	2756	58.3	8254	56.8
70-79	370	26.0	1353	28.6	4410	30.2
80 o más	162	11.4	621	13.1	1876	13.0

\*Miles

FUENTE: CONAPO 1985 y 1990; Celade, 1995. En Aréchiga y Cerejido (1999).

En la **tabla 3** se observa que existe cierto predominio de mujeres en la población mayor de 60 años, que en 1950 representaban el 52% del total y para el año 2020 se estima que aumentará a 55%. (Aréchiga y Cerejido, 1999).

**Tabla 3**  
**Evolución de la población mayor de 60 años. México 1950-2020.**

	1950*	%	1990*	%	2020*	%
Ambos sexos	1420	5.5	4730	5.7	14539	11.6
Hombres	678	5.3	2137	5.2	6541	10.7
Mujeres	742	5.7	2593	6.2	7998	12.6

\*Miles

FUENTE: CONAPO 1995. En Aréchiga y Cerejido (1999).

### 1.5. Envejecimiento biológico normal

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones físicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por **tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional.**

El proceso del envejecimiento se caracteriza por un estado de debilitamiento corporal, pérdida en la agudeza de los sentidos

De Nicola, P. (1985) define el **Envejecimiento celular** como los procesos de atrofia que se caracterizan por *reducción del número de células*, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos.

A partir de los 30 años disminuye en forma progresiva el número de células nerviosas. Se calcula que desaparecen unas 100, 000 al día y este fenómeno es notable en algunas zonas del sistema nervioso central.

Después de estas alteraciones morfológicas y funcionales sobreviene la atrofia celular, que se da de manera desigual y sin armonía, por lo que pueden encontrarse otras células con mayor volumen, lo que origina un aspecto desordenado e irregular de los diversos tejidos. Un ejemplo se encuentra en la mucosa del tubo digestivo, con signos de atrofia e hipertrofia alternados en forma variable.

Durante el envejecimiento, las células del **tejido conjuntivo** sufren una reducción numérica y alteraciones funcionales con disminución de la capacidad mitótica. A pesar de estas modificaciones, recuperan una capacidad de proliferación intensa cuando hay una solución de continuidad en los tejidos, y por ello la rapidez de reparación de las heridas sólo es ligeramente menor en la edad avanzada que en edades anteriores.

También en el envejecimiento disminuyen la **substancia fundamental** y las **fibras de colágena** también sufren modificaciones importantes. Se encuentra en esta etapa de la vida que disminuye la elastina en las fibras elásticas y aumenta la elastasa. En las fibras y la substancia elástica se inicia degeneración hialina y granulosa y hay adelgazamiento, desfibrilación y acortamiento, con menor resistencia a los álcalis.

En el envejecimiento, no hay modificaciones importantes en las fibras reticulares.

## 1.6. Teorías sobre el proceso de envejecimiento biológico

Existen diferentes teorías para explicar el mecanismo biológico del proceso de envejecer. A continuación se explican brevemente las que se han encontrado a la fecha (De Nicola, 1985):

- **La influencia del código genético**, la cual da importancia a la *estructura genética de las especies animales y vegetales*, por lo que el envejecimiento estaría predeterminado y la muerte correspondería a una autoextinción programada. A esta estructura o código genético, se superponen las alteraciones por causas extrínsecas o intrínsecas, como enfermedades hereditarias o adquiridas, los agentes lesivos de naturaleza física, química o mecánica.
- **La teoría de las mutaciones**, que explica que durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con

modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de las células, y por tanto, de todo el organismo.

- **La teoría autoinmunitaria** explica que durante el envejecimiento las células producen sustancias anormales que no son reconocidas por las células inmunocompetentes, sobre todo los linfocitos y las células plasmáticas y las cebadas. Se forman anticuerpos contra esas células alteradas que serían destruidas o sufrirían lesiones irreversibles con deterioro de las funciones orgánicas, como se observa en el organismo del adulto mayor.
- **La teoría del uso y consumo ("wear and tear")**, se basa en que en cada organismo existe una determinada reserva de energía no renovable y una vez agotada se presentan la degeneración y la muerte.
- **La teoría de la acumulación de productos de desecho** considera que el acopio de determinadas sustancias, como la lipofuscina, es perjudicial para las células y los tejidos y determina las alteraciones del envejecimiento. Esto ocurre en órganos como el hígado, corazón y cerebro, y al parecer se debe a procesos de peroxidación lipídica a cargo de los organelos (mitocondrias, microsomas), en que se llevan a cabo procesos enzimáticos celulares.
- **La teoría nerviosa** explica que las células nerviosas sufren destrucción lenta pero progresiva en el curso de su existencia, pero estas no se renuevan ni se substituyen por nuevas células. En todos los órganos llega a desaparecer la acción reguladora del sistema nervioso sobre la homeostasia, lo que explicaría las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan al envejecimiento. Se pueden hacer consideraciones similares para el sistema endocrino y la reducción de sus funciones de regulación en estas personas.
- **La teoría de la calcifilaxia**, propuesta por Selye, propone que las alteraciones de mayor importancia en el envejecimiento son las debidas a la calcificación difusa de la piel, los vasos y diversos órganos.
- **La teoría del envejecimiento de la colágena**, es decir, la formación de enlaces cruzados inter e intramoleculares en la colágena y el ADN, explica que se modifican las membranas capilares y celulares, se depositan calcio y colesterol, se altera el intercambio nutricional y aparecen en consecuencia signos de sufrimiento y degeneración celular y tisular, que son substituidos por tejido

colágeno provocando la atrofia senil de los diversos órganos y tejidos.

- **La teoría del error** es una variación de la teoría de la mutación, que sugiere que existe una variedad de errores en la producción de ARN (Ácido ribonucleico) que afectan la síntesis de las enzimas, que dañan la síntesis de las proteínas, y sucesivamente. Jonson y Strehler (1972) han encontrado que las células de animales envejecidos muestran una pérdida de ADN, lo que daña la producción de ADN y ARN, lo que daña el funcionamiento de las células y lleva a la muerte celular.

## **1.7. Los cambios psicológicos durante el envejecimiento**

Durante el envejecimiento, las experiencias y comportamientos se hallan determinados e influidos por procesos psicológicos.

Los procesos psicológicos comprenden los cambios sensoriales y perceptivos, la memoria y la inteligencia, la metacognición y la creatividad, que algunos les llaman los procesos *cognitivos o funciones y capacidades intelectuales*. Las emociones, la motivación y los cambios de personalidad, se comprenden como *rasgos específicos* de los adultos mayores. (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Percepción sensorial***

Como consecuencia del envejecimiento, las capacidades senso perceptivas disminuyen variando de un individuo a otro. Por lo general, se observa una reducción en la capacidad de recibir y tratar las informaciones pertenecientes al entorno.

De esta manera, se observan deficiencias como la presbiacusia (pérdida del oído en la zona de altas frecuencias) y presbiopía (disminución de la plasticidad del cristalino y su poder de acomodación, que exige el uso de gafas bifocales) que influye en la realización del trabajo cotidiano.

A estas pérdidas se suman cambios psicológicos, como el hecho de rehusarse a llevar gafas y otros rechazan la prótesis auditiva porque les resulta molesta. De ahí que muchas personas de edad experimenten déficits auditivos y/o visuales, sin embargo fáciles de corregir. Aun así, las tareas cotidianas (en la casa, el trabajo o el juego) rara vez exigen un máximo de velocidad, de fuerza o capacidad sensorial. Por tanto, muchas de estas pérdidas están en el límite superior de las capacidades y no se advierten mucho sus efectos en la vida cotidiana (Mishara y Riedel, 2000).

## **Vista**

Al envejecer, el cristalino del ojo cobra espesor y pierde parte de su plasticidad y capacidad de acomodación. Por tanto no puede acomodarse a los objetos muy alejados o muy próximos. La profundidad del campo disminuye continuamente hasta que es necesario usarse cristales o gafas bifocales para modificar la visión lejana o próxima.

Si se acentúa la presbiopía, pueden ser necesarios lentes trifocales con objeto de compensar la pérdida de acomodación para los objetos muy próximos, cercanos y alejados.

El empleo de cristales bifocales exige un período de adaptación. Bajar una escalera, resulta particularmente difícil puesto que es casi imposible distinguir los escalones mirando por la parte superior de los cristales, que aproxima los objetos alejados, mientras que los escalones se hallan demasiado alejados por la parte inferior que sirve en la lectura. La necesidad de mirar a través de las diversas partes de los cristales crea tensión. Incluso cuando se está acostumbrado a las nuevas gafas, ciertas tareas siguen resultando difíciles, como cambiar una bombilla eléctrica o ejecutar un trabajo próximo situado por encima del plano normal de la visión. La imagen percibida puede a veces desdoblarse, por ejemplo, cuando al ir conduciendo se observa el indicador de velocidad, viéndolo a través de la parte superior e inferior de los cristales.

A la vista se le debe una gran parte de la información que llega a los seres humanos del mundo y de gran parte de sus placeres y recreaciones.

Un ejemplo es la televisión, que se convierte en la distracción principal de los adultos mayores y el no poder leer ni contemplarla, puede tener como efecto el aislamiento cada vez mayor y que se vuelvan indiferentes y carentes de interés. La pérdida de la agudeza visual supone también el riesgo de hacer disminuir la participación de la vida social y el interés por actividades recreativas (Mishara y Riedel, 2000).

A la edad se asocian cambios importantes en las zonas periféricas y centrales del funcionamiento visual-perceptivo (Fozard, Wolf, Bell, McFarland, y Podolsky, 1977 citado en Mishara y Riedel, 2000). Las modificaciones periféricas comprenden los cambios en la capacidad de acomodación y transmisión del ojo.

El cambio más frecuentemente asociado a la transmisión consiste en el desarrollo de cataratas en el cristalino. Las cataratas proceden del amarillamiento del cristalino que tiene por efecto deformar el espectro luminoso y oscurecer la visión. Sin embargo, es elevada la tasa de éxitos en las intervenciones quirúrgicas en estos casos. Las modificaciones periféricas aparecen habitualmente hacia el final de los treinta años o hacia comienzos de los cuarenta. Afectan la percepción de la profundidad y la sensibilidad ante el deslumbramiento; la sensibilidad a los colores disminuye y aumentan las dificultades relacionadas con tareas visuales ordinarias como la lectura y la costura. Los cambios de la zona central sobrevienen posteriormente en la vida, entre los 50 y los 70 años, estas modificaciones resultan

más difíciles de atenuar, puesto que suponen una pérdida total de función más que una simple disminución funcional fácilmente corregida. Las modificaciones centrales comprenden la disminución del campo de visión, el aumento del umbral de sensaciones (mínimo preciso de excitación para la sensación o diferencia mínima entre dos estímulos percibidos como distintos).

Los trastornos de tipo central son a menudo efectos secundarios de problemas fisiológicos como hipertensión, neuropatías y diabetes; ceden mucho menos ante intervenciones directas. Por tanto, y en vez de intervenir directamente, el doctor prescribe un régimen, ejercicios o medicación apropiada a las dolencias, que constituyen el origen de las perturbaciones visuales.

Los cambios perceptivos se suman a la interacción entre enfermo y su ambiente. Es decir, la lectura se vuelve dificultosa por los caracteres pequeños, la iluminación escasa y pequeños detalles le causan dificultades.

Sin embargo, numerosas dificultades visuales asociadas con el envejecimiento pueden corregirse o dar lugar a unos mecanismos de acomodación de suerte que la actividad cotidiana apenas sufre secuelas.

### ***Oído***

Por lo general, la pérdida de la audición no es completa y en muchos casos sólo afecta a las frecuencias altas, mientras que las bajas suelen seguir siendo muy bien percibidas a menos que influyan otras afecciones.

La pérdida de sonidos agudos, cuando es acentuada, obstaculiza la percepción de la expresión porque las consonantes comportan sonidos agudos y si no resultan percibidos, da la impresión de que las palabras son masculladas.

El adulto mayor afectado de presbiacusia (déficit auditivo) cree entonces que quienes le rodean murmuran y les acusa de no hablar con suficiente claridad.

Esta incapacidad de comprender bien las palabras puede generar desconfianza e incluso tendencias paranoides. En todos los casos, esta incapacidad resulta molesta para el adulto mayor que puede sentirse menos apta para comunicarse. El debilitamiento del oído puede perturbar también ciertas actitudes como la audición de la música o radio.

Las prótesis auditivas ayudan a compensar en muchas personas las pérdidas auditivas, pero algunas otras personas, por molestia, demoran demasiado tiempo su empleo. Al igual que las gafas bifocales, la prótesis auditiva exige cierta adaptación y las quejas sobre el hecho de que torna irreales los sonidos no se hacen esperar, quejas que hasta cierto punto son ciertas, puesto que gran parte de las prótesis auditivas prescritas y ajustadas por un profesional no amplifican toda la gama de frecuencias sino aquellas que se pierden. De ahí resulta a veces un sonido metálico bastante insólito. La distinción entre las voces femeninas y masculinas se vuelve igualmente incómoda porque la amplificación de las frecuencias altas modifica el timbre del sonido.

El timbre es una cualidad del sonido que todos conocemos pero que resulta difícilmente definible. Fuentes sonoras de la misma frecuencia (tono) y amplitud (intensidad) resultan diferentes a la percepción, porque determinados armónicos de la onda sonora aumentan o se amortiguan en razón de la naturaleza de su fuente. La diferencia entre el do medio de un piano y el de un clarinete, con intensidad igual, es debida al timbre. Cuando desaparece la capacidad de percibirlo, se pierde la capacidad de percibirlo, se pierde la posibilidad de reconocer las fuentes sonoras que se distinguen sobre todo por el timbre, pero esto no impide comprender claramente las conversaciones, aunque el sonido de la voz no sea del todo agradable (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Otros sentidos (Gusto y olfato)***

El gusto y el olfato tienden a disminuir con la edad. Paradójicamente, se reduce al mismo tiempo la tolerancia a los platos muy picantes. Estos cambios pueden perturbar la calidad nutritiva del régimen alimenticio. Cuando los alimentos pierden su gusto, el apetito desaparece al mismo tiempo. Diversas causas, entre ellas la situación económica, el aislamiento, el esfuerzo y la depresión, pueden sumarse a la atrofia del gusto y provocar carencias alimenticias (Mishara y Riedel, 2000).

### ***La significación de los cambios sensoriales***

Lo anteriormente expuesto no debe hacer creer que las personas adultas mayores sean todas medio ciegas, incapaces de leer y conducirse, sordas, insensibles, incapaces de degustar, etc.

Más bien la *mayoría* resultan perfectamente capaces de proseguir normalmente con sus actividades o si es necesario, de compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir y de esta manera queden reducidas a un mínimo. Varios de estas deficiencias no están relacionados necesariamente al envejecimiento y pueden prevenirse desde etapas tempranas de la vida antes de tener que implementar medios paliativos. Por ejemplo, el oído puede protegerse sustrayéndole de ruidos fuertes y continuos. Con el desarrollo de la tecnología médica y la distribución de los servicios sanitarios, es probable que incluso los cambios inherentes al envejecimiento sean detenidos de manera significativa gracias al progreso de los conocimientos en diversas disciplinas y el desarrollo de la ciencia y la tecnología (Mishara y Riedel, 2000).

### ***La rapidez y coordinación***

También las relaciones con el empleo de los datos sensoriales en la realización de una tarea que exige rapidez y coordinación disminuyen con el envejecimiento.

La mayoría de estas dificultades proceden de la pérdida de velocidad de las reacciones y de una disminución de la coordinación. Asimismo el debilitamiento debido a la pérdida de masa muscular se hace presente. Puede verse afectada la capacidad de realizar ciertas actividades difíciles y fatigosas, y sobre todo, de mantenerlas. Aunque pueda atenuar estos inconvenientes mediante la planificación y preparación, subsiste la posibilidad de que las deficiencias en la motricidad tengan una incidencia en la vida cotidiana, pues perturban la realización de tareas ordinarias (Mishara y Riedel, 2000).

Sin embargo, el aumento de los tiempos de reacción y de toma de decisión puede ser función de la situación o las condiciones de aprendizaje. Un ejemplo queda demostrado en varias investigaciones donde la diferencia en la velocidad de respuesta entre las personas de edad y las más jóvenes disminuye considerablemente cuando aumenta la intensidad del estímulo.

Los estudios de Spirduso y Clifford (1978 citado en Mishara y Riedel, 2000) demuestran que los adultos mayores activos son, en varios campos, superiores a las personas más jóvenes inactivas.

En este momento, es difícil saber hasta que punto la diversidad entre los tiempos de respuesta que se observa se deba a la diferencia entre generaciones, a la falta de práctica o a algún otro factor, porque no se dispone de los datos necesarios.

Según una revisión de la literatura, efectuada por Welford (1977 citado en Mishara y Riedel, 2000), la mayoría de las indicaciones sobre las relaciones entre envejecimiento y el declive de la fuerza muscular, de la rapidez y la coordinación, inducen a creer que lo que descienden son los *límites superiores*. Y como los esfuerzos exigidos por la mayoría de las tareas ordinarias siguen estando muy dentro de esos límites el efecto de esas pérdidas quizá sea muy desdeñable. Este hecho recuerda la hipótesis de la discontinuidad de Birren según la cual las evoluciones graduales no se advierten en tanto no alcancen un punto crítico.

Welford (1977) y Bromley (1974 citado en Mishara y Riedel, 2000) señalan que no es tanto la pérdida de la velocidad de la respuesta como el aumento del tiempo necesario para la decisión. Como la mayor parte de las tareas estudiadas por estos autores no exigían un máximo de rapidez o de fuerza y son las actividades nuevas más que las familiares las que corren el riesgo de sufrir un aumento de tiempo necesario para la decisión, el efecto global sobre las tareas habituales puede ser insignificante.

A medida que aumenta el tiempo asignado a la planificación, programación e interpretación de las señales, disminuyen las diferencias entre las personas jóvenes y las de más edad. En consecuencia, el mantenimiento entre los adultos mayores de una tasa deseable de rendimiento implica que es necesario prolongar el tiempo consagrado a la planificación y a la preparación de tareas. El aumento de las dificultades de la motricidad y la coordinación, asociadas al envejecimiento no está por lo general ligado a una disminución real de las señales o de los elementos de la respuesta, sino al tiempo requerido por el tratamiento central. Puede ser que



este hecho sea, en buena parte, debido a la tendencia a tornarse con la edad más prudente y conservador (Botwinick, 1966 citado en Mishara y Riedel, 2000).

### **Memoria**

Algunas investigaciones sobre el envejecimiento y la memoria plantean un modelo de la misma que comprende tres etapas:

- ❖ La entrada de datos
- ❖ La memoria a corto plazo
- ❖ La memoria a largo plazo (Arenberg, 1973; Crack, 1977; Elias, Elias y Elias; 1977 citados en Mishara y Riedel, 2000)

Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. Esta conclusión se basa en las investigaciones que muestran que el aumento de la velocidad de presentación de los objetos que hay que memorizar produce, en las personas de edad, un efecto extremadamente negativo.

Varios investigadores (Canestrari, 1963; Eisdorfer, Axelrod y Wilkie, 1963; Arenberg, 1965 citados en Mishara y Riedel, 2000) han efectuado trabajos en este sentido y han descubierto que, al aumentar el tiempo de presentación (velocidad reducida), los adultos mayores se benefician más que los jóvenes.

Eisdorfer (1968 citado en Mishara y Riedel, 2000) sostiene que los errores de omisión (no responder o decir "no sé") corresponden en parte importante a los efectos negativos debidos a la aceleración de la presentación en el caso de los sujetos de edad. Es posible que los adultos mayores que digan "no sé" tal vez sientan demasiada impaciencia al responder, ya que la excitación de ellos es superior a la de los jóvenes. Cuando se hace bajar la excitación con ayuda de inhibidores (lo que se comprueba por la tasa de ácidos grasos en el torrente sanguíneo), los adultos mayores cometen menos errores de omisión y sus resultados mejoran.

También se ha estudiado la memoria considerando las divisiones artificiales entre memoria a corto y largo plazo. La primera ha sido considerada como víctima del envejecimiento, mientras la segunda era considerada como menos afectada. Algunos creen en efecto, que la memoria de los acontecimientos del pasado parece mejor en adultos mayores que en los jóvenes. Pero este hecho puede deberse a la práctica y la diferencia de edad en el momento de la experiencia. Un ejemplo es el recuerdo vívido de algún cumpleaños del nieto, lo que puede hacer creer que su memoria es mejor, pero la diferencia puede residir en que el nieto y la abuela no tenían la misma edad cuando se produjo este acontecimiento. Es posible también que sus recuerdos se hayan avivado viendo el álbum familiar o hablando con miembros de la familia.

Crack (1977 citado en Mishara y Riedel, 2000) ha examinado tres estudios detallados que llegan a la conclusión de que la memoria a largo y corto plazo resultan inferiores en los sujetos de edad (Schoenfield, 1972; Bahrick, Bahrick y Wittlinger, 1975; Warrington y Sanders, 1971 citados en Mishara y Riedel, 2000). Schoenfield encontró que el recuerdo de los nombres de profesores de segunda enseñanza, pasa del 67% en los sujetos de 20 años, al 45% en los de más de 70. Bahrick y sus colaboradores (1975) han descubierto que un gran número de parámetros ligados a la memoria, entre estos el recuerdo libre y la capacidad de reconocer y emparejar nombres y rostros en el anuario del instituto del segundo año de enseñanza, se reducen con la edad.

En estudios relativamente recientes ya no se trata de hacer aprender de memoria una lista de logotipos (sílabas desprovistas de sentido) y estudiar el recuerdo simple, sino de analizar la memoria de reconocimiento y los mecanismos que explican el funcionamiento de la memoria. Un enfoque relativamente nuevo elaborado en psicofísica y conocido bajo el nombre de "teoría de detección de señales" preside la mayor parte de los trabajos de este campo (Green y Swets, 1966 citados en Mishara y Riedel, 2000). Han aparecido diversos estudios que utilizan este enfoque (Crack, 1969, 1971; Gordon y Clark, 1974 citados en Mishara y Riedel, 2000), pero no concuerdan sus resultados.

La teoría de detección de señales permite evaluar separadamente la potencia de la memoria y el modo de respuesta. El modo de respuesta es la forma de los errores que comete el sujeto, según que sea incapaz de reconocer las palabras que ha visto (error) o que crea reconocer palabras que no ha visto (tasa de afirmación errónea o TAE). Los anteriores estudios sobre la memoria y el envejecimiento no tomaban en cuenta el posible efecto de las conjeturas (modo de respuesta) sobre los niveles obtenidos en los tests de memorización por reconocimiento. Harkins, Chapman y Eisdorfer (1979 citados en Mishara y Riedel, 2000) han empleado este método en un estudio realizado con mujeres adultas mayores y jóvenes; han descubierto que, incluso teniendo en cuenta la desviación de las respuestas, el grupo adulto mayor acusaba un déficit en la capacidad de reconocer las palabras. Han advertido también que los medios empleados por los sujetos adultos mayores son muy diferentes de los que usan los jóvenes. Las mujeres adultas mayores presentan una menor probabilidad de desviación, lo que hace disminuir el número de errores cometidos, pero aumentar el de las omisiones. Estos resultados confirman la hipótesis de Botwinick (1966 citado en Mishara y Riedel, 2000), donde las personas adultas mayores dudan de responder hasta que no están seguras de poseer la respuesta adecuada.

En resumen, la pérdida de memoria es demostrable y está muy asociada a la edad. Por otro lado, la preparación y la utilización de métodos mnemotécnicos simples (agendas, listas de lo que hay por hacer) deberían de permitir a la mayor parte de las personas adultas mayores consagrarse a sus ocupaciones sin tantos inconvenientes.

## ***La Inteligencia***

La inteligencia definida de acuerdo a los tests de inteligencia, disminuye con la edad (a partir de la mitad de los veinte años). El asunto de la diferencia en razón de la edad, como del origen racial, suscita tanta o más controversia que cualquier otra. Sin embargo existe.

Si no se consigue explicarla esta probablemente dependa de la *gerontofobia* de los investigadores o bien de los errores metodológicos. Esto queda demostrado en el hecho de que no todos los adultos mentales son disminuidos mentales y que estas diferencias entre sujetos jóvenes y de más edad se han revelado ligadas a diversos factores *externos*. Ahora bien, la dificultad estriba en precisar la naturaleza exacta de la pérdida, lo que contribuye a su aceleración y reducción y los medios que hay que utilizar para atenuar, retrasar o disminuir los efectos negativos.

Entre los factores externos susceptibles de afectar los resultados obtenidos en los tests de inteligencia se encuentran: la diferencia de escolarización entre generaciones, la rapidez de las respuestas en los tests cronometrados, el conservadurismo, la falta de hábito con los tests, las privaciones de todo género, déficits sensoriales o de otro tipo (Mishara y Riedel, 2000).

Hoyer, Labouvie y Baltes (1973 citados en Mishara y Riedel, 2000) han demostrado que, si se refuerza la aceleración del tiempo de respuesta (rapidez) en las personas adultas mayores, sus niveles mejoran. Se sabe que la prolongación del tiempo de respuesta en los adultos mayores es real; puede que sea necesario recurrir a reforzamientos numerosos cuando los sujetos presentan un tiempo de respuesta muy largo y cuando además dudan en la elección de su respuesta. Los trabajos de Schaie, han mostrado que reducir la velocidad no es enteramente un artificio metodológico, sino que procede en realidad del envejecimiento.

Baltes, Labouvie (1973) y Riegel y Riegel (1974 citados en Mishara y Riedel, 2000) proponen otra interpretación del descenso de los resultados en los tests, a partir de estudios que muestran que estos niveles se reducen durante el período que precede a la muerte, incluso en ausencia de una evolución física significativa concomitante.

Los niveles de los sujetos fallecidos en el espacio de uno o dos años después de la aplicación del segundo test acusan una baja significativa en comparación con los sujetos que han sobrevivido. Estos resultados autorizan a creer que, en ausencia de cambios patológicos debidos a una enfermedad, la inteligencia tiende a permanecer relativamente estable a lo largo de toda la vida. Este "derrumbamiento terminal" de la inteligencia es el que hace bajar las medias del grupo, aunque los únicos sujetos que presenten una disminución real sean los que han alcanzado la fase terminal. Estos resultados parecen ser apoyados por trabajos de investigadores pertenecientes a campos diversos (por ejemplo Colmes y Rahe, 1967; LesHan y Gassman, 1958 citados en Mishara y Riedel, 2000).

### ***Schaie, Baltes: Planes secuenciales***

Las dos grandes posiciones teóricas en este terreno las representan K. Warner Schaie y Paul B. Baltes (1974) y por el otro por Jack Horn y G. Donaldson (1977 citados en Mishara y Riedel, 2000). Schaie, Baltes y sus colaboradores publicaron dieron a conocer estudios sobre la evolución de la inteligencia durante el envejecimiento, así como sobre la metodología de los planes de investigación destinados a evaluar la naturaleza exacta de las diferencias evolutivas.

Los trabajos de Schaie en especial, tratan de distinguir la influencia del grupo, del momento de la recogida de datos y de la edad propiamente dicha, así como precisar la parte que corresponde a cada uno de estos factores. Los planes de investigación que ha elaborado son denominados *secuenciales* y combinan los elementos propios de los métodos transversal, longitudinal y regresivo. Cada uno de estos métodos tiene un inconveniente: los efectos del tiempo, la edad y del grupo se confunden, de modo que no es posible precisar con exactitud lo que causa las diferencias que se aprecian, ni la importancia relativa a cada una. El test empleado en estas investigaciones es el *Primary Mental Abilities* (Thurstone, 1938; Thurstone y Thurstone, 1950 citados en Mishara y Riedel, 2000). Este test presenta la ventaja de haber sido elaborado con la técnica estadística del análisis factorial, de modo que mide diversos aspectos de la inteligencia relativamente independientes unos de otros. En especial, los datos de tres componentes analizados Schaie interesan a quienes estudian el proceso del envejecimiento: el razonamiento verbal, la rapidez de respuesta y las aptitudes para la instrucción.

El test de razonamiento verbal mide la extensión de vocabulario. Los antiguos análisis transversales revelaban que hacia el final de los 20 y 30 años se inicia una abrupta caída de la capacidad de razonamiento que prosigue durante toda la vida. En la actualidad se piensa que esos datos inducen a error, puesto que se confunden las diferencias debidas a la edad y a los grupos de cohorte. Lo que muestran estos resultados es que las generaciones jóvenes más recientes obtienen unos niveles más elevados porque se han mejorado las aptitudes verbales, como consecuencia de los progresos de la escolarización. Pero cuando son eliminados los efectos de cohorte y demás artificios contenidos en los datos que no se hallan directamente relacionados con el envejecimiento, los resultados cambian radicalmente.

Según Schaie, la capacidad verbal continúa desarrollándose hacia los últimos años de la vida para disminuir lentamente.

La velocidad de respuesta (el tiempo necesario para reaccionar ante un estímulo simple), aumenta incluso cuando se la estudia con la ayuda de un plan secuencial. Al compilar resultados globales de los tests de inteligencia, se advierte que la reducción de la velocidad de respuesta se halla compensada por el aumento de las capacidades verbales, lo que proporciona unos niveles de tests de inteligencia estables durante toda la vida, incluso cuando el análisis sigue un plan secuencial. La razón de la reducción acusada por los estudios transversales puede

explicarse, al menos en parte, por el hecho de que las exigencias de rapidez constituían un obstáculo para las personas adultas mayores.

Una de las conclusiones más alentadoras de Schaie es que resulta posible aprender durante toda la vida... aquellos que enseñan a adultos se sorprenden de los éxitos de la gente de edad madura que retorna a los estudios después de criar a una familia o después de la jubilación o para estudiar una nueva carrera (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Cattell y Horn: Inteligencia fluida y cristalizada***

Los trabajos de Horn han suscitado numerosos debates, además de que representan un punto de vista diferente acerca de los planes secuenciales.

Sus trabajos se inspiran en estudios realizados por Catell (1963 citado en Mishara y Riedel, 2000) en la Universidad de Illinois, que propone la existencia de la inteligencia "fluida" y "cristalizada". La inteligencia fluida representa la forma de inteligencia capaz de resolver los problemas nuevos y la inteligencia cristalizada la que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

Entonces podría suponerse que la inteligencia fluida depende de la capacidad de evolucionar y adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, por lo tanto, disminuiría con la edad, mientras que la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de experiencia, aumentaría con los años.

Horn y Catell publicaron en 1966 una batería de tests elaborados con el objeto de medir estas capacidades diferentes.

Horn (1970 citado en Mishara y Riedel, 2000) presenta un análisis de datos ya recogidos por Catell y por él mismo (1967), que indica el aumento a lo largo de la vida, de las formas cristalizadas de inteligencia, acompañado de las formas de disminución de las formas fluidas. Emplea además una medida denominada "ómnibus", es decir, una combinación de las formas fluida y cristalizada cuya evolución recuerda la de los niveles de inteligencia globales contenidos en los datos de Schaie y Wechsler. La teoría que subyace es semejante a la de Catell, ya que abarca factores psicológicos, biológicos y sociales. Supone que la reducción de las capacidades fluidas está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y que éstas se hallan determinadas por la genética. Por el contrario, la inteligencia cristalizada se encuentra íntimamente ligada a la experiencia que a su vez se relaciona estrechamente, no sólo con el tiempo vivido, sino con las ventajas de las que el sujeto haya podido beneficiarse. Siguiendo el análisis de los datos de Schaie y Baltes, Horn y Donaldson (1977 citados en Mishara y Riedel, 2000) han formulado la opinión de que tales datos presentan una disminución de las formas fluidas desatendidas por los autores; han manifestado asimismo reservas, por razones metodológicas, sobre su validez.

### ***Terman: Estudios sobre niños superdotados***

En 1921 Lewis Terman inició un estudio de sujetos superdotados que duró varias decenas de años. Les siguió y les aplicó una batería de test en 1936, 1940 y 1945. Los resultados demuestran de manera general que casi todos los rasgos deseables (salud física y mental, éxito, renombre, etc.) se hallan en relación directa con el CI (Cociente Intelectual). Este estudio enterró el prejuicio de que los genios eran seres extraños, con anomalías corporales y mentales.

En 1947, Terman y Oden publicaron el libro *The gifted child grows up: Twenty five years follow up of a superior group*, donde en un capítulo Quinn Mc Nemar analiza la diferencia entre los resultados obtenidos por el grupo en la primera evaluación y en la de 1945 y los resultados demuestran que el CI desciende entre 8 y 10 puntos, hecho que atribuye, en la mayor parte de los casos, a errores de medición más que a una reducción real del CI. Terman al final del capítulo señala que esta caída era en realidad menos importante y que resultaba atribuible a las dificultades de evaluación. Así pues, desde las primeras investigaciones de Terman solo se registró una disminución débil de los niveles globales de inteligencia Stanford-Binet. Pese a esto, durante mucho tiempo ha persistido la idea de que la inteligencia se pierde con el paso de los años, en particular durante el envejecimiento (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Las dificultades de la investigación sobre la inteligencia y el envejecimiento.***

Las dificultades para realizar investigaciones acerca del envejecimiento no sólo refieren a variables como la edad, la época de las observaciones y la influencia de grupo, sino a los obstáculos con que chocan en general las investigaciones longitudinales.

Un estudio longitudinal se extiende a lo largo de un período largo de tiempo, en el cual suceden cambios que inciden sobre las experiencias, pero escapan a la voluntad del experimentador. La evolución de los tests, cambios de personal, acontecimientos históricos, etc. Son factores que obligan al investigador a tomar decisiones a menudo difíciles.

Por ejemplo, para fines de investigación se puede escoger un test que parezca excelente al principio, pero que luego sea sustituido por otro o una versión mejorada del mismo test. El personal también cambia a medida que los estudiantes se titulan y se marchan. Si el técnico o investigador que aplica es hombre o mujer, si es bien parecido o cordial, de raza diferente, así como también la motivación de los sujetos para cooperar en el estudio, etc., sin duda todo esto incidirá sobre los datos.

Una de las variables que ha captado la atención de los autores interesados por la investigación sobre inteligencia y envejecimiento ha sido el desgaste selectivo, es decir, el que algunos sujetos dejen de participar en el estudio con el paso del tiempo. Estos abandonos pueden estar relacionados con las variables del

estudio o ser ajenos a éstas. Entonces la pregunta es ¿Conviene reemplazar a los sujetos que se eliminan?

La respuesta es difícil de responder, porque si la razón del abandono no se relaciona con las variables estudiadas, los datos no se resentirán con el reemplazamiento. Pero si los abandonos están motivados por razones ligadas a las variables estudiadas, el efecto puede ser positivo o negativo.

Por ejemplo, si se quiere evaluar el estado de salud durante la vida de los sujetos, los que dejan de presentarse son los que están enfermos o han muerto. Este hecho constituye un factor positivo de selección que puede proporcionar unos datos indicadores del incremento de la salud con el envejecimiento. A diferencia de el peso, que tiene una relación inversamente proporcional a la longevidad, los sujetos obesos tienen una mortalidad más elevada que los sujetos que tienen un peso medio.

La situación se complica con el hecho de que la diferencia entre los grupos puede tener una incidencia diferencial sobre las variables (Baltes, 1968). Los efectos de esta naturaleza son muy complejos y exigen investigaciones muy meticulosas a largo plazo (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Resolución de problemas***

Arenberg (1973 citado en Mishara y Riedel, 2000) en una revisión acerca de la cognición y el envejecimiento comunicaba que a pesar del escaso trabajo realizado en este campo, le daría un amplio lugar a la resolución de problemas debido a su enorme importancia.

Rabbit (1977 citado en Mishara y Riedel, 2000), cuatro años más tarde se queja de lo poco que se ha escrito sobre este tema.

Rabbit ha comprobado que los sujetos de edad no sólo tienen más éxito que los jóvenes en la resolución de problemas planteados, sino que utilizan de manera diferente la información obtenida y no aprovechan igualmente las instrucciones de comienzo y la retro-información. Es decir, no parecen capaces de filtrar las informaciones no pertinentes y pueden formular muchas preguntas redundantes o fuera de lugar. Además este autor previene contra una imagen simplista en la cuestión de la resolución de problemas en los adultos de acuerdo a la visión de Piaget, que parece adelantar que la evolución de la que viene acompañado el envejecimiento no es más que la imagen especular del desarrollo inicial, postura que defendieron Storck, Looft y Hooper (1972 citados en Mishara y Riedel, 2000), al concluir que el *desarrollo normal* a una edad avanzada va en sentido inverso de las adquisiciones en el niño.

Sin embargo, el trabajo de Piaget ha creado controversias, debido a que algunos cambios parecen ser debidos en parte a la naturaleza del problema, las instrucciones dadas y el marco en que se desarrollan las experiencias y si estas variables constituyen la causa principal de las diferencias de los niños, podría ser que influya también sobre los cambios o "*inversiones*" con sujetos de más edad.

Uno de los problemas observados en este tipo de investigaciones, parece ser el hecho de que los test o las tareas que se le piden realizar a las personas adultas mayores carecen de interés para estas. Arenberg (1973 citado en Mishara y Riedel, 2000) señala que este artificio de laboratorio explica una gran parte de las diferencias observadas en los sujetos jóvenes y de más edad. También en su revisión de las obras de Wetherick (1966 citado en Mishara y Riedel, 2000) y otros autores, llega a la conclusión de que las personas de edad (adultos mayores) cometen numerosos errores de interpretación, tomando indicaciones negativas por positivas. Es decir, es probable que sea un error de interpretación en la información y que no sea debido a un comportamiento rígido o de creencias fijas como suele pensarse. Parece más bien, que los sujetos no perciben las nuevas indicaciones que normalmente les harían cambiar de opinión, demostrándoles su error, por lo tanto, visto desde esta opinión, lo que provoca la rigidez es la incapacidad para tratar la nueva información.

Las investigaciones generadas hasta ahora muestran que, en comparación con sujetos más jóvenes, los adultos mayores son menos aptos para organizar e integrar la información; esta es una de las razones principales de que no tengan tanto éxito en tareas de resolución de problemas. Otra razón podría ser la ausencia de motivación debida a la futilidad y el tedio que provocan las tareas. Las investigaciones referentes a la incapacidad de modificar posteriormente la elección de una táctica tienden a apoyar el concepto de la cristalización de la inteligencia del cual ya se habló en un apartado anterior (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Metacognición***

La metacognición es denominada como la conciencia que tienen los sujetos de sus funciones mentales (Flavell, 1979, 1981 citado en Mishara y Riedel, 2000).

La mayoría de los investigadores se dedica a estudiar los medios por los cuales el sujeto se esfuerza por mejorar sus resultados al realizar tareas intelectuales (Meichenbaum, 1980 citado en Mishara y Riedel, 2000). Estos investigadores suponen que la memoria y la inteligencia están ligadas al comportamiento a través de mecanismos conscientes que nos permiten dar cuenta del modo en que actuamos y pensamos así como ejercer una forma de autorregulación. De esta manera, el ser humano es visto como capaz de sacar partido de sus ventajas y compensar los efectos de sus debilidades mediante medidas apropiadas y no como una víctima que sufre pasivamente las consecuencias de sus defectos (Lefebvre-Pinard y Pinard, 1982 citados en Mishara y Riedel, 2000).

La naturaleza de la metacognición y el papel que desempeña ha dado lugar sin duda a múltiples controversias y discusiones teóricas de considerable amplitud. Sin embargo, no hay suficientes investigaciones sobre las aplicaciones de la teoría metacognitiva y en la mayoría de los casos refieren acerca de la adquisición de las capacidades metacognitivas por parte de los niños y los mecanismos de



autorregulación para mejorar los resultados que obtienen al realizar diversas tareas de orden cognitivo.

Se sugiere que en un futuro inmediato las investigaciones sobre la metacognición deberían de aplicarse al desarrollo de técnicas adecuadas para permitir a los adultos mayores compensar déficit cognitivos (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Creatividad***

Las investigaciones relativas a la creatividad en el curso de la vida han estado referidas, la mayor parte de las veces, a la cantidad de las obras producidas más que a la calidad.

Lehman (1953 citado en Mishara y Riedel, 2000) es uno de los pioneros que se interesa más por la calidad que por la cantidad y en su estudio encuentra que los años más productivos son los de la treintena, tras la cual la calidad de la producción disminuye de forma regular.

Dennis (1966 citado en Mishara y Riedel, 2000) cuenta el porcentaje de la producción total por decenio de personajes célebres reagrupados según sus campos de interés y obtiene los siguientes resultados:

Las artes y las ciencias presentan una curva en la cual después de una cima inicial sigue una caída, mientras que se alza de manera casi constante en el campo de humanidades. Este hecho es atribuible, en parte, a que el período necesario de preparación antes de poder realizar un trabajo válido es más largo en los científicos, a que a los investigadores conocidos les resulte más fácil que a los jóvenes conseguir la publicación de sus trabajos. Sin embargo, es importante considerar las diferencias individuales que existen en estos datos. Por ejemplo, Picasso logró una enorme producción al final de su vida, Churchill y muchos otros se mostraron productivos hasta los 80 o 90 años.

En esencia, la creatividad no solo depende de un trabajo intelectual, sino de un estado de espíritu. (Mishara y Riedel, 2000).

### ***Emociones, motivaciones y personalidad***

¿Las personas adultas mayores son más o menos emotivas que los jóvenes? ¿Se hallan más o menos motivadas por el trabajo? ¿Difieren sus sentimientos interiores y la estructura de personalidad de los que tienen los jóvenes?

Las respuestas a estas preguntas se hallan limitadas por la necesidad de distinguir la diferencia entre las cohortes o generaciones y la evolución debido a la edad o a la maduración. Desafortunadamente, estas cuestiones rara vez se han sometido a un riguroso examen científico y prometen ser un campo de estudio muy interesante en un futuro próximo (Mishara y Ruedel, 2000).

## ↓ **Emoción**

Aunque la afectividad ocupa un lugar importante en psicología, las principales revisiones sobre gerontología sólo la mencionan de pasada. El libro de Birren y Schaie (1977) y el de Eisendorfer y Lawton (1973 citados en Mishara y Riedel, 2000) sólo refieren la afectividad brevemente. Sin embargo, se evoca un conjunto de imágenes que refieren a las personas de edad como difíciles, irritables y desagradables o de humor melancólico. Son frecuentes en las personas adultas mayores la depresión (entendida como estado afectivo y síndrome) y el humor lábil (humor cambiante, a veces asociado al síndrome cerebral orgánico).

Pero ¿resulta verdadera esta imagen de las personas adultas mayores como irritables y tristes? (Mishara y Riedel, 2000)

En la actualidad no existe prueba alguna de que la vida afectiva de los adultos mayores sea mejor o peor que de la de los jóvenes. Cabe que los factores más importantes en juego sean parecidos a los que determinan la satisfacción general, la salud y los ingresos. La notable ausencia de investigaciones en el campo de la afectividad y de su expresión en el adulto, exigirá un esfuerzo concertado en los próximos años, porque numerosos estados negativos se hallan estrechamente relacionados con los desórdenes psicosomáticos, quizá incluso con el cáncer. En cuanto este punto, Greene, 1954; Lezna y Worthington, 1955; Schemale e Iker, 1966; Kissen, 1963, 1969 (citados en Mishara y Riedel, 2000) han presentado datos orientados a demostrar que el stress prolongado, la represión de las emociones y la depresión se encuentran asociados con la aparición de cáncer, aunque es imposible determinar si dichos estados constituyen el origen de la enfermedad, o bien si son su consecuencia natural.

## ↓ **Motivación**

El estudio de la motivación se refiere habitualmente a estos tres elementos: a) El móvil o el objetivo del comportamiento, b) El nivel de excitación del organismo y c) El estado fisiológico o psicológico que estimula al organismo y le impulsa a tender hacia un objetivo. Elias y Elias (1977 citados en Mishara y Riedel, 2000) señalan este proceso de la motivación como una necesidad psicológica que hace nacer una pulsión (impulso) que da lugar a unas actividades dirigidas hacia fines específicos.

Aunque los estudios sobre la motivación encuentran bastantes aplicaciones prácticas, como la productividad en el trabajo, son pocas las investigaciones aplicadas sobre los seres humanos, en particular, los adultos mayores. En su revisión de las investigaciones sobre el envejecimiento de los animales, Jazubzak (1973 citado en Mishara y Riedel, 2000) hace notar que éstas carecen de organización.

### ↓ *El nivel de excitación*

Parece seguro que el nivel de actividad general o nivel de excitación se reduce con la edad de manera marcada en animales y seres humanos. Elias y Elias (1977 citados en Mishara y Riedel, 2000) han revisado la literatura sobre la psicología animal y han hallado que la carrera en la rueda de la actividad general de las ratas, muy empleada para estimar el nivel de actividad general de las ratas, disminuía a partir de la madurez (hacia los dos años de edad). Sin embargo, sólo se han logrado escasas conclusiones de los numerosos trabajos que han estudiado, por obra de la diversidad de los métodos y de las posiciones teóricas, y porque, en el momento de las experiencias, no fue controlado un número harto de variables.

Los estudios sobre el nivel de actividad general en los seres humanos revelan que el trabajo y las tareas obligatorias fuera de la casa los jóvenes son más activos que los adultos mayores, quienes suelen pasar más tiempo descansando, leyendo y viendo la televisión (Chapin y Brail, 1969 citados en Mishara y Riedel, 2000). La interpretación de estos resultados suscita considerables problemas, puesto que proceden de estudios "transversales" y en razón de este hecho pueden revelar entre las cohortes una diferencia más que una evolución debida a la edad. Incluso cabe que sea difícil de interpretar los estudios longitudinales, ya que los niveles de actividad se hallan estrechamente ligados a la condición socioeconómica y a la instrucción, como otras variables, más que al envejecimiento propiamente dicho.

El nivel de actividad general se mide, por lo común, mediante la observación directa y la interrogación de los sujetos acerca del género y del número de sus comportamientos. El nivel de excitación, además, es considerado generalmente como un *estado interno*. Se supone que un desplome general del nivel de excitación constituye el origen de la disminución de actividad en adultos mayores.

Sin embargo, Eisdorfer (1967 citado en Mishara y Riedel, 2000), cree que los déficit de actividad en los adultos mayores son atribuibles a la elevación del nivel de excitación o sobre-estimulación.

Un cierto número de trabajos de investigación confirman la hipótesis de una insuficiencia de excitación. Varios de estos trabajos encuentran una disminución de la capacidad de aprender nuevos comportamientos, bajo efecto del condicionamiento clásico. Experiencias que consisten en hacer aprender al sujeto que modifique su reflejo psicogalvánico (RPG) y su ritmo cardiaco, revelan una disminución con la edad. En la hipótesis de la sobre-estimulación los investigadores creen que el nivel de actividad del Sistema nervioso autónomo (SNA) se pone de relieve midiendo el ácido graso libre en la sangre (AGL) (Bogdonoff, Estes, Friedberg y Klein, 1961 citados en Mishara y Riedel, 2000). Empleando el AGL como indicador de la actividad del SNA, Eisdorfer (1967 citado en Mishara y Riedel, 2000) ha elaborado una teoría según la cual la disminución de la actividad en los adultos mayores es debida, en parte, a la sobre-estimulación del SNA. Tal vez sean verdaderas las dos teorías puesto que el nivel de excitación *general* y *potencial* de las personas adultas mayores sea inferior, pero que "*sobre-reaccioner*" a ciertas

formas de stress en mayor medida que los jóvenes. Es igualmente posible que estas interacciones hagan aumentar el AGL y que lleven la excitación hasta un nivel superior al general o habitual.

Parece haber un acuerdo en el hecho de que el nivel de excitación y el de actividad general es inferior en adultos mayores que en jóvenes, pero aún no existe una serie de estudios para integrar los datos relativamente dispares y aislados que existen en la actualidad.

### ***El género de actividad***

Los adultos mayores suelen tener actividades diferentes a las de los jóvenes. Numerosos estudios indican que poseen menos actividades en conjunto y un porcentaje más elevado de estas se sitúa en una categoría de "ocios" por oposición al "trabajo u obligaciones". ¿Estas diferencias son debidas a la ocasión o a su ausencia?

Se dice que los jóvenes disfrutarían más de sus ocios si tuvieran tiempo y dinero y los ancianos quizás trabajarían más si no se hubieran visto obligados a jubilarse, si no corrieran el riesgo de perder las prestaciones de seguridad o si tuvieran mejor salud. De cualquier manera, no hay relación perfecta entre el nivel de actividad y satisfacción. Algunos sujetos activos se sienten desgraciados, mientras que algunos inactivos son relativamente felices. En realidad, la satisfacción y el descontento se hallan aproximadamente repartidos por igual en ambos grupos (Mishara y Riedel, 2000).

Hasta que se conozcan mejor las relaciones existentes entre los efectos de cohorte, el momento de recogida de los datos y de la edad, resulta probablemente razonable afirmar que la excitación general y la actividad disminuyen con la edad, al menos en lo que concierne a la presente cohorte de adultos mayores. Son necesarias investigaciones más amplias si se quiere conocer la naturaleza de los déficit y sus relaciones con otros déficit, con las modificaciones del comportamiento en el adulto mayor.

## **1.8. Teorías psicológicas del proceso del envejecimiento**

Dentro del campo psicológico se encuentran algunas teorías importantes, las cuales se explicarán a continuación de manera más amplia que las teorías biológicas, puesto que esta investigación concierne al campo de la psicología propiamente.

### **✦ Teoría psicoanalítica.**

Freud (1898 citado en Mishara y Riedel, 2000) decía: "El psicoanálisis pierde su eficacia cuando el paciente es de edad avanzada, alrededor de los 50 años y

más allá de esa edad, la elasticidad de los problemas mentales, de la cual depende el tratamiento es escasa”.

Desde este punto de vista, podría decirse que la gente de edad avanzada ya no es educable y la gran cantidad de material inconsciente puede prolongar indefinidamente la duración del tratamiento.

El término de “elasticidad del yo” hace referencia al hecho de que las personas al avanzar en edad, además de formarse un juicio más objetivo de los factores de la realidad; percibe más los conflictos de la infancia y sus reacciones y opiniones se vuelven fijas, es decir, se traduce en una “rigidez del yo”.

Sin embargo, para otros autores, el psicoanálisis puede aplicarse como método terapéutico con algunas modificaciones en personas de edad (Abraham & Jellife en Geist H., 1977 citados en Villaseñor Flores, 1993).

Helen Deutch encontró que los puntos principales de conflicto en la ancianidad de la mujer son los que refieren a la reproducción y la pérdida de relación objetal directa. La menopausia y el climaterio constituyen una experiencia psicológica traumática que afecta directamente el narcisismo, que va acompañado de una regresión del funcionamiento fisiológico, al mismo tiempo se produce un aumento de la actividad vital y una tendencia a la regresión de tendencias previamente abandonadas (Geist H., 1977 citado en Villaseñor Flores, 1993).

Existen psicoanalistas que no han necesitado extender la teoría freudiana y su método terapéutico a la geriatría y a la gerontología. Hamilton distingue cuatro puntos decisivos en el ciclo vital humano:

- 1.- Terminación de la infancia
- 2.- Terminación de la niñez
- 3.- Transición de la niñez y comienzo de la adolescencia
- 4.- El período de cambio de la personalidad madura en proveya (añosa)

El período de la vejez se caracteriza por un debilitamiento de los impulsos inconscientes, que probablemente está condicionado por lo social, como la jubilación y que lleve a una inactividad que exige nueva adaptación y orientación. Estas exigencias que impone el yo incapaz de luchar con los impulsos del ello, tienen como consecuencia sentimientos de inferioridad, inseguridad y culpabilidad; así como sentimientos de agresión y hostilidad hacia la gente joven. Los conflictos pre-existentes en la infancia y la niñez que no se resolvieron y que siguen siendo reprimidos en la edad madura, se reactivan en la vejez dando lugar a una conducta infantil-neurótica.

La agresión neurótica, que puede ser un problema sexual, se da con mayor frecuencia en ancianos que experimentan impulsos sexuales que contradicen las normas sociales y biológicas y que después posiblemente sean acusados de

exhibicionismo, delitos sexuales, empleo de violencia o atentados homosexuales. La conducta genital autoerótica, una mayor preocupación por las sensaciones corporales, desórdenes hipocondríacos, y el aumento de la micción, pueden ser señales de problemas prostáticos, son manifestaciones también de tendencias regresivas. Sin embargo, para que todo esto sea demostrado en su totalidad faltan estudios más amplios. (Geist H., 1977 citado en Villaseñor Flores, 1993).

#### ↓ ***Integridad del yo versus desesperación de Erik Erikson.***

Este autor ha sido uno de los pocos que ha considerado el desarrollo como un continuo que abarca desde el nacimiento hasta la muerte. Se trata de una teoría epigenética, puesto que el desarrollo epigenético de un organismo implica una sucesión ordenada de fases. En cada una de las fases del desarrollo el individuo debe afrontar y dominar un problema fundamental, dado por dos fuerzas contrarias (crisis) que exigen una solución. Del éxito de esta solución o síntesis depende del individuo que pueda pasar de una fase a otra para diferenciar e integrar las funciones nuevas hasta un estado final en que constituyan un todo funcional (Laforest, 1991 citado en Ortega R., 2000).

Erikson sigue en términos generales la teoría freudiana, sin embargo, 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 las etapas y les da continuidad.

La integridad significa un estado de culminación, de totalidad, una tendencia a mantener las cosas unidas (Erikson, 1985 citado en Ortega R., 2000). La expresión "logro de identidad" significa que en la ancianidad se alcanza el sentido de totalidad de la propia vida, un sentimiento de realización, de metas logradas (Bühler, citado por Papalia, 1988). Se alcanza la integridad cuando se ha vivido las crisis de la existencia de un modo suficientemente positivo para que en ella pueda madurar las siete etapas anteriores. El componente más importante de la integridad es la aceptación del ciclo de la vida como algo que tenía que ser, una realidad única y diferente a cualquier otra y la persona defiende su propia dignidad contra todas las amenazas físicas y económicas (Laforest, 1991 citado en Ortega R., 2000).

Pero si el curso del desarrollo ha llevado a sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo, de no haber obtenido nada de la vida y no esperar nada de la muerte (Laforest, 1991 citado en Ortega R., 2000), conduce a un sentimiento de desesperación porque las personas sienten que malgastaron su vida y fracasaron en lograr las metas que establecieron (Bühler, 1968; citado en Papalia, 1988). La desesperación es el resultado de no haber logrado al final de la existencia una integración yoica que se va preparando a lo largo de la existencia (integración "acumulada"). Cuando esta no se ha logrado se teme a la muerte y no se acepta el único ciclo de la vida como lo esencial de la existencia. Aparecen la desesperación y el disgusto, pues el tiempo es corto para iniciar otra vida y buscar alternativas en pos de la integridad.

Con frecuencia la desesperanza se oculta detrás de sensaciones de malestar y puede deberse a: perturbaciones más o menos severas del desarrollo a lo largo de la vida, especialmente en la temprana infancia y alteraciones bruscas de un estado de equilibrio que llevan a una crisis y aunque habitualmente son transitorias, también pueden ser permanentes (Salvarezza, 1988 citado en Ortega R., 2000).

Erikson señala que en la etapa de la vejez se puede mantener y es necesaria una función generativa, pues la discontinuidad de la vida familiar contribuye a que haya carencia de ese compromiso vital para permanecer vivo. Esta falta de compromiso suele llevar a los viejos a psicoterapia y es un síntoma que se confunde con una regresión a estadios anteriores, sobre todo cuando parece hacerse un duelo por el tiempo perdido, el espacio agotado, la autonomía debilitada, la iniciativa abandonada, la intimidad faltante, en fin, la vivencia de una identidad limitadora, cuando en realidad puede ser "regresión al servicio del desarrollo", es decir, una búsqueda de la solución de un conflicto específico de esa edad. (Blos, 1967, citado en Ortega R., 2000)

Finalmente, puede decirse que la desesperación es la fase en la cual el viejo no soluciona de manera positiva la crisis de la vejez, por tanto aparecerán sentimientos de inseguridad, desesperación y temor a la muerte, puesto que no se alcanzó la integridad.

#### ✦ **Teoría del rol.**

En esta teoría, se han llevado dos tipos de estudios con respecto a la vejez. El primero refiere a la manera de entender y juzgar los roles del anciano desde el punto de vista de diversos grupos del total de la población y según sus diferentes circunstancias sociales. El segundo refiere a los verdaderos roles que en sí asumen las personas adultas mayores.

Tuckman y Lorge (en Geist, 1977 citado en Villaseñor, 1993) observaron que las personas que toman la edad como criterio de la vejez y sitúan esa edad en un nivel relativamente bajo para el comienzo de aquella, aceptan más los disés respecto a la vejez que los que opinan de distinta manera.

Los años que con frecuencia se mencionan como la etapa de la vejez alternan entre los 60 y 65 años, sin embargo la edad cronológica como índice de la vejez es inadecuado cuando no se tienen en cuenta las diferencias individuales entre las personas.

El identificar la edad invita a la gente que está pasando por la etapa de la vejez a reconocer los cambios que se producen y a percibir que las actitudes de los demás hacia ellos son cambiantes, más que clasificar al adulto mayor solamente por tener cierta edad cronológica.

Blau y Phillips muestran que la jubilación precipita el comienzo de la vejez, ya que tiene relación con el concepto social más que con las circunstancias naturales, aislando al adulto mayor de toda comunicación importante con el medio

social y de toda identificación con los grupos de menor edad (en Geist, 1977 citado en Villaseñor, 1993).

#### ✦ **Teoría de la brecha generacional de Margaret Mead.**

La autora analiza la situación de la persona vieja en función del tipo de cultura en la que se desenvuelve:

1) *Culturas posfigurativas*. Los cambios en estas son tan lentos que los abuelos no pueden concebir un futuro diferente de su propio pasado. Los valores y conocimientos son inmutables y transmitidos a las nuevas generaciones, los ancianos se consideran poderosos, portadores de normas culturales y el estilo de vida que seguirán los más jóvenes. Esta organización familiar se observa en sociedades primitivas y se le denomina "familia tradicional" en la cultura latinoamericana, que no ha desaparecido en zonas semirurales y rurales. Hay oposición al cambio y el desarrollo.

2) *Culturas cofigurativas*. Surge al romperse el sistema posfigurativo. Los mayores se atribuyen el poder sobre los demás. Sin embargo, los jóvenes desarrollan nuevos estilos fundados en su experiencia y se retroalimentan de sus compañeros de la misma edad. Esta cultura es característica de la familia urbana contemporánea en sociedades industrializadas, de organización nuclear, en la que los abuelos han sido excluidos y con frecuencia segregados en asilos o zonas especiales.

3) *Culturas prefigurativas*. Es definida como la cultura universal del futuro. Son los adultos y ancianos quienes aprenden de los jóvenes. Debido a la gran red de comunicaciones basadas en electrónica, los jóvenes comparten en todas partes un tipo de experiencias que ninguno de sus mayores conoció. La antigua generación jamás verá repetirse en la vida de los jóvenes su propia experiencia de los cambios, los cuales se dan muy rápidamente. (Krassoievitch, 1993).

#### ✦ **Personalidad y envejecimiento**

La personalidad es definida de varias maneras, sin embargo, la definición más utilizada es la de Allport (1937 citado en Mishara y Riedel, 2000), formulada hace más de cuarenta años y dice así: "*La organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno*". Y si se toma en cuenta que Allport llegó a esta definición tras un estudio minucioso de 49 acepciones de las palabras "persona" y "personalidad", entonces es explicable que su definición todavía posea importancia entre otras definiciones.

Las teorías sobre personalidad se distribuyen en tres grupos: Las teorías psicodinámicas (incluidas las de freudianos y neofreudianos), las teorías conductistas y las teorías humanistas. Abreviando y reduciendo mucho, puede decirse que los partidarios de la teoría psicodinámica insisten en los determinantes



inconscientes e históricos de la personalidad; los conductistas, en las condiciones de aprendizaje y del entorno y los humanistas, en la libertad y los objetivos de la persona.

Pocos autores han escrito sobre la personalidad de los adultos mayores. Freud estimaba que la personalidad adulta se halla invadida por el material inconsciente, hasta tal punto que los adultos mayores son incapaces de evolucionar o de beneficiarse de una intervención terapéutica, las cuales son interpretaciones un tanto pesimistas. Sin embargo, se han hallado más de 2,000 referencias pertinentes acerca del tratamiento de las perturbaciones psíquicas en ancianos (Eisdorfer y Stotsky, 1997 citado en Mishara y Riedel, 2000), lo que indica que los trabajos relativos a intervenciones terapéuticas no son tan escasos. Sin embargo, aunque se encuentran intervenciones terapéuticas exitosas con adultos mayores, "difícilmente puede encontrarse un área en la que haya mayor desinformación, inconsistencia y estereotipos" (Cohen, 1981, citado en Krassoievitch, 1993). Krassoievitch (1993) menciona: "Son muy numerosas las técnicas psicoterapéuticas destinadas al paciente anciano. Casi todos los autores informan de resultados favorables con técnicas muy diferentes y esto no debe extrañarnos, puesto que el mismo fenómeno se observa en la literatura de la psicoterapia, independientemente de la edad de los pacientes".

Pese a que las teorías de la personalidad mencionadas prestan poco interés al anciano, van a permitir explorar los elementos que cada una pone de relieve.

Allport (1937 citado en Mishara y Riedel, 2000) pensaba e imaginaba el desarrollo de la personalidad como un proceso continuo de diferenciación. Emplea la fórmula de Lewin (1931 citado en Mishara y Riedel, 2000), quien representaba la naturaleza de las estructuras internas con la ayuda de ilustraciones gráficas. La personalidad del adulto mayor se halla caracterizada por una complejidad o diferenciación más grande que la de los jóvenes. Esta diferenciación creciente explica una mayor experiencia en las personas adultas mayores y por un mejor dominio de los impulsos.

Desde la obra clásica escrita por William James (1980 citado en Mishara y Riedel, 2000), psicólogos y sociólogos se han interesado por el concepto de la multiplicidad de los Sí (sí mismo). Cada persona posee la capacidad de presentar diferentes Sí, según la situación en que se encuentra, que depende a su vez en gran parte a la percepción que el sujeto tiene de su función o papel que desempeña y las normas que lo gobiernan. Un ejemplo se aplica a las personas que generalmente son silenciosas y se les da un papel de "animador" en un grupo, estas personas hablan más que las otras. Lo que conviene a una situación no conviene necesariamente a otra. Otro ejemplo: Si un profesor da una clase a sus alumnos, éstos considerarán como normal su comportamiento de discurrir sobre la investigación experimental porque se espera de él este comportamiento, pero si este mismo comportamiento lo realiza durante una comida familiar, corre el riesgo de ser mal acogida e incluso producir un comportamiento de huida u hostilidad por parte de la familia. Todos estos elementos llevan a la posible conclusión de que las

personas adultas mayores tienen menos papeles que hace años atrás y estos papeles les otorgan también menos poder e importancia, lo que modifica su comportamiento y su propia percepción. Esto sucede así porque la concepción de nuestro Sí procede, en gran parte, de la forma en que los demás reaccionan ante nosotros en los diversos papeles que asumimos, es decir, ante nuestro "Sí especulario", según expresó George Herbert Mead (1953 citado en Mishara y Riedel, 2000). La idea que nos hacemos las personas de nuestro propio Sí se halla, pues, influida por la historia personal, así como por las circunstancias particulares que determinan en parte los papeles que desempeñamos y las reacciones de otros.

Considerando que la personalidad adulta difiere de la personalidad joven, conviene examinar la naturaleza de esta variación. En uno de sus primeros intentos por definir la personalidad madura, Allport (1937 y 1961 citado en Mishara y Riedel, 2000) aisló seis rasgos que parecen característicos de la *personalidad madura* por oposición con lo que cabría nombrar simplemente personalidad del adulto mayor.

Estos rasgos son los siguientes:

1. Un sentimiento de sí, bien desarrollado,
2. La capacidad de mantener relaciones cordiales con otro, tanto si el trato es íntimo como si no lo es,
3. Una seguridad emotiva fundamental aliada a la aceptación de sí,
4. Una disposición a percibir, pensar y actuar con entusiasmo respecto de la realidad exterior,
5. La auto-objetivación, la penetración (insight) y el sentido del humor,
6. Una vida conforme a una filosofía unificante de la vida.

Hay que notar que esta imagen de personalidad está ligada a ciertos valores y representa más un ideal que una realidad. Puede darse el caso que estos rasgos pueden hallarse reunidos en algunas personas jóvenes y estar ausentes en algunos adultos mayores.

Si se admite que las personas viejas poseen mayor experiencia que los jóvenes, cabe la suposición de que sus personalidades sean únicas y las diferencias de personalidad son más marcadas que en los jóvenes. Pero existe el riesgo de que intervenga la diferencia entre las cohortes. Quizás estas personas viejas tuvieron experiencias más diversificadas en el curso de su juventud, lo que explicaría la gran diferencia de personalidades entre la generación actual de ancianos.

Las generaciones jóvenes que viven en el siglo XXI han recorrido el mundo, aunque sea solamente a través de la televisión y han oído hablar de cosas que ni siquiera imaginaron sus abuelos, se multiplican las experiencias, que por más que el mundo cambie, esa rapidez de evolución parece natural a los jóvenes. Además estas experiencias son compartidas, lo que las convierte en una realidad más homogénea (podría decirse que es uno de los efectos de la globalización y la difusión de la información masiva).

Las tres escuelas de pensamiento, psicodinámica, conductista y humanista, interpretan de manera distinta manera las causas de la diferencia de personalidad

entre jóvenes y viejos. A pesar de observar el mismo conjunto de hechos, los observan bajo una perspectiva diferente y le dan importancia a distintas causas.

En la perspectiva psicodinámica, se le daría importancia a la gran cantidad de material inconsciente residual se halla presente en las personas adultas mayores y establecería la hipótesis de que la falta de energía es atribuible al rechazo y al mantenimiento del equilibrio general del sistema.

La perspectiva conductista insistiría en la historia del condicionamiento que, siendo más largo, ha podido adquirir un comportamiento en respuesta a una determinada situación, mientras que establecería un comportamiento estereotipado en respuesta a otra. El humanista, consideraría el futuro que huye y el sentido del Sí disminuido y explicaría el comportamiento presente en función de las perspectivas a futuro. Los sociólogos y teóricos de orientación social, señalarían la pérdida de los papeles desempeñados por los adultos mayores y el sentimiento de anomia desarrollado en una situación que no comporta normas.

Lawton (1970 citado en Mishara y Riedel, 2000) presenta un cuadro jerarquizado de la organización individual que permite creer en la existencia de una interacción precisa entre ambiente, salud física y salud mental. Si disminuye el comportamiento necesario para el mantenimiento de la vida o se debilita la salud funcional, los elementos superiores del esquema se verán afectados. También a la inversa, el sujeto puede tener fallos en el comportamiento de mantenimiento de la vida o de la salud funcional, los elementos superiores del esquema serán afectados. Por ejemplo, si el sujeto se ve privado de los medios de mostrar creatividad y de amar, corre el riesgo de presentar un mayor número de síntomas físicos y perder la voluntad de cuidar de sí mismo; hecho que hace pensar en una relación estrecha entre mente y cuerpo, en las enfermedades psicosomáticas y en la necesidad de crear programas de prevención y rehabilitación en salud mental para los adultos mayores.

Holmes y Rahe (1967 citados en Mishara y Riedel, 2000) han demostrado que la tensión ambiental puede causar dificultades físicas. Pero los factores de stress aumentan con la edad. En el supuesto de que al envejecer las personas tendrán acumuladas más experiencias negativas o crisis, estas afectarán su salud física; esta a su vez puede alterarse y provocar una disminución de la capacidad de mantener los cuidados corporales hasta el desempeño de su papel social. Aunque hay que enfatizar que el separar los conceptos de personalidad, ambiente, papeles sociales, etc. es algo artificial para fines de investigación científica, porque la interacción continua entre todos los factores es la que produce la persona humana en su conjunto.

Mishara y Riedel (2000) proponen que un estudio completo de personalidad del anciano debería abarcar tres tipos de cambios: 1) Evolución interna (estados emotivos, pensamientos y concepción de sí); 2) Comportamiento externo (respuestas o ausencia de respuestas en situaciones nuevas o antiguas) y 3) Ambiente externo (papeles y otras formas de presión).

### ★ **Introversión e interioridad**

Como se había mencionado en el apartado que corresponde a la Teoría psicoanalítica, Freud dice muy poco acerca de la personalidad adulta. Sólo sus sucesores más ortodoxos se han arriesgado a aportar en este campo de conocimiento (v.g. Berezin y Cath, 1965; Levin y Cahana, 1967 citados en Mishara y Riedel, 2000). Los primeros psicoanalistas se conformaban con observar los acontecimientos psicosexuales en la pubertad y observar su efecto en el Yo (v.g. Deutsch, 1944, 1945; Bibring, 1959 y Benedek, 1950, 1959 y 1970 citados en Mishara y Riedel, 2000).

Sin embargo, Carl Gustav Jung, (1933 citado en Mishara y Riedel, 2000) fue una notable excepción en este terreno, puesto que postuló que el desarrollo de la personalidad tiene por objeto integrar los diferentes subsistemas de la personalidad en un todo significativo, con la ayuda del principio trascendente del Sí, tendencia de integración que sería innata, por eso es colocada entre los "arquetipos".

Para Freud el inconsciente constituía la fuente de todos los males, que encerraba las pulsiones inaceptables al hombre y la sociedad, al igual que el material rechazado de la consciencia.

En cambio Jung, veía en el inconsciente la fuente del conocimiento, algo mucho más que su antítesis. Su "arquetipos" residen en el inconsciente colectivo, se hallan presentes en todos los seres humanos y proceden de la herencia genética. No son extraños los conceptos al concepto de "idéos" o forma pura de las ideas hallado en Platón, como: 1) La fuente de toda sabiduría pura se halla contenida en el inconsciente y 2) La coherencia interna y la integración son los objetivos del desarrollo de la personalidad, por lo que según Jung, el ser humano se torna más atento a lo que sucede en sí mismo, lo que denomina "introversión".

Neugarten y sus colaboradores (1964 citado en Mishara y Riedel, 2000) hallaron pruebas empíricas de este cambio de orientación que va del mundo exterior al universo interior, que denominan "interioridad". En estas pruebas encontraron que los adultos mayores toleran mejor ciertos aspectos de su personalidad hasta entonces descuidados o reprimidos, sin embargo, las mujeres se tornan más tolerantes hacia sus tendencias egocéntricas y agresivas y los hombres hacia sus sentimientos de ternura, como el acercamiento y la necesidad de cuidar al otro. Esta transformación corresponde a la imagen de los jóvenes y de las personas adultas mayores que presentan los estudios efectuados en Kansas, City.

Erickson (1963 citado en Mishara y Riedel, 2000), del cual ya se expuso su teoría a grandes rasgos, habla de la integridad del Yo, que se opone a la desesperanza, coincide con el aumento de la reflexión y la atención hacia el mundo interior. También habla de la *capacidad* de desligarse, para designar el valor o la salida favorable de la crisis. Además diferencia entre la capacidad de desligarse y el hecho de estar desligado (retraído), que puede relacionarse con los problemas suscitados en la teoría del retraimiento, cuyos resultados aun están en discusión.

#### ✦ **Tipología de las personalidades del adulto mayor**

Neugarten (1977 citado en Mishara y Riedel, 2000) menciona en su revisión de los trabajos sobre personalidad, que hay cientos de investigaciones que contienen datos sobre adultos mayores, pero estos son puntuales, transversales y sin relación con una teoría o un plan de investigación coherentes.

Es decepcionante el hecho de que sea escaso el material sobre personalidad incluido en los estudios longitudinales en curso y que sean accesibles muy pocos datos longitudinales sobre personalidad (v.g. Mass y Kuypers, 1974; Palmore, 1974, Birrin, Butler, Greenhouse, Sokoloff y Yarrow, 1971 y Granick y Patterson, 1971 citados en Mishara y Riedel, 2000). El estudio longitudinal de Bonn, que registra el libro de Thomae (1976 citado en Mishara y Riedel, 2000) es una excepción.

Reichard y cols. (1962 citados en Mishara y Riedel, 2000), definen en su estudio cinco tipos generales de personalidad a partir de su análisis referido a 86 hombres de edades entre los 55 y 84 años.

La personalidad más sana y mejor adaptada es denominada **madura**. Es constructiva en sus interacciones y en sus relaciones con otro. Los sujetos aceptan bien su Sí y su situación pasada y presente. Al parecer, tienen buenas relaciones interpersonales y escasos o nulos rasgos neuróticos. Las personalidades de tipo **casero** (en inglés, *rocking chair type*, que gusta de una mecedora) son igualmente aceptadas como las maduras, pero son más pasivas y tienden a considerar la edad adulta mayor como desprovista de toda responsabilidad, sus relaciones se hallan caracterizadas por la dependencia. Las personalidades **blindadas** se hallan bien adaptadas, pero son rígidas a pesar de proseguir con una vida activa, recurren con frecuencia a mecanismos de defensa, a fin de mantener su adaptación. En este grupo se encuentra una probabilidad más alta de una mala adaptación.

Las personalidades **descontenta** y **autofóbica** (self-hater), se hallan caracterizadas por la amargura, la agresividad y la depresión. Los **descontentos** son extrapunitivos (castigan a los demás), mientras que los **autofóbicos** son intrapunitivos (se castigan a sí mismos).

Otra tipología es la propuesta por Neugarten, Havinghurst y Tobin (1968 citados en Mishara y Riedel, 2000). Según esta clasificación, las personalidades se distribuyen en cuatro clases que se subdividen en ocho categorías. El **tipo A o reorganizador**, uno de los tipos de personalidades integradas, es muy parecido a la personalidad madura de Reichard y cols., porque comprende personas activas que han sabido la forma de reemplazar las antiguas formas de personalidad por otras nuevas, en vez de aferrarse al pasado o de sustraerse al presente. Son personas que tienden a interesarse en el trabajo comunitario, el trabajo voluntario gratuito, etc.

El tipo de personalidad integrada **focalizada** es del sujeto que abandona una parte de las actividades relacionadas a los papeles que desempeñaba para centrarse a un número restringido de papeles. Estas actividades que abandona tienen que ver con su trabajo, lo que le permite dedicar más tiempo a las

distracciones y a su familia. Se dedica a los antiguos papeles y les dedica más tiempo.

El tipo **retraído** es parecido al tipo *casero* de Reichard, es decir, el sujeto renuncia a las actividades ligadas a sus papeles, pero está suficientemente satisfecho de su vida.

En resumen, los tipos de personalidad integrada son parecidos en la medida que el sujeto experimenta un **sentimiento de satisfacción**, pero se distinguen por el modo y el número de actividades y papeles. Al tipo **blindado** de Reichard y cols., se le ha denominado como *defensivo* (Mishara y Riedel, 2000), puesto que el tipo *conservador* trata de retener los papeles y actividades de su madurez y el tipo *contraído* se retira de ciertos papeles para evitar enfrentarse con sus pérdidas. La persona **pasiva-dependiente** es una combinación compleja de varios tipos *dependientes*, como el tipo *casero*, pero no le permiten al sujeto sentirse satisfecho de su vida, reclaman ayuda y apoyo y se dejan dominar en vez de buscar activamente situarse como dependiente de otro, caracterizan una llamada de socorro y apatía. Los tipos **desorganizados** como el *descontento* y el *autofóbico* comportan un grado débil de actividades y de satisfacción, caracterizado por la cólera y hostilidad.

Guttman (1964 citado en Mishara y Riedel, 2000) describe tres maneras de actuar sobre el ambiente que van desde el **dominio activo** hasta el **dominio pasivo**. El **dominio mágico** supone recurrir a los ritos, actitudes defensivas, el repliegue sobre uno mismo y una vida orientada más hacia el interior que hacia el exterior. Es importante notar que estas formas de dominio tienen una relación con los tipos de personalidades ya mencionadas y que las presiones del ambiente pueden apresurar una adaptación negativa. Sin embargo, la fortuna, la salud y el apoyo del medio social pueden favorecer a mantener una adaptación durante más largo tiempo. Back y Morris (1974 citados en Mishara y Riedel, 2000) han descubierto que el cambio de empleo era importante para los hombres mientras que la evolución del ciclo de la vida familiar tenía más importancia para las mujeres. Los hombres, despojados de su posición entre los miembros de la población activa, presentan síntomas independientemente de los cambios ocurridos en su familia, de manera distinta, las mujeres experimentan dificultades al producirse cambios familiares radicales. Pero es necesario y conveniente tener en cuenta el contexto histórico-social y la pertenencia a una u otra cohorte, pues en la actualidad algunos hombres comienzan a interesarse por la vida familiar y las mujeres un papel cada vez más importante en otros ámbitos (laboral, social, etc.) aparte del familiar. Existe además una diferencia significativa entre los sexos, no sólo en el momento sino en la causa y el modo de evolución del yo en la cohorte actual de ancianos. En cuanto a la interpretación de las diferencias observadas, no se podría afirmar con certeza si se hallan ligadas a la edad o al grupo.

Neugarten y Datan (1973 citados en Mishara y Riedel, 2000) señalan un punto importante acerca de que el desarrollo individual comporta tres dimensiones: **cronológica, social e histórica**. En la historia de la humanidad, se aprecia que sólo en una época relativamente reciente se consideró a la infancia

como un período distinto de la vida y la adolescencia apareció mucho más tarde. La vejez también se encuentra en trance de convertirse en una época distinta en lugar de ser considerada solamente el final de la vida.

### **1.9. Teorías sociales que explican el proceso de envejecer.**

Lo que concierne al campo social, hay varias teorías que complementan las teorías psicológicas, puesto que el adulto mayor es influido psicológicamente por la sociedad en que vive, además los seres humanos somos seres bio-psico-sociales-culturales y las teorías solamente explican cierta parte de la realidad de manera científica.

#### **❖ Teoría del ajuste.**

Esta explica que en algún momento de su vida el hombre se aleja de los amigos y familiares, sobre todo cuando va en aumento su necesidad de estar en soledad. (Craig, 1988 citado en Villaseñor, 1993).

#### **❖ Teoría del retraimiento (desvinculación)**

Se relaciona con la anterior, en la medida que esta teoría afirma que el envejecimiento se acompaña de un retraimiento recíproco entre la sociedad y el individuo; el individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad, y esta le ofrece cada vez menos posibilidades. (Craig, 1988).

Cummings y Henry (1961, en Mishara y Riedel, 2000): *El individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad y esta le ofrece cada vez menos posibilidades de todo género.* Finley y Delgado (1981 citados en Ortega, 2000) emplean el nombre de *desligamiento*, mientras que en Mishara y Riedel (2000) ha sido llamada *retraimiento*. Sin embargo, cualquiera de los términos utilizados, desvinculación, retraimiento o desligamiento, traería al menos tres consecuencias. La primera refiere a que el anciano se siente menos involucrado con respecto a los demás y por lo tanto sus interacciones sociales disminuyen. La segunda es el decremento de los papeles o roles que había asumido anteriormente. La tercera es una preocupación mayor por sí mismo que en otras épocas de su vida. En resumen, sostienen la postura de que la desvinculación cumple con una función adaptativa, ya que se correlaciona con una sensación de bienestar o de "satisfacción en la vida".

En un principio, la explicación más razonable parecía ser que este proceso de retraimiento recíproco beneficiaba tanto para la sociedad como para el individuo que se retraía, pero después de años de investigación esta teoría se modificó para reflejar la variedad de estilos individuales entre las personas que se encuentran en la etapa de la vejez.

Verwoert (1976 citado por Krassoievitch, 1993) opina que esta polémica se complicó porque se consideraron equivalentes "actividad" y "vinculación", así

mismo sus contrarios "pasividad" y "desvinculación". Este autor piensa que la "actividad" incluye todas las actividades del organismo humano y "vinculación" refiere específicamente los aspectos sociales y por lo tanto son conceptos opuestos, sino que por el contrario se combinan en mayor o menos grado en los individuos.

Según Ragan y Wales (1980 citado por Krassoievitch, 1993) la teoría de la desvinculación sería una suerte de racionalización social que explica que los adultos mayores se desvinculan de sus roles previos porque es necesario para la sociedad y benéfico para ellos mismos

A la fecha, posteriores formulaciones subrayan la diferencia de las adaptaciones individuales a la vejez y han sustituido poco a poco la idea de la tendencia general al retraimiento, quizás la explicación se encuentra en el hecho de que los seres humanos somos seres sociales, que necesitamos de otros seres humanos para sobrevivir desde el nacimiento hasta la muerte. Pero de todas maneras, aun no existe un acuerdo sobre la cuestión de saber si el retraimiento es frecuente y si es o no beneficioso para el individuo implicado. Lo que resulta muy cierto es que la persona que sea aislada de manera gradual se adaptará tanto mejor en cuanto acepte su situación. Existen diferencias de opiniones, puesto que algunos creen que las personas que envejecen inician por sí mismas el proceso de retraimiento, mientras que otros creen que es la sociedad que obliga gradualmente a los viejos a retirarse de la vida activa.

#### ❖ **Teoría de la actividad.**

Esta teoría surgió de la necesidad de satisfacer las deficiencias de la teoría del retraimiento. Trata de explicar algunos problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de los adultos mayores. Y si a los adultos mayores se les priva de algunos papeles, los que quedan no están claramente definidos, lo que conduce a un estado de *anomia*, es decir, el individuo carece de propósito e identidad en esa sociedad. Según la teoría de la actividad, una vejez lograda consiste en descubrir nuevos papeles o nuevos medios de conservar los antiguos (Atchley, 1977 en Mishara y Riedel, 2000). Pero que para que esto suceda, será preciso reconocer en el futuro el valor de la edad y valorar a los adultos mayores por la sociedad. (D, Coon, 1980 citado en Villaseñor, 1993).

Havinghurst (1961) propone que se le permita seguir trabajando al adulto mayor y seguir activo.

También se le deben atribuir a los adultos mayores nuevos papeles y una forma cualquiera de remuneración, por la necesidad económica y porque en estas sociedades se valora el trabajo pagado mientras que no lo es el gratuito. La mayoría de los programas de actividades destinadas a los adultos mayores sirven para ocuparlos, sin embargo, la remuneración dada es menor al mínimo previsto por las normas nacionales, que sería ilegal para otro grupo de trabajadores.

El mantener un trabajo normal puede ser complicado para los adultos mayores por dificultades que puedan suscitarse por su estado de salud, los sindicatos, la legislación y los progresos de la tecnología. En Estados Unidos se han



adoptado nuevas medidas por la Cámara de Representantes al retrasar hasta los 70 años la edad obligatoria de la jubilación; sin embargo se impone una redefinición de la aptitud para el trabajo, fundada en las capacidades individuales y no sólo en la edad.

Maddox y Eisdorfer (1962) elaboraron una caracterología de la moral y de la actividad de las personas adultas mayores de acuerdo a cuatro tipos de sujetos distintos:

1. actividad elevada/moral elevada
2. actividad elevada/moral baja
3. actividad débil/moral elevada
4. actividad débil/moral baja

Los sujetos del tipo 3 "actividad débil/moral elevada", han triunfado en su retraining, pero constituyen una pequeña porción de la muestra. Cualquiera que sea el número de sujetos en esta muestra, su existencia demuestra que la tasa de actividad no se halla necesariamente relacionada con la elevación de la moral. Los investigadores llegan a la conclusión de que una moral elevada se asocia por lo general con un nivel alto de actividad y que esto depende de la situación económica y las posibilidades que se ofrecen al sujeto.

Goudy, Powers y Keith (1975) presentaron una tipología de la misma índole referente al trabajo y las actitudes en relación a la jubilación. También describieron cuatro tipos, combinando actitudes favorables y desfavorables ante trabajo y jubilación en una distribución casi igual para los cuatro tipos. También comprobaron que presentaban pocas diferencias las diversas categorías de ocupación, así como las categorías de "asalariados" y "autónomos". En un segundo estudio, estos autores presentaron un análisis más completo de estos cuatro tipos según las categorías de ocupación, al tiempo que tenían en cuenta los factores valoración y edad. Aunque las subcategorías presenten diferencias significativas desde el punto de vista significativo, estas variaciones no son extremas en la mayor parte de los casos. Los miembros de las profesiones liberales se hallan representados con exceso en los tipos A y B mientras que los obreros fabriles y los agricultores lo están en las categorías C y D, pero estas proporciones distan de ser muy marcadas. Aunque los miembros de las profesiones liberales tienden a hallarse mejor adaptados, cada categoría comprende un número significativo de personas bien y mal adaptadas. Ni la teoría del retraining ni la de la actividad pueden explicar muchas situaciones reales. Parecen existir más bien "tipos activos" y "tipos retraídos" así como otros "tipos" y su distribución sólo cambia en una proporción débil, en función de variables como el trabajo, ingresos, instrucción y la edad.

#### ❖ *Teoría del medio social.*

Esta dice que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Sobre el nivel de actividad de un individuo de

edad, influyen tres factores: la salud, la situación económica y el apoyo social. (E. Busse & E. Pferirffer, 1969 citado en Villaseñor Flores, 1993).

El medio en el que vive el adulto mayor engloba el contexto social con sus normas y los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. La salud es un factor importante porque muchos adultos mayores se ven limitados en sus actividades por el efecto acumulado de las enfermedades crónicas. Según Mishara y Riedel (2000) a partir de la edad de la jubilación una cuarta parte de la población no puede entregarse a sus principales actividades y un 10% es impotente. La situación económica es otro factor importante. Un ejemplo de este factor lo constituye el estudio de Brotman (1977, citado en Mishara y Riedel, 2000) en Estados Unidos, en el cual el 13% de los viejos tenían en ese momento ingresos inferiores al umbral "oficial" de pobreza. El 18% del grupo de los de más de 65 años se aproximaba a ese umbral (ingresos iguales al 125% del límite oficial de pobreza), lo que significa que una quinta parte de los adultos mayores de ese estudio están considerablemente limitados por falta de recursos económicos.

Contar con apoyos sociales como un marido o una esposa, la familia o relaciones sociales, contribuye al nivel de actividad. Lopata (1973 citado en Mishara y Riedel, 2000) comprobó que la pertenencia a diversas asociaciones disminuía con la edad y como consecuencia de la viudedad. En esencia, los factores procedentes del medio social que son susceptibles de influir en el grado de actividad resultan desfavorables a la vejez.

#### ❖ ***Teoría de la desocupación.***

También formulada por Cumming y Henry, refiere que es normal y deseable que las personas se aislen de la sociedad (Coon, 1980 citado en Villaseñor, 1993)

#### ❖ ***Teoría de los ancianos como subcultura***

Rosse y Peterson (1965 citados en Mishara y Riedel, 2000) estiman que las características comunes de las personas ancianas y su aislamiento explican que formen un grupo social aparte.

Y esta "subcultura de la edad" posee todos los rasgos específicos de cualquier grupo aislado, incluyendo un conjunto de normas que gobierna su conducta. Riley y colaboradores (1968 (1965 citados en Mishara y Riedel, 2000) han demostrado que resulta más ventajoso estudiar grupos de adultos mayores utilizando una estratificación elaborada según la edad, en vez de una estratificación según la clase. Han aumentado en número y poder, desde la publicación del informe de Rose, organizaciones exclusivamente dedicadas a los adultos mayores; se han vuelto también más reivindicativas. La organización, la especificidad, los objetivos y el estilo de cada grupo social constituyen variables importantes. Si una persona elige la soledad (a menudo impuesta por enfermedad, la pobreza o ausencia de medios de transporte), esta opción determina también su comportamiento. Suele pasar que quienes han permanecido activos desde su juventud en la misma organización religiosa o social explican que no quieren asociarse a una banda de "trastos viejos" y que su adhesión al grupo les permite "seguir siendo jóvenes".

### ❖ ***Teoría de los ancianos como grupo minoritario***

Explica que las personas de edad se sienten forzadas a formar parte de una minoría, que se ve afectado por la atribución de defectos que se les atribuye comúnmente (en Villaseñor, 1993).

Streib (1965 citado en Mishara y Riedel, 2000) tiene ideas parecidas a las de Rose. Pero a diferencia de este último autor, Streib cree que los adultos mayores en esta sociedad se ven forzados a formar una minoría.

Los rasgos característicos de los grupos minoritarios se aplican a los ancianos. La falta de movilidad, la pobreza, la segregación y la impotencia son también características de los viejos de América del Norte. Las reacciones a esta segregación varían desde la pasividad total hasta el activismo político. El alcoholismo, la toxicomanía (en casos de adultos mayores por lo general se trata de calmantes vendidos por prescripción facultativa o en una farmacia), la pobreza y escasa autoestima se encuentran tanto en la subcultura como en las demás minorías. Aunque estos rasgos sean secundarios y no necesariamente característicos de los grupos minoritarios, pueden influir en la forma que son tratados los adultos mayores así como en sus sentimientos hacia ellos mismos.

### ❖ ***Teoría de la adaptación al stress.***

Esta explica que los estresores internos y/o externos (físicos, psicológicos y sociales) producen daño por los esfuerzos de adaptación a los mismos, que se acumulan hasta que la adaptación es deficiente (Selye, 1976 en Kalish, 1982)

### ❖ ***Teoría de la continuidad***

Atchley (1971, 1972 citado en Mishara y Riedel, 2000) sostiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Las situaciones sociales pueden presentar cierta discontinuidad pero la adaptación y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de la vida. Un ejemplo citado es el de quienes prefirieron la pesca al trabajo, una vez llegada la jubilación, se alegran de tener todo el tiempo disponible para ir a pescar, mientras que quienes han dejado para más tarde las excursiones de pesca se cansarán muy pronto de esta actividad, de la cual de manera paradójica se quejarán de que no encuentran momento, energías, ni dinero y que no tienen nada que hacer.

Según la teoría de la continuidad, los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten en la vejez y el mejor índice de predicción de los comportamientos de un sujeto en una determinada situación continúa siendo su conducta anterior. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a los acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado. Los acontecimientos sociales que sobrevienen en el curso de los últimos años de la vida ejercen, desde luego, unas presiones y provocan la adopción de ciertas conductas, pero siguen la dirección ya tomada antes en la vida.

### ❖ **Estratificación social y estratificación por edades**

En toda sociedad, cada persona pertenece a un determinado número de grupos. Los sociólogos emplean el término de "capa" para referirse a la estratificación social. La noción de estratificación supone una superposición de las capas sociales, aunque existan clases o grupos cuya posición o jerarquía es poco definida o relativamente libre. Grupos y capas pueden ser permanentes, como el grupo racial, o temporales, como el grupo formado por los estudiantes en una determinada época (Mishara y Riedel, 2000)

Para Marx Weber, la estratificación social tiene como base la desigualdad económica, también considera la propiedad, el poder y el prestigio como los pilares que sostienen la organización jerárquica de todas las sociedades. Todos los sistemas de estratificación se sustentan en creencias, valores y normas que tienen la finalidad de asegurar su equilibrio y buen funcionamiento. Así como la sociedad está organizada por clases socioeconómicas, también lo está por estratos erarios, lo que significa que la distribución de los recursos materiales, el poder y el prestigio se hacen en forma diferente de acuerdo con la edad. Además se dan cambios de una época histórica a otra, derivados de las diferentes concepciones que se han tenido de la vejez en distintos lugares y momentos de la historia de la humanidad (Krassoievitch, 1993)

También Krassoievith (1993) resume los rasgos distintivos del estrato de los ancianos en la sociedad contemporánea:

- Roles: Cambio en el rol laboral, el paso del papel del trabajador al del jubilado. De este cambio derivan otros que afectan el ingreso y prestigio. El papel del jubilado no está claramente definido, por tanto tampoco están las expectativas y prerrogativas correspondientes.
- Ingreso: Se observa un importante decremento después de la jubilación.
- Atención a la salud: El grupo de la población de adultos mayores está favorecido porque buena parte de los recursos se dirige hacia este sector. Parece que este hecho resulta de una mayor necesidad de los viejos a recurrir a este tipo de servicios y de la disminución de sus ingresos. Esto es cierto para los países desarrollados y lo es en mucho menor grado para las regiones en vías de desarrollo económico y tecnológico.
- Tiempo: Los ancianos disponen de mucho tiempo libre. El problema reside en la ocupación de este tiempo, que pierde su valor como oportunidad de esparcimiento cuando no existen otras actividades. En el sistema de valores actual, el tiempo libre es considerado un logro que se obtiene con el paso del rol de trabajador al de jubilado.
- Poder político: Se concentra en algunos individuos de la capa social de las personas mayores. En la actualidad esto parece ser más evidente en los Estados Unidos y países europeos que en América latina.
- Responsabilidades: Se asignan más al estrato de la edad madura que al de la vejez, como es el caso de la mayor carga de impuestos para el

primero y una tendencia a la disminución o exención de los mismos para el segundo, situación que hace suponer que el grupo de los adultos mayores resulta favorecido.

- Prestigio: El status de los adultos mayores generalmente está devaluado debido a su situación de desventaja en el área laboral y económica. Existe además una imagen negativa del grupo de los adultos mayores, la cual es compartida y adoptada habitualmente por los propios adultos mayores.
- Instituciones sociales: Una de las instituciones más importantes que se ha desarrollado en el transcurso del presente siglo es la jubilación, con las leyes y reglamentos que derivan de ella. Además en muchas partes se ha institucionalizado una serie de leyes y prescripciones que comprenden el estrato de la vejez; por ejemplo, la exención de algunos impuestos y descuentos para espectáculos, transportes, etc. En la institución familiar, debido a los cambios sociales acelerados, las obligaciones y prerrogativas no están claramente definidas, lo que deriva en una fuente potencial de conflictos intergeneracionales.

#### ❖ *Tiempo social*

Neugarten (1979 citado en Krassoievitch, 1993) menciona que el tiempo de vida (o cronológico de los individuos se desarrolla dentro del tiempo histórico que les toca vivir; la interacción entre ambos se da en el contexto de una tercera dimensión, que es el tiempo social, que consiste en un sistema de regulación social conformado por expectativas sobre los comportamientos apropiados para cada edad. Existe un tiempo para casarse, para tener hijos, jubilarse, ser abuelo, etc. Y el individuo está dentro del tiempo socialmente asignado o fuera de él.

El cambio de papel y de status que implica cada uno de estos sucesos, aun si necesita nuevas adaptaciones, se hace sin tropiezos si cae dentro del tiempo asignado para el que había sido previsto y por tanto anticipado. Sin embargo cuando los cambios no son previstos trastornan las secuencias esperadas y el desarrollo del ciclo vital. Ejemplos citados de estos cambios inesperados en adultos mayores son una jubilación precoz, inicio de una carrera profesional, un casamiento, un romance porque están reñidos con las normas prescritas por el tiempo social. Este desfase coloca al adulto mayor en una posición desviada con respecto a otros miembros de su grupo etario. Las consecuencias pueden ser negativas para la autoestima del adulto mayor, sin embargo, el conformismo en muchos casos ante las normas prescritas por el tiempo social es una manera de inhibir el desarrollo propio y el bienestar individual.

## **1.10. Asistencia institucional hacia el adulto mayor en otros países y en México**

Como menciona Salvarezza (1998) el importante incremento experimentado por el grupo de edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea una serie de demandas, que desbordan la capacidad de respuesta familiar, y a la que el sistema social debe dar respuesta. Respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos la residencia geriátrica. Es importante mencionar que por residencia geriátrica se entiende como asilos, casas hogar, casas de reposo, etc.

A pesar de las críticas que se suscitaron a partir de los años 80's (Salvarezza, 1980), la residencia geriátrica desde entonces y en la actualidad sigue presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo de adultos mayores con un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados y déficit en recursos de apoyo informal. La sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG, 1995 citado por Salvarezza, 1998) señala la necesidad de la institución geriátrica sobre la base de una serie de condicionantes como: 1) el aumento del número de adultos mayores con problemas incapacitantes, 2) la minimización de la familia a expresiones moleculares, 3) el proceso de nuclearización residencial en torno de grandes ciudades que reduce el tamaño de las viviendas debido al encarecimiento del suelo, 4) la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, en tanto que ella había sido la principal responsable del cuidado familiar, 5) la falta de una perspectiva social y comunitaria en la generación de soluciones para la atención al anciano y 6) la insuficiencia de recursos comunitarios.

Según datos de la OCDE (1993, citado por Salvarezza, 1998), el número de personas que viven en residencias geriátricas supera en algunos países de Europa central el 15% de la población de setenta y cinco o más años, como es el caso de Alemania (15.8%), mientras que en muchos casos la tasa de adultos mayores que vive en estos centros con problemas de salud mental excede al que es atendido en hospitales y clínicas psiquiátricas.

Ahora bien, ¿Cuál es la situación que se presenta en México respecto a la asistencia institucional que se brinda a los adultos mayores?

Krassoievitch (1993) señala que en México no existen estadísticas precisas acerca del número de ancianos confinados en instituciones, pero supone que la mayoría reside con su familia: 62% de los varones viven con la esposa y los hijos y 52% de las mujeres, viudas en su mayoría, viven con sus hijos, nietos u otros familiares.

En México, como en la mayoría de los países de tercer mundo, entre las instituciones de custodia que reciben adultos mayores para estancias prolongadas son, en primer lugar, los asilos. En segundo lugar, existen algunos hospitales

psiquiátricos que aceptan adultos mayores, con costos elevados, pacientes que requieren cuidados especializados.

Aparte de estas instituciones de albergue y custodia existen orfanatos, albergues para indigentes, "granjas" psiquiátricas, reclusorios y reformatorios, en donde se pretende la rehabilitación de los reclusos, aunque solo sea por cumplir un trámite legal. Sin embargo, en las "casas-hogar", "albergues" y "residencias", solamente parece existir el agrupamiento y la reclusión, acompañados de supervisión médica como menciona Krassoievitch (1993).

Este mismo autor menciona que existen tres tipos de instituciones asilares destinadas a los adultos mayores: las del Estado, las religiosas y las particulares. El ingreso a cualquiera de ellas está determinado por factores económicos, además el ingreso está limitado a personas que necesitan cuidados por un estado de invalidez o enfermedad y las que presentan trastornos de conducta.

Existen alrededor de 150 asilos en el país, 50 en la Ciudad de México, 17 en Jalisco, 12 en Guanajuato y 10 en Michoacán. En los demás estados se calculan de uno a cuatro asilos habilitados por entidad.

Meza (1979, citado por Krassoievitch, 1993) señala que la mayoría de los ancianos reclusos en los asilos mexicanos viven este confinamiento debido a que sus familiares los consideraron un estorbo dentro de su vida familiar, a lo que se agregan a veces razones de tipo económico. Y existen diversas justificaciones para esta reclusión como evitar caídas, que se pierdan, que anden vagando, mantenerlos en condiciones de limpieza y comodidad, protegerlos de cambios bruscos de temperatura, etc. (Fuentes Aguilar, 1978 citado por Krassoievitch, 1993).

Con frecuencia sucede que alguno de los familiares (la nuera, los nietos, el yerno, etc.) no toleran la presencia del adulto mayor dentro del espacio exiguo de las viviendas urbanas, generándose conflictos y tensiones en el núcleo familiar que culminan con el confinamiento del adulto mayor, aunque el confinamiento más frecuente y extremo del adulto mayor es el que sufre en su propio hogar (Fuentes Aguilar, 1978 citado por Krassoievitch, 1993). Es posible que como consecuencia el adulto mayor tome la decisión de recluírse "voluntariamente". La gran mayoría de los adultos mayores, en realidad, preferirían otro tipo de vida que la de asilado.

En muchos casos, el motivo por el que acuden al asilo es la falta de un alojamiento adecuado y de un subsidio para sus necesidades básicas, pues algunos adultos mayores necesitan asistencia médica.

También Krassoievitch (1993) señala que en cuanto al diseño arquitectónico los asilos se parecen unos a otros y las características que comparten son la incomunicación tanto con el exterior como el interior de la institución. En las instituciones estatales se agrava la situación por espacios enormes, pasillos interminables, dormitorios comunes, sin ninguna posibilidad de privacidad, los lugares de reunión son el comedor y la sala de televisión, en los que no se observa interacción con los enfermos. La mortalidad es más elevada que en la comunidad, aun más durante el primer año que sigue a la admisión, en el que llega a 50% en

los medios más desfavorables. Se ha discutido si esta corresponde a factores ambientales o a condiciones de salud precaria.

▪ ***Asistencia institucional o en institutos de recuperación***

La asistencia de los adultos mayores puede proporcionarse en las formas de: hospitalización, reservada para los enfermos; casas de reposo para ancianos sanos, y diversos tipos de asistencia abierta, desarrollada en los últimos años, domiciliaria e intermedia entre la hospitalaria y la domiciliaria, impartida en hospitales o centros diurnos. (De Nicola, 1985)

***Casas de reposo o estancia***

En el pasado, los ancianos eran frecuentemente abandonados, relegados en "preceementerios", o antiguos gerocomios, hospicios y similares, que desafortunadamente todavía existen.

En estas, se favorecía el decaimiento del anciano, por falta de tratamiento adecuado y el abandono psicológico, lo que explica intentos de suicidio y de fuga en los ancianos.

En estas instituciones no puede faltar la asistencia médica regular, controles periódicos y tratamientos adecuados que solo difieren desde el punto de vista cuantitativo de los que se proporciona en hospitales.

Actualmente, en las casas de reposo no debe prescindirse de asistencia médica, psicológica y social, que es de fundamental importancia, sobre todo en los ancianos sanos. Además se ha propuesto el término de **casas de permanencia prolongada**, para que no se sientan abandonados por sus familiares, además cuentan con la alternativa de regresar algún día a su hogar. (De Nicola, 1985)

De Nicola (1985) propone acerca de las casas de reposo:

- **No** deben ser depósitos de ancianos
- **No** deben ser aceptados si carecen de un mínimo de asistencia médica, de rehabilitación y sociopsicológica
- Permanencia temporal, periódica, **no** ilimitada
- Estancia para ancianos, que estos sepan que podrán regresar a **sus** hogares, con **su** familia.

***Asistencia hospitalaria***

Hay diversas formas de asistencia hospitalaria a enfermos: secciones para ancianos con enfermedades agudas, de hospitalización prolongada o con afecciones crónicas.

La fase aguda dura más que en los jóvenes y no siempre se logra la recuperación del enfermo. Es obvio que los ancianos enfermos requieren una asistencia



diferente respecto a los jóvenes, tanto agudos como los de hospitalización prolongada y crónicos por las características particulares de algunas enfermedades de la edad avanzada y la asistencia médica y de enfermería especializada que requiere el anciano enfermo. (De Nicola, 1985)

De Nicola (1985) habla de la importancia y necesidad de una asistencia diferente para ancianos enfermos:

- Mayor duración de la fase aguda
- Hospitalización más prolongada para la recuperación completa
- Importancia de la rehabilitación
- Prevención de la cronicidad

Existen también los llamados **hospitales geriátricos**, especializados, en los que hay varias secciones para enfermos (medicina interna, cirugía, urología, neuropsiquiatría, etc.). De esta manera, en un conjunto hospitalario se reúnen varios departamentos geriátricos y se tiene la ventaja de economizar la administración con laboratorios y servicios comunes, pero con un enfoque unitario de asistencia en traslados del departamento de hospitalización prolongada al de agudos por recaídas, o viceversa.

También debe de haber secciones de cuidados intensivos donde el enfermo sea vigilado continuamente por personal médico y paramédico especializado, en un ambiente aislado de ruidos e infecciones y con monitoreo de presión, pulso, respiración, temperatura y electrocardiograma.

### ***Residencias para ancianos***

El alojamiento de ancianos en residencias es una forma de asistencia cada vez más difundida, con características intermedias entre la abierta y la institucional pero con notables ventajas respecto a esta última, sobre todo cuando se proporciona en casas equipadas, es decir, con asistencia adecuada en todos los niveles. (De Nicola, 1985)

De Nicola (1985) explica la diferencia entre la Asistencia institucional y la Asistencia abierta:

### ***Asistencia de Ancianos***

#### ***Asistencia institucional (o en asilos)***

- Hospitalaria: agudos, hospitalización prolongada, crónicos
- Casas de reposo (o estancia)
  - Cara para la comunidad
  - Desagradable para los ancianos (saben cuando entran pero no cuando saldrán)

### ***Asistencia abierta***

- Hospital o centro diurno
- Asistencia domiciliaria
  - Económica para la comunidad
  - Más agradable para los ancianos (permanecen en su hogar, con su familia)

#### ▪ ***Asistencia abierta: domiciliaria y en centros y hospitales diurnos***

La asistencia abierta comprende la domiciliaria y la intermedia, en forma de centros y hospitales diurnos. Se ha difundido en los últimos años por los crecientes costos en asilos y para que los ancianos permanezcan en el ambiente familiar, en su hogar pero recibiendo toda la asistencia necesaria. Desde el punto de vista psicosocial esto es importante y se ha confirmado por los resultados obtenidos con esta forma de asistencia.

La ***asistencia domiciliaria*** no sólo comprende servicios médicos y de enfermería, con medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas, sino también aspectos de rehabilitación, asistencia socioeconómica y psicológica y ayuda para trabajos domésticas, compras del día y trámites personales, o asegurar la presencia de alguien en casa cuando los demás están ausentes (enfermera para ancianos).

Los ancianos pueden llegar solos a los ***centros y hospitales diurnos***, si son autosuficientes, o ir acompañados por familiares, pero hay la posibilidad de que los trasladen vehículos especiales, como a los niños que van al jardín de niños.

En el hospital diurno los ancianos reciben asistencia médica, y si es necesario, también para diagnóstico y terapéutica; se someten a diversas medidas de rehabilitación, incluyendo actividades o terapéutica ocupacional y asistencia psicosocial. En la tarde los ancianos regresan a su hogar con sus familiares, que los llevan a este tipo de centros pues de esta manera calman la preocupación de asistirlos durante el día cuando están ausentes.

De Nicola (1985) sugiere que los hospitales diurnos deberían instalarse en hospitales generales o geriátricos, como se ha llevado a la práctica en muchas ocasiones.

Tanto en la asistencia domiciliaria, como en los hospitales diurnos, en algunos países incluyen prestaciones del seguro social o reembolsable al asegurado.

En estas formas de asistencia De Nicola (1985) enfatiza que lo más importante que se ofrezcan ayudas alternativas al adulto mayor como la psicológica y socioeconómica, además de la médica.

## CAPÍTULO 2

### DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es uno de los padecimientos más comunes del mundo actual. El 4% de la población mundial padece alguna forma de depresión. El riesgo de caer en depresión es del 3 al 12 % en los hombres y del 20 al 26% en las mujeres. Del 100% de personas que padecen depresión solo un 10% consulta al médico. De estos últimos un 7% acude a un médico general y el 3% restante al psiquiatra. El desconocimiento de esta enfermedad hace que las personas deambulen por los distintos consultorios de especialistas en busca de respuestas a sus síntomas, sin atacar la causa real del problema. La depresión aparece entre los 20 y 30 años, en la actualidad está aumentando la incidencia en niños, ancianos y adolescentes. En las mujeres suele producirse después de los seis meses posteriores al parto y en el período premenopáusico (Miranda, 2004). Butler y Lewis (citado en Fernández-Ballesteros, 1992) mencionan que la depresión es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez. Gaylor y Zung y otros (citado en Fernández-Ballesteros, 1992) encontraron que entre los ancianos comparativamente con otros grupos de edad, es el colectivo que más evidencia múltiples síntomas de depresión aunque sin llegar a manifestarse como trastornos completos de depresión y que la tasa de prevalencia entre los ancianos es alta.

#### 2.1. Antecedentes históricos de la depresión

El término depresión es un término de moda entre la mayoría de la gente en este siglo XXI, se ha vuelto un término coloquial y se habla de ésta como un estado de ánimo debido a un suceso desafortunado o para definir un trastorno psicológico pero el estudio de la depresión surge desde épocas antiguas de la historia y han sido múltiples los intentos por definir el término depresión.

El cuadro psicopatológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. En los primeros siglos de nuestra era, Celsius en su libro "De re medica" y Arateo de Cappadocia en su libro "Enfermedades agudas y crónicas", hablaban de la manía y de la melancolía como problemas agudos.

Hace poco más de treinta años, la depresión en esta etapa de la vida era contemplada fundamentalmente como una manifestación de cambios biológicos y fisiológicos seniles, con las consiguientes connotaciones que esto conlleva en cuanto a la posibilidad de mejora (Roth, 1955 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

El gran incremento mundial de la depresión y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos que no entran en la clasificación de cuadros psicóticos o neuróticos, llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a utilizarse en Enero de 1979 bajo el rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro psicopatológico.

Durante las últimas décadas se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo a nivel mundial por las siguientes razones:

- El promedio del índice de expectativa vital está creciendo en todos los países.
- El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso.
- El aumento de la morbilidad de padecimientos crónico-degenerativos.
- El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión.

Calderón plantea el incremento de cuadros depresivos reportados por el hospital San Rafael en México, de cómo perturba ese cuadro las relaciones interpersonales y disminuye la productividad de la persona afectada hasta llevar al suicidio, por lo que se considera como problema de salud pública. La prevalencia actual se estima en un 10% en la mayoría de las investigaciones, pudiendo llegar a ser del 20% en personas que solicitan servicios médicos, lo que implica que 1 de cada 5 enfermos que atiende un médico, puede presentar un cuadro depresivo (Calderón, 1992).

Las cifras actualmente manejadas son alarmantes ya que según registros del año 2000, hasta 250 mil mexicanos padecieron por primera vez alguna forma de depresión, en cuanto al padecimiento de depresión mayor, hay aproximadamente 4 millones de habitantes con este trastorno. Al parecer, la depresión es más común en las mujeres, pero no necesariamente por ser un trastorno femenino sino que pareciera ser que por las características culturales de nuestro país, el varón mexicano acepta menos la posibilidad de estar atravesando un proceso de depresión. De hecho, en México no hay una conciencia para aceptar un problema psicológico, por lo tanto, mucho menos la hay para asistir a una consulta (Romo, 2001, citado en Zepeda, 2003).

La Asociación de Psiquiatría Americana (Nemeroff, 1998 en Zepeda, 2003), considera que una persona padece depresión clínica si muestra al menos cinco de los síntomas adjuntos, de forma ininterrumpida y en un período de dos semanas:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día
- Notable disminución del interés o gusto en todas o en la mayoría de las actividades de la vida diaria
- Aumento o disminución desproporcionados del apetito
- Insomnio o sueño excesivo
- Agitación (al frotarse las manos) o lentitud en los movimientos
- Cansancio inexplicable o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad
- Indecisión o capacidad disminuida para pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Nemeroff (1998 en Zepeda, 2003) confirmó en sus investigaciones que la depresión y la depresión maniaca aparecen con frecuencia en el círculo familiar. Existiendo mayor probabilidad de que los parientes cercanos padezcan la misma enfermedad, con una frecuencia mucho mayor que el resto de la población. A este planteamiento lo denominó modelo de diátesis-estrés de las alteraciones del ánimo, para dar fe de la interacción entre experiencia (estrés) y predisposición innata (diátesis). Lo que confirma la correlación entre experiencia y neurobiología.

Estados emocionales tales como depresión, angustia, miedo e ira tienen una función en la vida de muchos organismos, entre los que debemos ubicar al ser humano, y que consiste en mejorar su adaptación al medio ambiente, Darwin lo enunció en su libro "La expresión de las emociones en el hombre y el ánimo" (en Calderón, 1984).

Es así que se han realizado estudios experimentales donde se ha comprobado en un gran número de monos que los lazos de afecto entre madre e hijo son fuertes y duraderos en la mayoría de primates, lo que dio años más tarde el sustento a la definición de depresión anaclítica, que se refiere a la separación de la madre y del hijo, pues la separación de los pequeños determinó además de angustia y depresión, una ausencia total de del proceso de maduración de la conducta normal. Sin estar acompañados de otros compañeros, los pequeños monos eran prácticamente nadie, y permanecieron estáticos en una etapa de infancia permanente.

Debido a lo anterior, se llega a la conclusión de que la posibilidad de sufrir depresión no es exclusiva del ser humano, sino que es un elemento de herencia evolutiva, desempeña un papel de gran importancia en los mecanismos de adaptación biológica. De acuerdo con Engel (Calderón, 1984), es el de una "señal de alerta", pues llama la atención del grupo social y en forma especial del padre y de la madre, cuando una de sus crías está en peligro. Esta función se basa en dos hechos comunes a los mamíferos en general y a los primates en particular: 1) nuestra descendencia es muy pequeña comparada con otras especies y 2) estos descendientes nacen con una gran inmadurez biológica y totalmente

desamparados. Por tanto, es lógico pensar que para que la especie humana haya sobrevivido tanto tiempo, deben existir mecanismos para criar y proteger a nuestra desvalida descendencia y que la depresión que se presenta al separarse de los seres queridos es característicamente humana.

## 2.2. El proceso de salud-enfermedad

La enfermedad es un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía. Esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en el cuerpo en forma de síntoma. Es así, que el síntoma es señal y portador de información, ya que al aparecer este interrumpe el ritmo de la vida diaria obligando a estar pendientes de él. Señala que como individuos, tenemos una manifestación de enfermedad y por tanto de equilibrio.

Entonces puede decirse que este lenguaje es psicosomático y que sabe de la relación entre cuerpo y mente. Si se consigue redescubrir esta ambivalencia del lenguaje, es posible oír y entender lo que dicen los síntomas, que le pertenecen a la persona por entero y contienen toda la información del ser.

No es posible trazar un límite definido entre síntomas somáticos y psíquicos. Todo síntoma tiene un contenido psíquico y se manifiesta a través del cuerpo. También la ansiedad y las depresiones utilizan al cuerpo para manifestarse. Estas correlaciones somáticas también dan a la psiquiatría académica la base para sus tratamientos farmacológicos (Dethelefsen y Dahlke, 1990 en Zepeda, 2003).

## 2.3. Sintomatología

En general, los síntomas de la depresión abarcan la esfera afectiva, cognitiva, conductual y somática:

- **Trastornos afectivos.** Indiferencia afectiva, tristeza con o sin llanto, inseguridad manifestada por la dificultad para tomar decisiones, pesimismo en general, predominando sentimientos de autoderrotismo, miedo indiferenciado o específico, ansiedad que se intensifica por las mañanas e irritabilidad.
- **Trastornos intelectuales.** Sensopercepción disminuida, trastornos de memoria con dificultad para la evocación de recuerdos, disminución en la atención en vivencias cotidianas, disminución de la comprensión y comunicación deficiente, ideas de culpa o fracaso acompañados de sentimientos de auto devaluación e incapacidad

para enfrentamiento y pensamiento obsesivo con ideas o recuerdos repetitivos.

- **Trastornos conductuales.** Actividad en general disminuida con descuido de aseo personal y obligaciones, productividad disminuida, impulsos suicidas e impulso a la ingesta de alcohol y otras drogas.
- **Trastornos somáticos.** Trastornos en el sueño con dormir inquieto, hipersomnía, insomnio al principio o al final del período de sueño, trastornos del apetito (anorexia o hiperfagia), disminución de la libido (el deseo sexual se ve disminuido o nulificado), cefaleas tensionales (los músculos de la nuca y los temporales se ven afectados), trastornos digestivos (náuseas, meteorismo, aerofagia, dispepsia, etc.), alteraciones cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, disneas, suspiros, etc) (Calderón, 1987; Alcalá, 1988; Marván, 1988 en Zepeda, 2003).

El significado más amplio de depresión refiere a un **estado de ánimo triste, abatido o desanimado** (Buendía J., 1994), sin embargo, a diferencia de la tristeza o de la alegría que son estados de ánimo transitorios en la vida del hombre; la depresión produce infelicidad y sufrimiento interfiriendo negativamente en todos los aspectos de la vida.

La depresión también puede entenderse como un **"sumatorio" de síntomas (o síndrome)** en el que se consideran los componentes anímicos y otros síntomas (como apatía, insomnio, inhibición del deseo sexual, etc.). Es habitual emplear cuestionarios, inventario de síntomas. Sin embargo, como lo menciona Buendía (1994), esta estrategia puede ser inadecuada para realizar un diagnóstico específico de depresión, ya que hay personas que manifiestan síntomas elevados en estas escalas sin que por ello sea correcto efectuar un diagnóstico de trastorno depresivo.

La depresión también puede entenderse como un **cuadro clínico o trastorno afectivo**, esta definición es mas estricta y rigurosa en la medida de que un individuo no solo ha de manifestar una serie de síntomas depresivos determinados, sino que ha de cumplir otra serie de requisitos (excluir causas orgánicas identificables, excluir trastornos mentales graves como esquizofrenia, etc).

Esta triple distinción psicopatológica entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica es muy importante, pues como apunta acertadamente Buendía (1994), muchas veces se confunde, sesgando los datos y la investigación resultantes.

#### 2.4. Consideraciones generales sobre la depresión

El duelo normal, tiene lugar como respuesta a separaciones y pérdidas significativas como la muerte de algún pariente, un desengaño amoroso, la

separación matrimonial, el fin de alguna etapa de la vida, etc. En el 20% de las mujeres y el 12% de los hombres, se da a lo largo de la vida algún episodio de trastorno del estado de ánimo, la mayoría de desorden depresivo. Los estados depresivos y maniacos suelen ir precedidos de acontecimientos vitales traumáticos, sobre todo las separaciones (Makivar, 2000 citado en Zepeda, 2003), pues parece ser uno de los procesos de mayor impacto en el ser humano, tanto por la dependencia emocional y social que se proyecta sobre otros como por depositarse en las personas que le rodean mucho de lo que dejamos pendiente en la infancia (Gilbert y Shmukler, 2001 citado en Zepeda, 2003).

Calderón (1984) menciona el efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y de la realidad, estas manifestaciones han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas.

Dethelefsen y Dahlke (1990 citado en Zepeda, 2003) definen la depresión por medio de síntomas como la total paralización de la actividad, cansancio, trastornos del sueño, inapetencia, estreñimiento, dolor de cabeza, taquicardia, dolor de espalda, trastornos menstruales en la mujer y baja del tono corporal. La persona deprimida sufre de sentimiento de culpabilidad y continuamente se hace reproches, trata de hacerse perdonar a sí mismo además. Según estos autores los **Orígenes de la Depresión** vienen de 3 elementos fundamentalmente:

**1.- Agresividad.** Esta no es conducida hacia el exterior, sino que se convierte en dolor corporal y en el aspecto psíquico conduce a la depresión. La agresividad dirigida contra uno mismo encuentra su expresión más clara en el suicidio. Un ejemplo es cuando el viejo enmascara los síntomas depresivos cuando se queja de sus múltiples "achaque" y el deseo de morir para dejar de ser una molestia, como una expresión de la ira contenida hacia las personas que lo cuidan en una institución o en su propia casa.

**2.- Responsabilidad.** La depresión (dejando aparte el suicidio) es la forma extrema de rehuir la propia responsabilidad, ya que la persona vegeta más que estar vivo. El miedo a asumir responsabilidad está en primer término. Todas las depresiones se producen precisamente cuando el paciente tiene que entrar en otra fase de la vida. Puede suceder durante la vejez que después de la jubilación, se manifiesta este tipo de depresión por la responsabilidad que debe asumir el viejo ante este cambio y la libre administración de su tiempo libre.

**3.- Renuncia, soledad, vejez, muerte.** Todo lo vivo como movimiento, cambio, relación social y comunicación, es arrebatado al depresivo y se le ofrece el polo opuesto: apatía, inmovilidad, soledad, pensamientos sobre la muerte. El conflicto reside en que se teme tanto a la vida como a la muerte. La vida activa



trae consigo culpabilidad y responsabilidad. Asumir responsabilidad significa también renunciar a la proyección en el otro y aceptar la propia soledad. La personalidad depresiva tiene miedo de esto y por lo tanto necesita personas a las que aferrarse, quizás de este último punto se explica el hecho de que la muerte del cónyuge, la propia soledad o la cercanía con la muerte durante la vejez suele ser desencadenante de una depresión.

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable, o el enfrentamiento a situaciones aflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos duelo, que se considera normal en el sentido de que era una reacción que se esperaba que ocurriera dada la situación desfavorable (Miranda, 2004), es decir, que el proceso que desencadena una crisis ante cualquier vivencia interpretada como una pérdida o interrupción de la vida cotidiana conlleva un período esperado de duelo; la duración de este va a depender de del tipo de pérdida y la personalidad de cada individuo.

La persona deprimida continuamente cree que sus problemas y experiencias de la vida cotidiana continuarán de manera indefinida, además tiende a deformar estas experiencias, a mal interpretar situaciones tomándolas como fracasos, privación o rechazo personal y por lo tanto, hay una tendencia a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro.

El duelo es un proceso que se puede dividir en períodos, la realidad de la pérdida no puede ser aceptada, e incluso llega a ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio (González, 1995).

## **2.5. Clasificación y prevalencia**

La depresión no es una entidad clínica única, tiene diferentes formas de presentación, de esta manera puede definirse también como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento y tristeza, que puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico o presentarse como un síntoma aislado pero más persistente, acompañado a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica. Siguiendo esta lógica de pensamiento, seguiría nombrar el síndrome depresivo, en el cual se presentan otros elementos que forman parte del cortejo sintomático como: astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), del apetito (anorexia o hiperfagia), retardo o agitación psicomotora, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideas suicidas (Martínez, 1998).

La clasificación del síndrome depresivo ha sido objeto de muchas investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. En la historia clínica de algunos pacientes están presentes causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios, por lo tanto, la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada endógena. En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos supuestos subgrupos.

En el adulto mayor el síndrome depresivo se caracteriza por disminución de la autoestima y la aparición de angustia con frecuencia de síntomas somáticos diversos como lumbalgias, cefaleas, sintomatología digestiva y urinaria, náuseas, trastornos respiratorios, palpitaciones entre otras manifestaciones. Todos estos síntomas enmascaran la depresión simulando enfermedades orgánicas (musculares, articulares, digestivas, respiratorias, etc). También es frecuente que la presentación de sintomatología cognoscitiva, principalmente problemas de atención y memoria (Martínez, 1998; Miranda, 2004).

Posteriormente del síndrome depresivo, es importante mencionar las entidades nosológicas más específicas, donde es necesario distinguir entre aquellos padecimientos en los que además del abatimiento del afecto, puede presentarse la exaltación del mismo (estado eufórico) y nos encontraríamos ante un trastorno de tipo bipolar, que a su vez pueden tener formas distintas de presentación dadas por su duración, severidad, síntomas característicos y evolución. Más abajo aparecen los diferentes tipos de depresión propuestos en glosarios diagnósticos internacionales como la décima revisión de la Clasificación Internacional para las Enfermedades CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana.

### ***Clasificación de los subtipos de depresión***

- ***Depresión con ansiedad.*** Presenta síntomas de ansiedad que acompañan a la depresión en forma de crisis de pánico, preocupaciones, tensiones, agitación continua, fobias o compulsiones.
- ***Depresión atípica.*** Manifiesta por medio de la reactividad del estado anímico y por lo menos dos de las siguientes características: incremento del apetito, aumento de peso, hipersomnia y sensibilidad acerca del rechazo interpersonal y humor disfórico frecuente.
- ***Trastornos afectivos estacionarios.*** Estos son considerados cuando la mayoría de los episodios son ocurridos entre noviembre y abril. Muchos pacientes tienen mayor apetito, un deseo de comer carbohidratos, aumento de peso e hipersomnia. Los

tratamientos efectivos, utilizados solos o en combinación son: terapia con luz brillante (fototerapia), privación del sueño, los ISRS y los IMAOS (Vallejo, 1994 citado en Zepeda, 2003)

- **Depresión posparto.** Ocurre dentro de las cuatro semanas que siguen al parto. La depresión posparto puede ser tratada con psicoterapia, medicamentos o fototerapia, si además se relaciona con una temporada en especial.

En conclusión, determinar el subtipo de depresión es importante para establecer un diagnóstico preciso que facilite encontrar los tratamientos más adecuados (Clayton, 1998 citado en Zepeda, 2003). Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el mejor tratamiento para el paciente es el que se hace en base a su individualidad.

### ***Clasificación de la depresión según el DSM-IV y el CIE-10***

Las distinciones clínicas entre los pacientes que ya se habían reconocido previamente, han sido constatadas y reconocidas oficialmente en la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Los principales grupos de este trastorno son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I.

El trastorno distímico y el trastorno ciclotímico, que estaban reconocidos clínicamente desde hace mucho tiempo, se caracterizan por la presencia de síntomas que son menos graves que las manifestaciones del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I respectivamente.

#### ***Según el DSM-IV se clasifican los trastornos del estado de ánimo en:***

Episodio depresivo mayor, Episodio maníaco, Episodio mixto, Episodio hipomaniaco, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico, trastornos depresivos no especificados, Trastorno depresivo menor, Trastorno depresivo breve recidivante, Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, Episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, Trastorno psicótico no especificado a la fase activa de la esquizofrenia, Casos en que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedades médicas o inducido por sustancias. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco, Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, Trastorno bipolar I, trastorno más reciente no especificado, Trastorno bipolar II (episodio depresivo mayor recidivante con episodio hipomaniaco), Trastorno ciclotímico, Trastorno bipolar no especificado (Pichot, 1995; citado en Zepeda, 2003).

**Según la CIE-10 clasifica a la depresión en trastornos del humor (afectivos):**

Episodio depresivo, Episodio depresivo leve, Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Otros episodios depresivos, Episodio depresivo sin especificación, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos, trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión, Otros trastornos depresivos recurrentes, Trastorno depresivo recurrente sin especificación, Trastornos del humor (afectivos) persistentes (OMAS, 1993, Citado en Zepeda, 2003).

En cuanto a la prevalencia de depresión en el adulto mayor, su frecuencia depende de la definición de *depresión* o *de caso* a considerar. No es lo mismo hablar de sintomatología depresiva o del síndrome depresivo en general, que referirse de manera específica a la frecuencia de un trastorno nosológico particular, como podría ser el caso del episodio depresivo mayor, definido por criterios diagnósticos precisos en el DSM-IV. De la misma manera, las prevalencias son dependientes de la población a la cual se haga referencia: población general, pacientes de consulta externa, pacientes ingresados a un hospital general de agudos, población crónicamente institucionalizada, etc; y también de la metodología empleada.

En estudios donde se consideran todas las formas de depresión, en población general de 65 años y más, la prevalencia global es del 15 al 25% y para el trastorno depresivo mayor es del 4-5%. En cuanto a la prevalencia y su relación con el tipo de población, el hecho de que los adultos mayores que con menor frecuencia presentan sintomatología y trastornos depresivos, son aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico, en el siguiente orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último los pacientes en institucionalización prolongada. Lo anterior puede entenderse en función de los diferentes factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de la población. (Martínez, 1998).

## **2.6. Aspectos epidemiológicos y etiología**

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino como el padecimiento que más trastornos que acarrea la humanidad (en Calderón, 1984, citado en Zepeda, 2003). En las tres últimas décadas se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, sobre todo entre la

población de los países industrializados (Kielholz, 1972 citado en Zepeda, 2003). Expertos internacionales estiman en un 3 al 5% de la población total la frecuencia de las depresiones.

### ***Etiología***

Por lo general se divide a los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples. La constitución del paciente desempeña un papel importante y los factores ambientales modifican ese estado básico. Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros, según el cuadro, ya que el predominio del estado constitucional o de los factores ambientales influirá el tipo de depresión que desarrolle el enfermo. Y aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, se dividen para fines didácticos en cuatro causas: genéticas, psicológicas, sociales y ecológicas (Calderón, 1984).

Específicamente durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico, que son protagonistas de este proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva, por lo tanto, para fines prácticos, la fenomenología de los eventos depresivos en el adulto mayor requieren ser estudiados desde un punto de vista bio-psico-social, que se describen a continuación (Martínez, 1998):

#### **> *Causas biológicas***

Los cambios biológicos que suceden durante la etapa de la vejez contribuyen de manera crucial para el establecimiento de síntomas depresivos. Los cambios neurológicos debidos al envejecimiento como: una menor población neuronal, disminución de la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al SNC como consecuencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica. Favorecen cambios en la función cerebral que pueden asociarse a los trastornos afectivos. Es por ello, que pacientes con EVC, que afecte sobre todo al hemisferio izquierdo, tendrán mayor riesgo de presentar depresión. Por otro lado, cambios estructurales más sutiles (microinfartos, degeneración de sustancia blanca, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de trastornos cognitivos, que si no son suficientemente compensados debido a una baja reserva neuronal, tendrán un efecto negativo en la funcionalidad del paciente y por lo tanto, en la esfera afectiva. De hecho, los pacientes son deterioro cognitivo avanzado, tendrán siempre un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos, que pudieran no ser identificados por los cuidadores o la familia por la inherente del paciente para expresarlo.

Una de las características de envejecimiento neurológico es la disminución en el número de neuronas, que en condiciones normales, no afecta la capacidad de síntesis de neurotransmisores, gracias a los fenómenos de adaptación que ejercen las células que aún están intactas, supliendo las funciones de las ya perdidas. Recientemente se ha prestado atención al papel que ejerce la serotonina en la depresión y ha sido base para el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas. Sin embargo, en muchas ocasiones, algunos eventos que resultan altamente estresantes para el adulto mayor no pueden ser afrontados adecuadamente, al ser estos superiores a dicha reserva neuronal, se incrementa el riesgo de presentar síntomas depresivos.

En las mujeres, los cambios hormonales propios de la menopausia (hipoestrogenismo), favorecen la presencia de sintomatología depresiva y se ha observado que la sustitución hormonal en esta etapa de la vida, ejerce ciertos efectos biológicos que pudieran revertir algunos síntomas depresivos y cognitivos (Martínez, 1998).

#### ➤ ***Causas psicológicas***

Estas causas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son de suma importancia en la depresión neurótica. Casi todas las neurosis los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose en los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan enraizados, que algunos de psiquiatras se refieren a estos como rasgos constitucionales, que aun así, estos se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. (Calderón, 1989 citado en Zepeda, 2003).

El aspecto psicológico es esencial en la dinámica de la depresión en el adulto mayor, ya que involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado durante su vida previa. Las personas narcisistas y obsesivas tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. Las personas narcisistas siempre están atentas de obtener satisfactores a partir de bienes materiales y de buscar diferentes medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. Por estas razones, al ejercer efecto los cambios del envejecimiento en la apariencia física de las personas, estas personas encuentran pérdidas de belleza y juventud, por lo cual, al no lograr adaptarse adecuadamente a estos cambios, favorecerán la presencia de cuadros depresivos.

Por otro lado, la gente con personalidad obsesiva, utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. En la vejez, al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas, favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás, que de prolongarse, conducirán al aislamiento.

Las sociedades industrializadas, generan actualmente una serie de eventos estresantes que el adulto mayor generalmente no puede afrontar, como guerras, violencia física, moral y espiritual, desvinculación de la familia, barreras arquitectónicas, etc. Y que determinarán la evitación por parte del anciano, estableciéndose el confinamiento en su domicilio, poca interacción social y menor acceso a recursos que pudieran ser fuente de satisfacción del anciano. (Martínez, 1998)

### ➤ *Causas sociales*

Como lo demostraron algunos estudios experimentales, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Estos sistemas nos permiten resistir con una fuerza biológica ante cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas al reaccionar generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia.

En la época de la vejez se presenta un mayor número de pérdidas: amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y sociedad, las cuales antes de su aparición, constituían fuente de gratificación. Por esta razón, la jubilación que en la actualidad es considerada como sinónimo de minusvalía; y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y la familia, determinan que en el adulto mayor se activen mecanismos de adaptación, que cuando estos no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas será en función de los recursos con que cuente el anciano, de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar.

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo, que asociado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas de forma satisfactoria, situación que generará frustración y síntomas depresivos. Es común que ante este tipo de fenómenos durante la vejez, la respuesta del anciano sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción con su familia, sus amistades y demás miembros de la sociedad. (Martínez, 1998)

En conclusión, si se analizan los fenómenos sociales, psicológicos y biológicos que interactúan en conjunto y de manera dinámica, podremos entender mejor las causas que contribuyen a la depresión y su sintomatología, sus causas son múltiples y variadas como se puede apreciar.

## 2.7. Las pérdidas y los duelos

Cualquier pérdida durante la senectud es capaz de desencadenar un proceso intrapsíquico, que si es normal tiene una finalidad adaptativa y recibe el nombre de duelo. El duelo patológico es el que entorpece la aceptación de la pérdida sufrida y si es prolongado guarda semejanzas con un estado depresivo e impide la confrontación adecuada de los diversos sucesos de la vida (Krassoievitch, 1993).

Spikes (1980, citado en Krassoievitch, 1993) menciona que la capacidad para elaborar cualquiera de estas pérdidas implica la advertencia consciente de una pérdida, sucedida o anticipada, y la descarga simultánea de un afecto doloroso en el que se combinan la tristeza y la ira. Posteriormente se produce una sensación de alivio, y finalmente el sujeto desvía su atención hacia otros asuntos. Estos fenómenos son comunes a las personas que están en proceso de morir, las que han sufrido alguna pérdida y las que anticipan la pérdida de un ser querido. No se presentan si prevalece el mecanismo de la negación, pues se evita la advertencia de la pérdida y se puede entrar en estados de depresión, regresión, ansiedad o retraimiento. Además subraya las similitudes entre el proceso de duelo (negación-depresión-readaptación) y el proceso de morir (negación-ira-regateo-depresión-aceptación), que le permiten postular que el sentido psicológico de ambos es similar.

Mishara y Riedel (1984, citado en Krassoievitch, 1993) enumeran siete características del proceso de duelo, tomando como prototipo la pérdida del cónyuge:

1.- Al enterarse de la pérdida viene la **negación o el rechazo**. Posteriormente se acepta, primero a nivel intelectual y luego a nivel emocional.

2.- Al aceptarse, se experimenta un sentimiento desagradable semejante al **miedo o la angustia** ante la perspectiva del porvenir sin la presencia del objeto perdido.

3.- Sobreviene 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 presentan sentimientos de culpa** dirigida por lo general al difunto y se incrementa por dificultades económicas reales, o existen motivos justificados para sentir cólera hacia los allegados por alejamiento de unos, codicia de otros por una herencia, etc.

5.- **Sentimiento de haber perdido algo de sí mismo** o de haber sido mutilado, sentimiento que es expresado al conservar intocables las pertenencias y el lugar que ocupaba en la mesa, etc. Se manifiesta por extrañeza, incluso rechazo, al realizar las tareas que le correspondían a la persona que falleció, como las actividades domésticas para algunos viudos.



6.- **Identificación con el objeto desaparecido**, adopción de actitudes y conductas que el difunto tenía en actividades que el sobreviviente se ve forzado a llevar a cabo como ir de compras en el caso del viudo o ir al banco en el caso de la viuda.

7.- Se dan **variantes del proceso de duelo**, es decir, una reacción excesiva o muy prolongada; o bien respuestas inhibidas o solo expresadas de manera indirecta, respuestas que varían de acuerdo con los individuos y la cultura. La pérdida es más grave para las personas dependientes y las seudoindependientes por formación reactiva.

Estos autores también describen tres grados de expresión del dolor de un duelo. En el transcurso del 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 alrededor de un año, es dolor es intenso y frecuente pero va menguando.

Parece ser importante entonces, la expresión adecuada y oportuna del dolor, dentro del contexto cultural imperante.

El riesgo de suicidio es más elevado en el primer año de viudez que en la población general y se mantiene alto por lo menos durante 5 años (Verwoerd, 1976, citado en Krassoievitch, 1993).

La edad es un factor que influye en la intensidad y la duración del duelo; los ancianos, por haber estado más en contacto con la muerte, pudieron sobrellevarlo mejor que los jóvenes, así menciona Strejilevich (1985, citado en Krassoievitch, 1993), que ha encontrado que las personas de más de 80 años toleran mejor las pérdidas 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 quizás también han tenido experiencias previas como la muerte del padre, de hombres casados en el círculo de amigos y el alejamiento de los hijos; por tanto, la persona que ya ha atravesado varios duelos tiene una mayor tolerancia a la muerte de alguien cercano que aquella que la vive por primera vez.

Una relación intensa y prolongada, o una relación de dependencia económica, física, social con el difunto influye negativamente en el proceso de duelo.

Cuando prevalecen rasgos de carácter de autonomía y de equilibrio emocional, el duelo es mejor tolerado. La reserva en la expresión de dolor no es necesariamente un signo de equilibrio psicológico; la reacción muy aparatosa, por otra parte, puede ser la manifestación del desamparo de una persona muy dependiente.

En algunas culturas se propician la reserva y la discreción durante el duelo como en la cultura anglosajona, al contrario de otras, como la de los pueblos latinos, donde se muestra el dolor de manera abierta y hasta exagerada, como lo es el caso de México.

Cuando la muerte se ha producido de manera repentina o imprevista, la reacción inicial de duelo es muy intensa. Si tiene lugar después de una enfermedad muy prolongada, puede ser vivida con una sensación de alivio.

Un factor importante que se debe de tomar en cuenta es que la situación misma de los adultos mayores impide o limita las posibilidades de iniciar, después de la pérdida, nuevas actividades laborales, sociales o de otro tipo, es decir, todo esto tiene relación con la situación económica, social, psicológica, cultural, biológica, etc.; pues cuando el adulto mayor cuenta con el apoyo de familiares o amigos, personas confidentes o se acerca a la religión, estos elementos suelen servir de ayuda valiosa para atravesar el duelo, pero cuando su situación económica y/o social es difícil, el proceso de duelo es más difícil. (Krassoievitch, 1993).

### ***El duelo normal***

Es importante tomar en cuenta que el concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que comprende la personalidad total del individuo y abarca de un modo consciente e inconsciente todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas, y en particular, las relaciones con los demás (Grinberg, 1983; citado en Krassoievitch, 1993).

La relación entre reacción ante las pérdidas (duelo) y estados depresivos ha quedado establecida a partir de los trabajos de Freud en 1915 y de Melanie Klein en 1940.

Para Freud, el duelo es "la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente a la patria, la libertad, el ideal, etc." A esto añade más tarde: "jamás se nos ocurra considerar el duelo como un estado patológico y someter al sujeto afligido a un tratamiento médico (...) al cabo de algún tiempo (el duelo) desaparecerá por sí solo y juzgaremos inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo." Considera además Freud que ante una pérdida de objeto, el yo se entrega totalmente al dolor, sus funciones se inhiben y restringen: cesa su interés por el mundo exterior, pierde la capacidad de elegir otro objeto y se aparta de toda función no realizada con la memoria del ser querido. Pero este es sólo un primer paso de un proceso que Freud llama trabajo del duelo y cuya finalidad es que el sujeto logre desprenderse progresivamente del objeto perdido. El trabajo del duelo Freud lo explica de esta manera: el juicio de realidad implica que el objeto amado ya no existe y hay resistencia del sujeto a aceptar este hecho. La libido se va desprendiendo de cada uno de los recuerdos y esperanzas relacionados con el objeto hasta que al final del trabajo de duelo el yo vuelve a quedar libre y exento de toda inhibición. Por último, el individuo se desprende progresivamente del objeto porque el yo es obligado a decidir si quiere compartir el destino del objeto perdido o seguir viviendo y por tanto, se determina a romper el lazo con el objeto desaparecido, sobre la satisfacción narcisista de permanecer con vida.

Melanie Klein se basa ampliamente en la teoría freudiana y realiza importantes aportaciones respecto a su propio constructo de duelo. Para esta autora, la pérdida de un persona amada reactiva la posición depresiva; la forma en que se atraviesa el duelo depende de la resolución que hayan tenido las posiciones esquizoparanoide y depresiva en la infancia. La pérdida del objeto bueno externo lleva consigo el sentimiento inconsciente de haber pedido también el objeto bueno interno y se remueven otra vez las ansiedades persecutoria y depresiva.

Klein también considera que el duelo se constituye por una fase de desorganización, seguida de otra de reorganización, acompañadas de dolor persistente. En el proceso de juicio de realidad, el dolor experimentado parece deberse a la necesidad de renovar vínculos con el mundo externo y de reconstruir el mundo interno que se siente en peligro de colapso. Lo importante en el duelo normal para esta autora es que el objeto perdido no sea idealizado ni denigrado, sino que se constituya en objeto valioso para el yo; también refiere la importancia que tiene en este proceso la reparación del objeto bueno interno, sin embargo, la movilización excesiva de defensas maniacas interfiere con la reparación y establecimiento del objeto bueno interno (Krassoievitch, 1993).

Grinberg (1983, citado en Krassoievitch, 1993) opina que en toda pérdida de objeto subyace una pérdida de parte del yo que se había proyectado en el objeto externo (identificación proyectiva). Cuando se teme que esas partes desprendidas no retornen convirtiéndose en una pérdida definitiva, se produce un duelo por el estado en el que queda el yo.

Salvarezza (1988, citado en Krassoievitch, 1993) menciona que es importante para el clínico la identificación del objeto externo perdido o su equivalente, además el grado de deterioro que el sujeto siente dentro de su inserción dentro de su escala de valores (narcisismo) y que haya afectado su autoestima. Por esto es importante la inserción económica, social y cultural del adulto mayor a su entorno, que proporciona las referencias necesarias para la constitución de dicha escala de valores dentro de la cual se insertan los ideales.

Se describen tres fases sucesivas en el trabajo de duelo (Bowlby, 1961, Salvarezza, 1988):

1.- Después de la separación o muerte de un ser querido, el individuo entra en un **estado de desequilibrio y se siente perplejo e incrédulo**. Sus impulsos se dirigen hacia el objeto perdido pero se ven frustrados por la ausencia del mismo. El individuo vivo se esfuerza por lo general de manera inconsciente e involuntaria por recuperar el objeto perdido. Recurre a los mecanismos de defensa, entre ellos la negación y la proyección con la búsqueda consecutiva de un depositario externo para culparlo. Hay llanto, protestas, desasosiego y expresa ingratitud hacia los que tratan de consolarlo.

2.- Se va **atenuando la falsa esperanza de reunirse con él y de que el objeto perdido sigue presente**. El yo entonces incrementa la relación con los objetos internos que hayan tenido relación con el objeto perdido. Esto se acompaña de un desinterés o ruptura con los objetos externos. La desesperanza persiste y la conducta, al no tener objetos para reestructurarse, se desorganiza,

puede haber desaliño, descuido en el vestir y aseo personal. Se acepta la pérdida y por tanto la tristeza y aflicción se amplifican, la conversación gira en torno al objeto perdido. Mediante el mecanismo de identificación tiende a incorporar atributos, gestos o actitudes del objeto desaparecido.

3.- En esta fase se completa el trabajo de duelo con el que se lleva a cabo una **reorganización** en función del objeto perdido y con relación con nuevos objetos externos. Permanece cierto grado de conducta orientada al objeto desaparecido, pero finalmente puede conectarse con otros nuevos, en la conversación puede tocar otros temas y recupera interés en las actividades habituales, sale y se distrae, retoma los hábitos de limpieza y cuidado personal. Permanece relacionado con el objeto perdido pero no contradice la realidad, reconstruye con él una relación afectuosa.

La duración de este proceso descrito en tres pasos depende de la personalidad del sujeto, las circunstancias de la pérdida, la actitud del entorno del doliente y el contexto sociocultural donde este se desenvuelve.

Se puede señalar como punto final que el duelo es un fenómeno normal y necesario para preservar el equilibrio emocional y que como señaló Freud (1915 en Krassoievitch, 1993) es un trabajo, el cual debe llevarse a cabo en todas sus etapas.

En personas adultas mayores el proceso de duelo puede verse perturbado en la tercera etapa, que se prolonga de manera desproporcionada con una sensación agobiante que parece no terminar y las dificultades residen en la conexión con nuevos objetos o sus equivalencias que sustituyan a l objeto perdido, porque para muchos viejos tales objetos no están disponibles (Krassoievitch, 1993), lo que nos deja a la tarea de los profesionales dedicados a la salud reflexionar acerca de posibles líneas de investigación y soluciones a esta situación desafortunada en la actualidad.

### ***El duelo patológico***

El duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida ante esta imposibilidad. El adulto mayor está expuesto a diferentes tipos de pérdidas: muerte del cónyuge, alejamiento de los hijos, cambio de domicilio, enfermedades, pérdidas económicas, etc. (Krassoievitch, 1993)

Los individuos que han sufrido pérdidas significativas durante la infancia son susceptibles de responder a situaciones posteriores de pérdida con un duelo patológico, y por tanto, de presentar una enfermedad psiquiátrica (Bowlby, 1961 citado en Krassoievitch, 1993).

Los que siguen la postura de Freud sostienen que en el duelo patológico la libido permanece orientada hacia el yo, donde se produce la identificación con el

objeto. Melanie Klein argumenta que la diferencia es sólo de grado y que debe valorarse el aspecto cuantitativo para diferenciar el duelo normal del patológico.

Desde Freud se considera que en el duelo patológico predomina el conflicto de ambivalencia y que el sujeto se siente culpable de la muerte ocurrida, la niega, se cree influido o poseído por el difunto, que padece la misma enfermedad que le produjo la muerte, etc. Freud (1915 en Krassoievitch, 1993) postulaba que la pérdida de un objeto hace surgir la "ambivalencia de las relaciones amorosas". La ambivalencia confiere al duelo una carácter patológico que se exterioriza en el reproche de haber deseado la pérdida del objeto amado o incluso de ser culpable de ella.

Salvarezza (1988, citado en Krassoievitch, 1993) subraya que toda relación de objeto contiene actitudes contradictorias hacia este (esto es la ambivalencia), es decir, un objeto es bueno y malo a la vez. Entonces para preservar la relación se produce una disociación y aparece en la conciencia uno solo de los términos (objeto bueno-amor; u objeto malo-odio), quedando el otro término reprimido.

Según Krassoievitch (1993) se desarrollan tres fases que se describieron en el duelo normal:

1.- La primera fase no representa diferencias.

2.- Persiste la creencia derivada de la creencia de que el objeto perdido sigue presente y la expectativa de reunirse con él. El objeto perdido es internalizado y el yo se identifica con él y comienza una primitiva relación ambivalente. Las agresiones derivadas de la ambivalencia se dirigen al exterior y al objeto desaparecido. Los reproches hacia el objeto se intensifican y se instala la sensación de que el mundo es vacío; la persona que está viva se vuelve apática, retraída y muy triste, con descargas agresivas ocasionales, sin motivo aparente. Presenta trastornos del sueño, pesadillas y sueños donde aparece el difunto. Descuida su aliño y aseo, puede llegar a intoxicarse con alcohol o medicamentos.

3.- Se hace evidente el fracaso en el trabajo de duelo tras algunas semanas. La falla de reorganización de la personalidad es expresada al permanecer orientada la persona viva hacia el objeto perdido y organizar su existencia como si ese objeto siguiera vivo o como si pudiera ser recuperado, viviendo en el pasado. Cuando la prueba de realidad no opera adecuadamente, la imagen del objeto se vuelve distorsionada y fantasiosa. Si estos elementos se acompañan del impulso de reunirse con el objeto y de reproches por su desertión, es probable que se desencadene un cuadro depresivo. Otra posibilidad es que las fantasías y los impulsos dirigidos al objeto perdido se escindan de la estructura principal de la organización psíquica y empiecen a llevar una existencia independiente o incluso permanezcan completamente inconscientes; pueden aparecer entonces síntomas neuróticos y trastornos de la conducta.

Es frecuente que se reproche muchos hechos relacionados con el difunto y se considere culpable de su muerte. Se torna más apático y temeroso. El riesgo de suicidio es muy importante. El proceso de duelo patológico suele estar

acompañado de síntomas somáticos, gastrointestinales, cardiovasculares o sexuales; o puede constituirse en un verdadero síndrome depresivo.

En ocasiones este duelo patológico desaparece por sí mismo, pero algunas personas se instalan en un estado de tristeza, retraimiento y temor, sobre todo cuando su duelo patológico no ha sido tratado.

### ***La manía del duelo***

Krassoievitch (1993) menciona que este es un caso especial en el que en vez de la segunda fase del duelo patológico ya mencionada anteriormente, se instala un estado maniaco. De esta forma se refuerza la negación (por el triunfo maniaco, según el término de M. Klein) y se presenta excitación, hiperactividad, aceleración del curso del pensamiento, fuga de ideas y verborrea. Puede haber abuso de alcohol y drogas. En los viejos, estos estados de excitación e hiperactividad conllevan riesgo de una descompensación física severa.

## **2.8. La muerte y el suicidio**

De acuerdo a Kastenbaum y Aisenberg (1972 citados en Krassoievitch, 1993), existen tres formas de conceptualizar la muerte. El concepto impersonal de la muerte se refiere al distanciamiento emocional con que recibimos la noticia de la muerte de seres lejanos en tiempo y espacio; por ejemplo la noticia de la plaga de Crimen en 1346 que mató una tercera parte de la población europea de la Edad Media.

La segunda visión es la interpersonal y tiene que ver con la muerte de un ser cercano que conocemos o queremos. La tercera visión es la intrapersonal, la que nos confronta individualmente, es decir, la muerte propia. Pero esta muerte propia no se conoce, se aprende mediante la experiencia y la elaboración de modelos que sustentan el concepto interpersonal.

Freud en 1923 (citado en Krassoievitch, 1993) decía que la muerte es un concepto abstracto de contenido negativo para el cual no nos es posible encontrar nada correlativo en lo inconsciente.

Los aztecas concibieron a Coatlicue como el símbolo máximo de conjunción de vida y muerte (Rojas Bustillos, 1976 citado en Krassoievitch, 1993). La diosa que vestía falda de serpientes, madre de los dioses, en su representación más difundida era una diosa maternal y llevaba un niño en brazos. En otra representación famosa lleva un collar de cráneos, manos y corazones humanos; sus garras simbolizan a Tlaltecuhlti, el monstruo de la tierra. En una tercera forma de esta diosa, su cabeza es una calavera.

En el mundo occidental, la filosofía existencialista postula que la muerte es parte de la vida, más que la terminación, y sólo mediante la integración del concepto de la muerte en la propia persona llega a ser posible una existencia

auténtica y genuina. El precio que se paga por la negación de la muerte es una ansiedad y enajenación intensas.

Fromm (1970 citado en Krassoievitch, 1993) dice que el ser humano al tener conciencia de sí mismo, se da cuenta de su importancia y de las limitaciones de su existencia; prevé su propio fin en la muerte. Agrega además que su propia existencia constituye un problema que tiene que resolver y del cual no puede escapar. Acertadamente apunta que toda la vida del individuo no es otra cosa que el proceso de darse nacimiento a sí mismo y concluye apuntando que hemos nacido plenamente cuando morimos.

Para el caso de los viejos es necesario recordar que habitualmente se les atribuye menos valor social y que su muerte puede ser racionalizada diciendo que ya habían vivido mucho tiempo

Por supuesto, al hablar sobre el tema de las pérdidas, el proceso de duelo, las depresiones y la muerte, no puede dejarse de lado hablar sobre el suicidio. El suicidio puede ser probablemente más frecuente en la senectud de lo que registran las estadísticas. Las causas de muerte de los viejos no son siempre investigadas a fondo, pues existe la tendencia a considerarla en los viejos como natural (Krassoievitch, 1993). Entonces suelen pasar desapercibidas muchas conductas suicidas como las caídas y los accidentes, la omisión de las indicaciones médicas, el rechazo de los medicamentos y alimentos, inatención ante situaciones peligrosas como pasar la calle (Krassoievitch, 1993).

Jeffer y Verwoerd (citado en Krassoievitch, 1993) señalan que si desaparece el deseo de vivir la muerte se produce rápidamente y descubren formas lentas y ocultas de suicidio caracterizadas por humor depresivo, pérdida de peso y disminución de la vitalidad.

En Estados Unidos el suicidio en los hombres viejos es más frecuente y representa de 20% a 25% del total de los suicidios consumados (Templer y Cappelletty, 1986 citado en Krassoievitch, 1993). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), México Tiene comparativamente, tasas muy bajas de suicidios y muy altas de homicidios, 1.6 y 19 por 100 000 habitantes respectivamente (Medina Mora, 1990 citado en Krassoievitch, 1993).

Saltijeral y Terroba (1987 citado en Krassoievitch) encontraron en la época de 1971-1980, que en México la tendencia suicida disminuye con la edad, ya que son más afectadas las personas que se encuentran en etapas más productivas de la vida: las cifras más sobresalientes se observan entre los 15 y 24 años (28.1% de los suicidios consumados y 4.5% intentos de suicidio). Estas cifras disminuyen a 16.3% y 1.2% respectivamente, en sujetos de 35 a 49 años). En los mayores de 50 años se registran 15.6% de suicidios consumados y de 0.6% de intentos de suicidio. Pero hay que considerar, como menciona Medina Mora (1990 citado en Krassoievitch, 1993), las estimaciones de la "cifra oscura", es decir, la fracción no apuntada en los registros oficiales, lo que indica probablemente que la verdadera cifra de suicidios es 1.6 veces superior a las cifras registradas.

En México, el perfil demográfico de las personas con un riesgo elevado de suicidio incluye a los individuos varones mayores de 45 años, separados, viudos y divorciados, solos y desamparados. Una proporción importante (83%) presenta sentimientos depresivos intensos. Además en México como en otros países, los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, pero los suicidios consumados son más frecuentes en los hombres. Podría ser que la jubilación y la declinación física tuvieran un efecto más negativo en la autoestima de los hombres.

Valdez Mier (1987 citado en Krassoievitch, 1993) menciona que las posibilidades del anciano considere el suicidio como una opción aumentan cuando factores adversos como vivir solo, no contar con afectos cercanos que brinden apoyo, perder a los contemporáneos, tener limitaciones físicas, etc. Agrega que el 80% de los suicidas habían hecho anuncio previo de su decisión y que, durante el tratamiento de depresiones mayores, el suicidio coincide con la etapa en que el enfermo comienza a mejorar, ya que dispone de mayor energía para llevarlo a cabo y planificarlo.

Sin embargo, aunque exista una clara relación entre suicidio y depresión, no todos los suicidios se correlacionan con una enfermedad mental. En la vejez existen situaciones que inducen desesperanza extrema como la muerte psicológica y social (Krassoievitch, 1993).

Todo intento de suicidio puede ser interpretado como un auténtico deseo de quitarse la vida, ya sea como una llamada de auxilio; sin embargo, debe tomarse muy en serio y sobre todo tomar en cuenta que si ha habido intentos previos de quitarse la vida, aumentan el riesgo de lograr el objetivo de quitarse la vida.

Esto es notorio sobre todo en los viejos, en quienes es menos frecuente que el intento sea el equivalente de un grito de auxilio. El suicidio en el adulto mayor aparece como más racional y menos emocional que en la población joven.

Los medios más utilizados para quitarse la vida en los adultos mayores son más efectivos: ahorcamiento, defenestración, envenenamiento con sustancias letales, armas de fuego, etc.

Las personas ancianas más expuestas al riesgo de suicidio son las que viven solas, sin amparo filial y con limitaciones físicas. El soltero duplica al casado en suicidios consumados y el riesgo es más elevado durante el primer año de viudez, La jubilación no deseada y el cambio de vivienda o asentamiento habitacional son factores que también pueden precipitar el suicidio (Krassoievitch, 1993).

## **2.9. Cuadro clínico y diagnóstico**

La depresión en el adulto mayor puede manifestarse en todas las variantes, en que esta se presenta en adultos más jóvenes, pero además puede verse matizada por características particulares propias de este grupo de edad, como la



tendencia a la somatización y la presencia de alteraciones en la cognición. Otro elemento es la presencia de patologías crónicas, y con frecuencia incapacitantes, que pueden confundirse con trastornos depresivos o coexistir con ellos.

Debido a que existe una elevada frecuencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores, se recomienda aplicar de manera rutinaria una exploración a nivel de tamizaje del estado afectivo al realizar la evaluación médica integral. A continuación se muestran los aspectos sobre los cuales es preciso interrogar propositivamente sobre los síntomas integrantes del síndrome depresivo:

- Humor depresivo
- Desinterés
- Baja autoestima
- Pesimismo
- Sentimientos de culpa
- Anhedonia
- Deseos de muerte y/o ideación suicida
- Disminución de la energía o anergia
- Astenia o fatiga
- Retardo o agitación psicomotora
- Disminución o incremento del apetito
- Disminución o incremento de peso
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias)
- Dificultad para concentrarse
- "Nerviosismo" o ansiedad

La evaluación del estado mental, también es obligada para el adulto mayor y en el caso de depresión, debe prestarse especial atención al examen mental y tener en mente la posibilidad de una demencia incipiente, ya que en etapas tempranas de la demencia puede presentarse sintomatología depresiva como: descuido del aliño personal, alteraciones del sueño y el apetito, así como problemas de atención y la memoria, manifestaciones comunes a la depresión. Es de la misma importancia considerar la posibilidad de que coexistan la demencia y un estado depresivo. Otro grupo de síntomas que pudieran acompañar a la depresión y por tanto dar lugar a diagnósticos y dificultades de manejo, son los síntomas psicóticos, que pueden estar presentes con depresiones severas. Los delirios de pobreza, ruina, de culpa o nihilistas (por ejemplo que sus órganos internos están sufriendo un proceso de putrefacción), son el tipo de delirios que acompañan a la depresión psicótica del adulto mayor. En ocasiones es necesario considerar el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia de inicio tardío.

La historia clínica del paciente con sospecha de depresión debe incluir un interrogatorio y exploración completos con énfasis en los antecedentes heredofamiliares, los antecedentes personales no patológicos y los antecedentes personales patológicos.

La evaluación debe incluir la investigación de toma de medicamentos, que pudieran tener como efectos secundarios síntomas depresivos y que en los ancianos, la polifarmacia es frecuente. También debe de buscarse en los antecedentes la ingesta de depresores del sistema nervioso como el alcohol (el alcoholismo es frecuente en esta época de la vida), el consumo de benzodiacepinas que se utilizan como hipnóticos para los trastornos del sueño (el insomnio forma parte de la sintomatología depresiva), preparados con L-dopa para el tratamiento del Parkinson, betabloqueadores y anticolinérgicos, entre otros.

Como punto final, la valoración funcional del adulto mayor y los aspectos afectivos, debe incluir el de estado de salud, ya que es muy frecuente que problemas de tipo crónico-degenerativos contribuyan a los síntomas de depresión y que en muchas ocasiones son susceptibles de tratamiento, como consecuencia del manejo del trastorno primario, hay también mejoría de la depresión.

Los exámenes de laboratorio y gabinete son básicos y recomendables para evaluar al paciente deprimido. Pero de acuerdo a cada caso en particular deberán solicitarse los estudios complementarios necesarios, dependiendo de las sospechas clínicas. (Martínez, 1998)

No puede decirse que haya hasta la fecha un diagnóstico exacto de depresión en el anciano, este tendría que contemplar idealmente los efectos de la edad, los subtipos potenciales de depresión, la edad de inicio y discriminar adecuadamente la depresión de otros síndromes.

## **2.10. Evaluación del paciente con depresión**

La sistematización, identificación y cuantificación de los síntomas depresivos ofrece dificultades en la etapa de la vejez, ya que los efectos del aislamiento y la poca interacción con la familia, hacen que dichos síntomas no sean percibidos. Tanto el paciente como la familia pudieran creer que estos síntomas corresponden a cambios propios del envejecimiento (Martínez, 1998).

La evaluación global del viejo debe abarcar la esfera de la afectividad, las actividades de la vida diaria, la cognición, la marcha y el balanceo, etc.

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer esencialmente: validez y confiabilidad. Además debe considerarse, además del objetivo, su especificidad y sensibilidad. El término de sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son, la especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos" (de depresión) de los que sí lo son, es decir, en el porcentaje de pacientes con depresión quienes tuvieron una calificación positiva para el

instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad (Martínez, 1998).

Existen instrumentos útiles como ayuda para diagnosticar depresión en los adultos mayores, entre estos se encuentran (Fernández-Ballesteros, 1992; Buendía, 1994; Martínez, 1998):

- **Entrevistas.** Entre estas se encuentran la CARE (Care Assessment Referral Evaluation; Burlan et al, 1997), OARS (Olders American Resources and Services Questionnaire; Fillenbaum y Symer, 1981) y ODS (OARS Depresión Scale)
- **Observación.** No existe evidencia de que esta técnica sea utilizada con frecuencia para evaluar la depresión en el anciano. Sin embargo, se recomienda el uso de la Lista de Conductas de autocuidado (Williams, Barlow y Agras, 1972) como complemento de la observación.
- **Autoinformes.** Buendía (1994) menciona que puede haber algunas dificultades inherentes a los autoinformes como sesgos, deseabilidad social, etc. Y algunos contratiempos al administrar a adultos mayores: Cuando son autoaplicadas, si se trata de ancianos institucionalizados, el evaluador puede encontrarse con que los problemas sensoriales, fatigabilidad, pruebas excesivamente largas, ítems complejos, pueden dificultar la tarea; a diferencia de ancianos no institucionalizados, donde el deterioro no es tan acusado. Las situaciones de respuesta en las que el sujeto debe elegir una entre varias alternativas tiende a confundir con facilidad al anciano. Por lo tanto, los propósitos del evaluador deben estar muy claros antes de seleccionar la(s) prueba(s) indicadas y acomodarla(s) a sus intereses. Entre las pruebas que se utilizan para evaluar al adulto mayor se encuentran: La Escala de Zung (Self-Rating Depresión Scale; Zung, 1965), el Inventario de Depresión de Beck. (Beck Depresión Inventory; Beck, et al, 1961), Listas de Adjetivos para la Depresión (Depresión Adjectives Checklist; Lubin, 1981, Escala de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale; Hamilton; 1967), MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway y Mackinley, 1951), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. GDS. (Geriatric Depresión Scale, Yesavage et al, 1983), HSCL (Hopkins Symptom Checklist, Derogatis et al, 1974), CES-D (Center for Epidemiological Studies of Depresión; Radloff, 1977), Escala Analógica Visual (Visual Analogic Scale; Aitken, 1969).

El instrumento que mejor ha probado su utilidad en la detección de la depresión del anciano en México ha sido la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Un problema especial en geriatría es que los pacientes con demencia, tienen un riesgo elevado de presentar depresión, sin embargo, su avanzado deterioro cognitivo no les permite la identificación de los síntomas depresivos, por lo que su diagnóstico se puede dificultar (Martínez, 1998). El principal problema que enfrenta el clínico al evaluar depresión en el adulto mayor es el diagnóstico diferencial entre demencia y depresión y además el propio proceso de envejecimiento normal, por lo que los instrumentos diseñados que no toman en cuenta estas variables, no podrán discriminar estos aspectos (Kane y Kane, 1981 citado en Buendía, 1994).

Otro problema es la variable baja escolaridad. Cuando exista deterioro cognitivo, éste puede distorsionar las respuestas en el proceso de evaluación de su estado motivacional o afectivo; también las incapacidades sensoriales o motoras y la falta de familiaridad con la situación, pueden obstaculizar la situación (Bromley, 1990 citado en Buendía, 1994). Estas situaciones se presentan principalmente cuando se evalúa a ancianos hospitalizados o residentes en centros especializados.

El efecto intergeneracional o de cohorte constituye otra variable que puede distorsionar la evaluación, pues generaciones diferentes tienen características diferentes. El lenguaje empleado puede generar incompreensión y confusión, lo que exige investigar la inteligibilidad de los instrumentos empleados (Fernández-Ballesteros, 1992; Copelan y Wilso, 1989 citado en Buendía, 1994)

En conclusión, el desconocimiento de lo que se conoce como envejecimiento normal plantea muchas dificultades en la evaluación del anciano.

La mayoría de los instrumentos se centran en la morbilidad psiquiátrica, es decir, se centran en lo que el viejo hace mal y sus enfermedades mentales y se olvidan de evaluar las habilidades y cualidades que posee el anciano para enfrentar problemas de la vida cotidiana (físicos, mentales o sociales), pareciera existir un gran sesgo en la evaluación del adulto mayor (Copelan y Wilson, 1989 citado en Buendía, 1994).

En este punto me permito agregar que en mi experiencia personal, pude percatarme que al realizar mis aplicaciones había adultos mayores que elegían seguir realizando actividades manuales o físicas que les permitieran seguir en contacto con su entorno y así conservar la lucidez y ejercitarse mentalmente, mientras que otros se rezagaban y preferían aislarse del contacto con la gente, lo que parece relacionarse con el punto anterior en el sentido de que pude encontrar "*áreas libres de conflicto*" en casi todos los viejos que evalué, pues la actitud que mantenían frente a la vida les permitía o no encontrar nuevas cosas que hacer y problemas cotidianos por resolver, lo que les daba sentido a su vida y les permitía seguir adelante.

Y en consecuencia el aislamiento, soledad, falta de actividad e inquietud intelectuales, la falta de información de lo que ocurre a su alrededor, etc son características comunes del estilo de vida de algunas instituciones cuyos efectos a largo plazo sobre el funcionamiento cognitivo y afectivo de estas personas están en el fondo de muchas alteraciones físicas y mentales que sufren los ancianos (Bromley, 1990 citado en Buendía, 1994).

## 2.11. Tratamiento

Es necesaria la intervención integral desde el punto de vista biopsicosocial como se había señalado anteriormente, ya que el tratamiento deberá darse de acuerdo al entendimiento etiológico de la depresión (Martínez, 1998), es decir, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y biológicos que afectan al adulto mayor al momento de valorar su caso de manera individual.

En la **tabla 4** se pueden apreciar algunos de los tipos de intervenciones que se han utilizado para el tratamiento de la depresión:

**Tabla 4. Algunos tipos de intervención para el tratamiento de la depresión. Martínez, 1998)**

Intervenciones	
<i>Biológicas o somáticas</i>	Farmacológico
<i>Psicosociales</i>	Tratamiento electroconvulsivo (TEC) Psicoterapia individual y/o de grupo Información a la familia Soporte social y familiar

La intervención a nivel biológico, para revertir la sintomatología primaria se implementa mediante tratamientos somáticos antidepresivos que pueden ser de dos modalidades: farmacológico y no farmacológico representados respectivamente, por los antidepresivos (ATD) y en el segundo grupo el tratamiento electroconvulsivo (TEC).

Para el tratamiento farmacológico en el caso de los adultos mayores deben tomarse en cuenta los cambios propios de la vejez en la farmacocinética y la farmacodinamia.

La farmacocinética refiere a los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos, que están determinados por el individuo y sus características particulares.

En el adulto mayor la absorción no está alterada en comparación con la de personas más jóvenes, siempre y cuando se mantenga la integridad del tubo digestivo, pues si este se ha modificado por resecciones quirúrgicas o el uso de fármacos, se tendrá menos disponibilidad del fármaco en la sangre.

La distribución de los antidepresivos, como de algunos otros psicofármacos será más amplia, que son altamente liposolubles, por tanto, el adulto mayor al incrementar y redistribuir su tejido graso, los fármacos tendrán una distribución más amplia. En este punto deben considerarse los niveles de albúmina, que es la proteína transformadora por excelencia, ya que es relativamente frecuente encontrara en el adulto mayor niveles bajos de albúmina, lo que tendrá un mayor riesgo para presentar estados tóxicos y efectos secundarios.

El metabolismo de los antidepresivos se lleva a cabo en el hígado, y a menos que exista una enfermedad hepática, la velocidad de este proceso no se modifica de manera importante. Los antidepresivos en su mayoría requieren inicialmente reacciones de tipo oxidativo para poder ser excretado por el riñón.

La polifarmacia, frecuente en los ancianos, puede favorecer la potencialización de algunos fármacos, al verse desplazados por los antidepresivos que compiten por los mismos acarreadores, como el caso de los antihipertensivos, los hipoglucemiantes orales y los anticoagulantes orales, de los cuales de darse simultáneamente con antidepresivos, deberá ajustarse su dosis.

El término de farmacodinamia refiere a los efectos que los medicamentos ejercen al interaccionar con sus sitios de acción. Como los antidepresivos ejercen sus efectos principalmente a nivel de receptores de los neurotransmisores, sus efectos estarán supeditados a la disponibilidad de los mismos, su número y los sistemas enzimáticos que determinan la velocidad de destrucción de los neurotransmisores.

Estas características de la farmacodinamia y farmacocinética, hacen que en el anciano se utilicen menores dosis de medicamento que en los jóvenes y estas dosis deberán de ajustarse de acuerdo a la respuesta terapéutica y de tolerancia individuales. Por otra parte, debe elegirse el medicamento más seguro y el mejor tolerado (pocos efectos secundarios). Actualmente la terapia farmacológica para la depresión incluye: antidepresivos tricíclicos (ATDT), los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO) y el litio (Li).

El tratamiento electroconvulsivo (TEC) sigue siendo en la actualidad una buena opción terapéutica, especialmente si el anciano es resistente a tratamiento farmacológico. Siempre y cuando sea aplicado por un experto y en las condiciones requeridas, es un tratamiento eficaz y seguro. Particularmente se menciona como más efectivo para la depresión mayor y la depresión psicótica (Tópicos de gerontología, 1998).

En cuanto a las terapias psicológicas, Fernández-Ballesteros (1992), señala que la experiencia clínica y la evidencia empírica han aportado argumentos en contra de la actitud que tomara Freud al desaconsejar el psicoanálisis a personas mayores afectadas de problemas psicológicos pensando que estos no responderían a intervenciones psicológicas.

Se han desarrollado métodos psicoterapéuticos estructurados para el tratamiento de la depresión en ancianos. De entre ellos, los más importantes proceden de la terapia conductual de Lewinsohn y cols. (1978), de la terapia cognitivo-conductual de Beck (1979) y del modelo psicoeducativo de Lewinsohn y cols. (1982).

El tratamiento conductual de la depresión desarrollado por Lewinsohn se basa en la el incremento de actividades placenteras y de la satisfacción que producen al sujeto. Se desarrolla un plan para incrementar las actividades placenteras y disminuir las negativas. La única desventaja con las personas mayores puede radicar en una ausencia de convicción de que el aprendizaje de estrategias conductuales resolverá los problemas que tienen.

La intervención cognitivo-conductual considera los pensamientos y especialmente los errores lógicos como los determinantes de los sentimientos de depresión y predisponen al sujeto a sentirse infeliz y preocupado y por tanto a generar pensamientos de fracaso e indefensión. También se realiza un registro sistemático de actividades diarias y el nivel de placer y maestría de ejecución que se asocia a cada una de ellas, igualmente se planifica incrementar las actividades que son agradables, pero además el terapeuta demuestra la relación entre pensamientos negativos y sentimientos y cómo aquellos impiden la implicación en actividades potencialmente positivas cuando el paciente expresa sus sentimientos negativos. El terapeuta enseña a los sujetos a valorar sus pensamientos y generar alternativas mediante estrategias cognitivas concretas. La intervención psicoeducativa dice basarse en el aprendizaje vicario, simbólico y en los procesos de autorregulación, asignando al individuo un papel importante en la modificación de su propio ambiente, aunque se centra principalmente en el papel activo que tiene el sujeto para mediar en las influencias que el ambiente sobre la adquisición y mantenimiento de los comportamientos mediante instrucciones y ejercicios guiados y los principios activos del refuerzo positivo, el feedback, la repetición y la práctica están siempre presentes. Algunos ejemplos de programas psicoeducativos aplicados a personas mayores son (Fernández-Ballesteros-1992):

- Programa para el afrontamiento de la depresión
- Curso de satisfacción para la vida
- Programa para viudos

En todos los casos, además del tratamiento biológico, es preciso aplicar medidas psicosociales en paralelo para el logro de la resolución de la sintomatología depresiva. Mediante intervenciones tales como la psicoterapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal y/o de apoyo, así como el involucramiento de la familia, proporcionándole información sobre la naturaleza del padecimiento, para favorecer la comprensión y apoyo necesario para el paciente.

### CAPÍTULO 3

#### FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Las habilidades necesarias para cuidar de uno mismo y del entorno próximo (generalmente denominadas *actividades de la vida diaria*, abreviadamente AVD) representan un factor crítico para la salud y el bienestar de las personas mayores (Fillenbaum, 1984, p. 24 citado en Fernández-Ballesteros, 1992). Su importancia radica, principalmente, en las repercusiones personales, sociales y económicas derivadas del fenómeno conocido como *sobreenvjecimiento o envejecimiento interno* de la población anciana (OMS, 1984 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

Al prolongar el tiempo total de vida gracias a la mejora de la organización y asistencia sanitaria, los progresos en nutrición, la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, se produce un progresivo crecimiento de las personas de más edad, con la consecuente probabilidad de una porción más elevada de personas mayores se vean afectadas por cambios fisiológicos propios del envejecimiento y trastornos crónicos de salud, cuya evolución termina ocasionando pérdidas de autonomía y capacidad funcional (Fernández-Ballesteros, 1992).

El sistema de creencias culturales en la sociedad occidental, al exaltar los valores de autonomía, puede ocasionar una disminución en la autoestima y un fuerte impacto emocional negativo en aquellos adultos mayores que, por razones de pérdida de salud, se ven obligados a depender y recibir ayuda de otros para mantener las actividades de la vida diaria (Baltes y Werner-Wahl, 1990 citado en Fernández-Ballesteros, 1992). En otros casos, la pérdida de AVD, relacionadas con la higiene y el aseo personal, puede traducirse en rechazo y aislamiento social (Patterson y Eberly, 1983 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Cuando las personas mayores no son capaces de desenvolverse de forma independiente, la familia es habitualmente la que presta apoyo y ayuda (Quinn, Hughston y Hubler, 1984), pero la atención a estos adultos mayores fuerza a los familiares que les cuidan a adoptar y modificar roles, horarios, actividades, etc.; cambios que en algunos casos pueden generar reacciones de fatiga, sobrecarga y tensión, con las consiguientes repercusiones negativas en su salud y satisfacción (Fernández-Ballesteros, 1992)

Es de gran importancia señalar que la falta de capacidad de las personas de edad avanzada para desarrollar tareas de cuidado personal es la principal causa en países occidentales de atención institucionalizada y ayuda domiciliaria, servicios que están experimentando una demanda gradualmente creciente, situada ya muy por encima de los equipamientos existentes, y generando una considerable



inversión económica por parte de la sociedad, particularmente de los sectores públicos (INSERSO, 1989 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

Las AVD se han incorporado, de esta manera, a las áreas tradicionales de salud mental, salud física, área social y área económica, contempladas en la evaluación del estado general de las personas mayores dentro de una población determinada (Fillenbaum, 1984 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

Han sido los numerosos trabajos sobre este tema alrededor de la intervención psicológica en personas mayores, efectuadas por algunos autores (González, 1985; Patterson y Jackson, 1980; Wisocki, 1984 citados en Fernández-Ballesteros, 1992).

Baltes y Werner-Wahl (1990 citados en Fernández-Ballesteros, 1992), han aportado al estudio de las AVD en el envejecimiento las siguientes contribuciones:

- Una definición más operativa del término AVD, limitándolo a conductas observables manifestadas en el contexto de los cuidados personales y del ambiente próximo, que posibilita el desarrollo de procedimientos fiables y válidos para su evaluación.
- Considerar la influencia del entorno físico y social en la determinación de la capacidad de ejecución del autocuidado.
- Constatar la "plasticidad conductual" en las personas de edad avanzada, que admite la posibilidad de optimizar su comportamiento en la vida diaria a través de estrategias de aprendizaje y manipulaciones ambientales apropiadas.

En particular las ciencias de la conducta, tienen planteados tres retos que marcarán sus aportaciones a la investigación, promoción y rehabilitación del autocuidado de personas mayores:

1. Es necesario elaborar procedimientos capaces de discriminar, ante la ausencia o disminución de las habilidades para la vida diaria, la contribución de diferentes factores como: la privación o inadecuación de experiencias para su reaprendizaje, la carencia de estímulos discriminativos que las eliciten o de refuerzos que las mantengan, la presencia de factores físicos que impidan o limiten su manifestación, la insuficiencia de generalización a otros contextos, etc. Que deberían facilitar la detección de los diferentes recursos, personales y ambientales, que posibiliten una máxima autonomía (Fernández-Ballesteros y González, 1983 citados en Fernández-Ballesteros, 1992).
2. Posteriormente, es prioritario el diseño de programas de intervención potenciados del máximo nivel de independencia en la persona mayor mediante la optimización de sus propios repertorios conductuales y de ser necesario con el apoyo socioambiental en

forma de ayudas protésicas, adaptación de materiales, técnicas y tareas o asistencia personal. A la vez deben organizarse dispositivos de atención a la familia con una doble finalidad. Por una parte, capacitarla para aumentar su efectividad en el manejo y promoción de la autosuficiencia de la persona mayor y por otra parte, para proporcionarle las defensas psicológicas apropiadas para hacer frente a las reacciones emocionales adversas (tensión, fatiga, etc.) provocadas por la sobrecarga que puede imponer el cuidado del anciano con discapacidad (Pinkston y Linsk, 1984; Zarit y Zarit, 1983 en Fernández-Ballesteros, 1992).

3. Por último, deben ofertarse estrategias de diseño, programación y funcionamiento de dispositivos, tanto residenciales como domiciliarios, creados para atender personas mayores con discapacidad para las AVD, superando una orientación excesivamente administrativa (OMS, 1984, P.66; Rodríguez-Castedo, 1989 en Fernández-Ballesteros, 1992).

### **3.1. Características de las AVD, la autonomía y calidad de vida en la vejez**

Prolongar la vida en las poblaciones jóvenes es un objetivo aceptado. Pero en los adultos mayores tal objetivo pierde relevancia y es sustituido por el concepto de calidad de vida. La autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles, cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte (Fernández-Ballesteros, 1992).

El proceso de envejecimiento trae consigo normalmente una decadencia del organismo, desde el punto de vista estructural y fisiológico. Resulta de ello una disminución de las capacidades funcionales del organismo, en relación con órganos específicos, como la vista y el oído, por ejemplo, o en relación con el conjunto del organismo, globalmente, como el andar o la digestión. También puede suceder que el deterioro orgánico sea tal que la persona anciana llegue a quedar incapacitada para las tareas ordinarias de la vida cotidiana (Laforest, 1991).

La persona con el organismo en decadencia queda entonces dependiente de los demás, al precisar ayuda para mantener su seguridad, satisfacer necesidades fisiológicas básicas de vivienda, vestido, alimentación u otras, que están vinculadas a su supervivencia (Laforest, 1991), lo que se entiende como actividades de la vida diaria (AVD), dicho de manera simple.

La pérdida de autonomía de las personas mayores es un fenómeno complejo que contempla dos dimensiones: física y psicológica.

La dimensión física comprende una incapacidad parcial o total para satisfacer las propias necesidades físicas básicas, pero también se observa una incapacidad de llevar a cumplimiento las tareas ordinarias de la vida cotidiana necesarias a la satisfacción de estas necesidades. Por ejemplo, una persona que vive sola y que debido a una parálisis, es incapaz de hacer la compra y prepararse la comida.

La dimensión psicológica, comprende la autonomía como un atributo de la personalidad. Según su etimología (*autos*: uno mismo, y *nomos*, ley) y sugiere la idea de autodeterminación. Según el diccionario, es *la libertad para un gobierno, región...de gobernarse por sus propias leyes; para un individuo, el disponer libremente de sí*. En un sentido más general, designa una propiedad del individuo por la que se le considera capaz de tomar las decisiones que le conciernen, asumiendo la responsabilidad de las mismas (Laforest, 1991)

El estado de dependencia resultante de la decadencia del organismo puede crear en la persona mayor una imagen negativa de ella misma. Son varios los factores que pueden contribuir a la devaluación de la autoestima y la imagen. Por ejemplo, cuando el estado de dependencia física se da en alto grado, como en el caso de una parálisis total; cuando el estado de dependencia sucede repentinamente, sin aviso ni período de transición, como en el caso de una crisis cardiovascular; cuando la persona mayor, ha tenido en muy alta estima los valores de la ética funcionalista como la independencia, la utilidad y la productividad; cuando las circunstancias de su vida la han conducido a valorarse y ser valorada por su entorno; cuando han sido los otros que necesitaban de esa persona y no ella de los demás (Laforest, 1991).

Esta crisis de identidad es un punto clave para desembocar en el éxito o el fracaso de la vejez. Cuando a pesar de un estado de profunda dependencia física, el anciano consigue conservar una imagen positiva de sí mismo, puede que emerja de la nueva situación tan autónomo como antes, pues una crisis bien resuelta puede ser un factor de crecimiento. Por el contrario, si el adulto mayor asume su condición de dependencia física como una disminución personal, como un atentado a su "yo", más o menos conscientemente llega a ceder a los otros la condición de su vida y deja de participar de un modo responsable en las decisiones que le conciernen.

Cuando la pérdida de autonomía personal deriva de un deterioro de la identidad personal, las principales manifestaciones observadas son: la aceptación complaciente de la decisión de otros, disminución de la iniciativa, aparición de una actitud apática que va en aumento, particularmente con aparición de comportamientos agresivos. En otros casos, se observa un abandono del deseo de vivir, lo que puede interpretarse como una actitud suicida.

Ahora bien, cuando la pérdida de autonomía de una persona mayor depende más bien de las iniciativas de sus allegados "que deciden por ella", las consecuencias observables en sus comportamientos serán de índole distinta. Lo

que es normal, porque en este caso la persona mayor sigue siendo autónoma desde el punto de vista personal; es su entorno quien la violenta y la priva del ejercicio de su autonomía. La persona anciana generalmente expresa esta pérdida con frustración y agresividad, o con una baja de moral y actitudes depresivas.

Vejez y pérdida de autonomía no van necesariamente unidas. Siempre es posible ayudar eficazmente a las personas mayores a superar los obstáculos que se presentan a su autonomía por medio de la prevención y la restauración necesarias, además de una aproximación centrada en el desarrollo y refuerzo de su autonomía (Laforest, 1991).

Entonces, tomando en cuenta todos estos factores, es necesario retomar el concepto de calidad de vida como sumamente importante en cualquier intervención clínica que se dirija a los adultos mayores.

Katschnig (2000 en González-Celis, 2002) menciona que el concepto calidad de vida debiera de estar relacionado con *"el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, las satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional"* de los individuos.

La OMS (organización mundial de la Salud), contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. *"La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses"* (Harper & Power, 1998 en González-Celis, 2002).

Aunque las definiciones varían, el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades para conseguir los intereses; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones a menudo se designan como calidad de vida objetiva, y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, 2000 en González-Celis, 2002).

En México, existen pocos estudios que han evaluado bajos criterios normativos, la calidad de vida en personas ancianas. Se requieren de más datos normativos en sujetos adultos mayores que permitan un mejor entendimiento del constructo calidad de vida para esta población (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Precisamente el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidades ha llevado al desarrollo de la noción de "expectativa de vida autónoma" (OMS, 1984 en Fernández-Ballesteros, 1992). Desde un organismo internacional, como es la OMS, se considera imprescindible,

por tanto, añadir esta dimensión del funcionamiento en edades avanzadas, para tener una descripción sumaria del estado de salud de la población de adultos mayores. Pero Kane y Kane (1981 en Fernández-Ballesteros, 1992) señalan que la evaluación de la discapacidad se hace muy difícil al ser producto de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo con una multitud de factores sociológicos y psicológicos. Entonces, una descripción clara del fenómeno sólo es posible mediante el estudio de la información proporcionada por investigaciones transversales, longitudinales, comparativas y experimentales.

### **3.2. Estudios epidemiológicos**

Los estudios epidemiológicos definen la dependencia como la limitación en la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales (Fernández-Ballesteros, 1992).

Los estudios realizados hasta la fecha pueden mostrar en resumen que la probabilidad de incapacidad aumenta con la edad, configurándose esta como un factor determinante e influyente de manera decisiva de los problemas de autonomía. Se hace relevante esta asociación en el grupo de 85 y más años, en el que aproximadamente el 80% de las personas que lo componen padece un tipo de inhabilidad para la vida diaria. En la distribución de las discapacidades por sexos se observa también, de manera significativa, que las mujeres presentan tasas de prevalencia superiores a las de los hombres y estas se relacionan con la movilidad (correr, andar, salir de casa, subir escaleras). Sin embargo, al comparar en detalle los diferentes trabajos, se aprecian algunas disparidades en sus estimaciones, estas diferencias son atribuibles a las distintas definiciones y criterios utilizados por cada autor para evaluar la autonomía en AVD. Por esta razón Fernández-Ballesteros (1992) aconseja considerarlas como directrices aproximadas. También este autor señala que debería trabajarse para conseguir una mayor concordancia y consenso en los procedimientos de evaluación y de esta manera se permitiera un conocimiento más preciso de las necesidades de las personas mayores relacionadas con su competencia en el autocuidado y posteriormente diseñar condiciones ambientales y servicios que consigan su optimización.

Por otra parte, los hallazgos epidemiológicos aportan información, para generaciones actuales de personas mayores, sobre la magnitud y distribución de sus problemas de dependencia y las relaciones de estos problemas con determinadas características generales de tipo sociodemográfico que las definen (por ejemplo, edad y sexo).

Las observaciones y proyecciones epidemiológicas parecen apuntar a una estabilidad, e incluso incremento, en las cohortes sucesivas de personas mayores, durante las próximas cuatro o cinco décadas, de los patrones de discapacidad descritos (White, Cartwright, Cornoni-Huntley y Broca, 1986 en Fernández-Ballesteros, 1992). Finalmente apunta Fernández-Ballesteros (1992) que se

justifica el hecho de seguir focalizando esfuerzos en la prevención y en los dispositivos de atención y rehabilitación que posibiliten la mayor autonomía de las personas mayores con problemas para la vida diaria.

### **3.3. Estudios conductuales**

Los trabajos realizados desde la psicología, sobre factores asociados a la manifestación y mantenimiento de las AVD en la vejez, han buscado establecer la relación entre los niveles de autonomía y variables psicológicas personales (cognitivas, emocionales, etc.), o bien variables físicas y organizativas presentes en centros o instituciones. Otras investigaciones han considerado las interacciones funcionales entre variables personales y ambientales para describir y explicar la dependencia en la ejecución de las tareas cotidianas. Otros estudios han analizado el impacto de la pérdida de la autonomía en las personas mayores sobre las condiciones de bienestar emocional y salud física de las personas de su entorno que les prestan atención y cuidados (Fernández-Ballesteros, 1992)

Algunos autores (Little, 1988; Inkster, 1977 en Fernández-Ballesteros, 1992) proponen que el enlace principal entre la ejecución real de la persona mayor en AVD y su nivel potencia, vendría mediado por variables cognitivas relativas a las expectativas, estereotipos o creencias erróneas en torno a la vejez. Respecto a este punto, Fernández-Ballesteros (1992) señala que se les atribuye a los ancianos falta de competencia para un funcionamiento autónomo, especialmente cuando existe una disfunción orgánica (por ejemplo, auditiva o visual) a la que se achaca una discapacidad irreversible, irrecuperable y no rehabilitable, lo que lleva a las personas en contacto con el mayor, a desarrollar comportamientos de sobreprotección y a eliminar oportunidades de ejecución independiente de las AVD. La asunción de la persona mayor de estereotipos poco realistas sobre sus recursos lleva a una disminución de la ejecución que aumenta su discapacidad, confirmando y cerrando el círculo de las bajas expectativas sobre la autonomía de las personas mayores (Rodin y Langer, 1980 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Margret Baltes y colegas, han investigado desde 1975 en ambientes residenciales la influencia potencial del comportamiento del personal en la ocurrencia o no en los residentes de conductas de dependencia en actos relativos a su autocuidado (vestirse, asearse, etc) aplicando procedimientos observacionales ("códigos de conducta") sobre consecuencias de respuestas ("relaciones antecedentes-consecuentes"). Los resultados muestran que el entorno que presta apoyo social puede estar reforzando conductas dependientes, sin que ello signifique una falta de competencia real en la persona mayor para ejecutar las tareas de cuidado personal. El ambiente social de las personas mayores en instituciones muestra reciprocidad y complementariedad casi exclusivamente para

las conductas dependientes de autocuidado, independientemente de la institucionalización, el nivel de autonomía, el sexo o el tipo de institución (Fernández-Ballesteros, 1992).

Los centros libres de barreras arquitectónicas y que presentan elementos para favorecer la independencia física y la movilidad (rampas, barandillas, asideros, etc.), medidas y dispositivos para prevenir accidentes (botones de llamada y superficies antideslizantes en baños, etc.) y ayudas para la orientación (diferenciación clara de ambientes y plantas, mapa del centro, etc.), favorecen en sus residentes mayores niveles de autonomía funcional (Moos y Lemke, 1980 en Fernández-Ballesteros, 1992)

En relación al estudio anterior, otros autores (Rodin, 1980; Schulz y Hanusa, 1979 en Fernández-Ballesteros, 1992) han encontrado una relación entre la potenciación de la autonomía de los residentes y el decremento en la morbilidad y mortalidad.

Lo que respecta a las variables cognitivas, los factores relacionados significativamente con niveles elevados de depresión en cuidadores, resultaron ser la valoración elevada que éstos hiciesen del problema creado por la discapacidad para las AVD, y su autoevaluación como faltos de competencia y eficacia para afrontar y manejar tales situaciones (Haley, Levine, Brown y Bartolucci, 1987 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Otros estudios indican que la funcionalidad de los pacientes que padecen depresión junto con alguna enfermedad médica crónica está significativamente más afectado que el de los pacientes con la misma enfermedad pero sin depresión. Además se encontró que entre los pacientes que reportaron síntomas de depresión sin tener otra enfermedad, los parámetros de funcionalidad fueron similares o más bajos que los de pacientes con artritis o hipertensión (Yesavage, J., 1993).

También otro estudio longitudinal (Spasoff y cols., 1978 citado en Fernández-Ballesteros, 1992) donde se evaluó la salud y el funcionamiento de los sujetos en dos momentos: inmediatamente después de su ingreso y un año más tarde. Los resultados no son muy reveladores pero a pesar de comunicar una mejoría en su salud, también se informa un incremento de su dependencia para el desempeño de actividades de la vida diaria tras el ingreso a la institución.

Otros estudios empíricos demuestran la importancia de los procesos cognoscitivos y emocionales, de acuerdo a las propias percepciones, que los adultos mayores perciben su situación como una "detención", por lo cual derivan entonces hacia la pasividad y con ello a la dependencia (Kastenbaum y Cameron, 1969; Kelly, 1955; Osorio, 1966, Thomae, 1969, 1971 citado en Lehr, 1980). González-Celis (2002) realizó un estudio en México con adultos mayores adscritos a una clínica de salud en una zona urbana de clase baja del Estado de México, donde se someten a prueba los efectos de un programa de Promoción a la Salud sobre la calidad de vida en ancianos y se trabaja con cuatro indicadores adicionales de la calidad de vida: bienestar subjetivo, calidad de vida relacionada a

la salud percibida, depresión y funcionamiento cognoscitivo y los resultados coinciden en que es necesario implementar programas donde se promueva la autonomía del adulto mayor en México.

En resumen, estos estudios permiten diseñar y aplicar intervenciones cada vez más eficaces una vez que estas hipótesis se han comprobado.

### **3.4. Definiciones y dimensiones de las AVD**

Las definiciones generales de las AVD varían de unos autores a otros. Gallagher, Thompson y Levy (1980 en Fernández-Ballesteros, 1992) las definen como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales. Fillenbaum (1984 en Fernández-Ballesteros, 1992) las describe como la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana. Patterson y Eberly (1982 en Fernández-Ballesteros, 1992) las definen como un conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente.

Un análisis terminológico de las definiciones anteriores muestra que el concepto clave es la capacidad o competencia del propio individuo para llevarlas a cabo y por tanto, Fernández-Ballesteros (1992) sugiere que la expresión más adecuada sería *habilidades para la vida diaria* (HVD), sin embargo, el término es más difundido y utilizado en los diversos sectores profesionales.

Leering (1979 en Fernández-Ballesteros, 1992) adoptó un enfoque jerárquico de clasificación, en el que cada nivel de actividad supone un orden de funcionamiento mayor que el precedente. Las categorías serían:

- Sistema nervioso autónomo (responsable de funciones como la excreción, temperatura corporal, presión sanguínea, etc.)
- AVD (actividades como acostarse y levantarse de la cama, levantarse y sentarse en una silla, caminar o manejarse con una silla de ruedas)
- Actividades domésticas (limpiar, lavar, hacer la compra, preparar comidas y hacer la cama)

Katz y Akpom(1976 en Fernández-Ballesteros, 1992) proponen una relación jerárquica entre seis actividades básicas: comer, controlar esfínteres, trasladarse (en la cama o en una silla), utilizar el servicio, vestirse y bañarse. La dependencia de las personas mayores comenzaría con las dificultades en relación con el baño y continuaría con problemas para vestirse, utilizar el servicio, trasladarse, controlar esfínteres y, por último, comer por sí solos. Estos modelos jerárquicos han sido utilizados muy escasamente por los profesionales que trabajan en esta área. Sin



embargo, se ha llegado a cierto consenso en cuanto a dividir las actividades de la vida diaria en dos grupos: **AVD básicas o físicas y AVD instrumentales.**

Las AVD básicas corresponderían a aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado (comer por sí solo, bañarse, usar el servicio, vestirse, trasladarse, arreglo personal, etc.). Las AVD Instrumentales quedarían integradas por un conjunto más complejo de habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente (cocinar, limpiar, usar los transportes públicos, manejar dinero, etc.).

En Guillén, F. (2001) la ejecución o capacidad de ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) se dividen en:

1. *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).* Denotan tareas propias del autocuidado, ejemplos son alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse y deambular.
2. *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).* Capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad, por ejemplo, tareas del hogar, realizar compras y manejo de la medicación y de asuntos económicos.
3. *Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).* Actos más complejos y en gran parte volicionales, ejemplo, empleo, tareas en el tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc.

El acuerdo alcanzado respecto a estas dos categorías ha permitido simultáneamente reducir las discrepancias existentes en cuanto a las dimensiones funcionales globales a incluir en cada grupo.

A continuación se muestra un resumen de lo que se considera AVD Básicas e instrumentales (de acuerdo a Fernández-Ballesteros, 1992):

***Dimensiones más frecuentes en los procedimientos de evaluación de AVD Básicas e instrumentales:***

**AVD Básicas**

Bañarse o ducharse

Vestirse

- Ponerse y quitarse la ropa
- Atarse cordones
- Abrocharse botones
- Seleccionar la ropa
- Ordenar la ropa

Comer

- Usar los cubiertos
- Beber en vaso
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa

Arreglo personal

- Peinarse y cuidarse el pelo

- Afeitarse
- Limpiarse los dientes o la dentadura
- Lavarse y secarse las manos y la cara
- Aplicarse cosméticos
- Cuidarse las uñas

#### Movilidad

- Ponerse de pie o sentarse en una silla
- Acostarse o levantarse de la cama
- Desplazarse en silla de ruedas
- Emplear escaleras
- Desplazamientos por interiores
- Desplazamientos por exteriores próximos

#### Usar el servicio

#### Controlar esfínteres

### **AVD Instrumentales**

#### Limpia

- Quitar el polvo
- Barrer y fregar suelos
- Fregar platos
- Hacer camas
- Limpiar electrodomésticos

#### Telefonar

#### Hacer compras

#### Cuidar ropa

#### Lavar ropa

#### Arreglar ropa

#### Manejar dinero

- Cambiar dinero
- Administrar dinero

#### Cocinar

- Preparar comida
- Seleccionar menús
- Planificar comidas

#### Desplazarse

- Usar transportes públicos
- Viajar

La "movilidad", de acuerdo a algunos autores tradicionales (Katz, 1983 en Fernández-Ballesteros, 1992) debía considerarse como una entidad independiente, pero poco a poco se ha ido conceptualizando como una actividad más de la vida diaria (Kane y Kane, 1981 en Fernández-Ballesteros, 1992). También el elemento referido a "controlar esfínteres" está presente en sólo la mitad de las escalas de AVD, probablemente porque puede considerarse tanto una actividad cotidiana como una actividad fisiológica (Leering, 1979 en Fernández-Ballesteros, 1992). Además, no es raro encontrar numerosas escalas y procedimientos de evaluación de AVD que hacen referencia a la habilidad para el "arreglo personal" (Patterson y Eberly, 1982 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Ante la ambigüedad del concepto "habilidad para la vida independiente" y la dificultad para determinar las tareas a incluir en las AVD instrumentales, en una primera etapa se incorporaron actividades relacionadas con el tiempo libre (ir al cine, al teatro, etc.) y la interacción con recursos comunitarios (participar en organizaciones sociales u otros grupos de la comunidad, etc.). Por lo que en la actualidad, se ha adoptado un enfoque más limitado en cuanto a los elementos a incorporar dentro de las AVD Instrumentales a las tareas de: cocinar, limpiar, telefonar, hacer compras, lavar ropa, tomar medicación, manejar y administrar dinero, usar transportes públicos y viajar (Fillenbaum, 1984; Kane y Kane, 1981 en Fernández-Ballesteros, 1992).

### **3.5. Evaluación de las AVD. Tipos de técnicas**

Fernández-Ballesteros (1992) mencionan que la evaluación de las AVD pretende dar respuesta a dos cuestiones fundamentales:

**A nivel grupal.** Posibilitar el conocimiento a grandes rasgos, de las características y necesidades del grupo de personas mayores estudiadas y que puedan unirse con las diferentes modalidades y opciones de servicios. Además ser sensible a detectar el impacto de cualquier acción asistencial o rehabilitadora emprendida.

**Nivel individual.** Diferenciar si el individuo (a pesar de sufrir enfermedad o incapacidad) está en condiciones de llevar una vida independiente, si la prestación de algún tipo de asistencia y/o rehabilitación pueden hacerle más fácil su vida en el seno de la comunidad o si su discapacidad es tal que requiere el ingreso en una institución y orientando hacia el nivel de atención requerido.

Entre los procedimientos de recogida de información, se mencionan los siguientes:

### ***Escalas de apreciación***

Estas técnicas se fundamentan en la *observación directa y retrospectiva*, por parte de profesionales o personas significativas en contacto directo o con conocimiento previo de la persona evaluada, de las habilidades de la vida diaria manifestadas por ésta en su ambiente natural, que posteriormente se transforma en asignaciones, sobre una escala ordinal, del grado de independencia desarrollado en su ejecución.

En cuanto a los *tipos de respuesta* que más frecuentemente se incorporan en estas escalas, hacen referencia, por lo general, a la modalidad de ayuda (aparatos, dispositivos, asistencia de otras personas, etc.) que se requiere cuando la actividad no puede ser ejecutada o se realiza con limitaciones de autonomía. A los individuos que necesitan un dispositivo o ayuda de otra persona, se les consigna una posición intermedia entre los "independientes" y los "dependientes", sin embargo, son más frecuentes las escalas de AVD que evalúan con un nivel de mayor independencia a los individuos que ejecutan las AVD con un dispositivo o aparato que aquellos que requieren ayuda humana, debido a que poseen mayor control sobre su entorno que los dependientes de otras personas.

Cuando se requiere una detección inicial de los déficits del individuo que permita después diseñar un programa de atención, el *número de ítems y las categorías de respuesta* pueden experimentar variaciones substanciales. Por ejemplo, una AVD instrumental como es "limpiar", puede descomponerse en otras actividades menores: limpiar suelos, limpiar paredes, muebles, etc.

Para evaluar la ejecución del sujeto, las *alternativas de respuesta* pueden sobrepasar ampliamente el número de tres categorías, recomendado cuando la persona anciana cumplimenta. Los instrumentos suelen utilizar combinaciones de escalas (dos o más), cada una de las cuales evalúa una o varias facetas (nivel de independencia, eficiencia, autoiniciación, velocidad, seguridad en la ejecución) de la habilidad observada.

El *resultado* de una valoración puede variar desde una estimación global del nivel de autonomía para el conjunto de ítems hasta una puntuación diferenciada para cada una de las AVD contempladas.

### ***Escalas de autocalificación***

Son instrumentos basados en la *autoobservación* y encuadrados en la categoría de los autoinformes.

Lo que refiere a las *alternativas de respuesta*, Sainsbury (1973 en Fernández-Ballesteros, 1992) encontró que los informadores de edad avanzada no tenían ninguna dificultad para contestar guiados por tres categorías de competencia para ejecutar una habilidad determinada ("lo hago sin dificultad"; "lo hago con alguna dificultad"; "soy incapaz de hacerlo"). Se recomienda no emplear instrumentos que superen tres opciones de respuesta.

Pese a la *claridad de los elementos*, la falta de familiaridad con este tipo de procedimientos en adultos mayores, se aconseja leer los elementos con el fin de evitar errores de interpretación.

### ***Códigos de conducta***

Estos sistemas de registro se basan en la observación directa, pero presentan dos rasgos diferenciales notables:

1. Son cumplimentados conforme a la observación efectuada de forma *inmediata*, y no retrospectiva.
2. Suelen llevarlo a cabo profesionales, sin conocimiento previo de la persona evaluada y habitualmente se utilizan en contextos de entrenamiento o rehabilitación (Inkster, 1977; Patterson y Eberly, 1982 en Fernández-Ballesteros, 1992), con la finalidad principal de identificar déficits en habilidades específicas para la vida diaria.

Por lo tanto, son susceptibles de realizarse tanto en el *ambiente natural* en el que se desenvuelve el sujeto, como en réplicas artificiales diseñadas dentro del centro de rehabilitación, sin embargo, esta última modalidad, puede conllevar problemas de generalización de los datos recogidos en la situación simulada a la vida real, y por tanto, de validez ecológica.

Los códigos de conductas se utilizan, además como método de recogida de información dentro del proceso de análisis funcional de una inhabilidad específica para la vida diaria.

### ***Instrumentos de evaluación de las AVD***

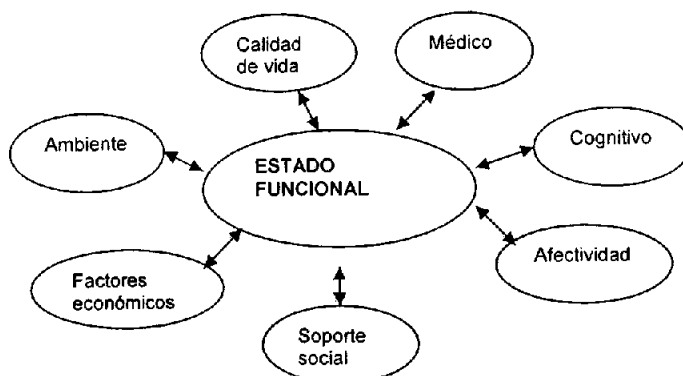
Entre los instrumentos frecuentemente utilizados por profesionales de la salud para evaluar las AVD en adultos mayores se encuentran (Fernández-Ballesteros, 1992; Guillén, F., 2001; Serna de Pedro, I., 2001):

- Índice de Katz de AVD
- Escala de Actividades Instrumentales de la Vida diaria del Philadelphia Geriatric Center (Índice de Lawton)
- Escalas de AVD Básicas e Instrumentales del Olders American Resources and Services (OARS)
- Evaluaciones Modulares del Programa Gerontológico del Florida Mental Health Institute
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM)
- Escala de Observación de Actividades de la Vida diaria
- Escala de la Cruz Roja
- Índice de Barthel

Algunos autores señalan con debida razón que la valoración funcional del adulto mayor y del entorno en que se desenvuelve es fundamental, ya que las capacidades funcionales son tan importantes como la salud total, el bienestar y la necesidad potencial de servicios, si no es que más; además es de suma importancia al llevar a cabo cualquier acción encaminada hacia la rehabilitación en el adulto mayor. Por ejemplo, el hecho de que un paciente geriátrico con hemiparesia sea capaz de subir y bajar escaleras establecerá la diferencia entre regresar a casa o a un asilo (Kane, 1997; González, 1995; Guillén, 2001).

Pero además, la importancia de la valoración funcional radica en la utilidad de establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio clínico (Guillén, F., 2001).

Sin embargo, la exploración funcional por sí misma no informa decisivamente sobre la etiopatogenia de las deficiencias o discapacidades detectadas, de ahí la importancia de no pasar por alto ningún estudio clínico (González, 1995). Es decir, es necesario indicar ante cualquier deficiencia o discapacidad desde cuando se padece y el estado previo que gozaba el individuo, así como mencionar los datos generales del paciente (sexo, edad, domicilio, etc.) y demás factores asociados con el estado funcional del adulto mayor: Factores ambientales, factores económicos, soporte social, afectividad, cognición, aspectos médicos y calidad de vida. La **figura 1** muestra la interrelación entre la funcionalidad y los factores anteriormente mencionados.



**Figura 1. Factores asociados con el estado funcional (Modificado de Reuben y Solomon, 1989 en Guillén, 2001.)**

En resumen, puede concluirse que no solamente los instrumentos que evalúan funcionalidad, van a determinar cuál es el diagnóstico del adulto mayor y

las medidas de rehabilitación a seguir, es necesario tomar en cuenta los factores asociados con el estado funcional y como se relacionan estos para determinar el pronóstico y la rehabilitación del adulto mayor.

### **3.6. Intervención en AVD**

La intervención psicológica en las AVD con poblaciones de edad avanzada, ha estado en correspondencia con las políticas sociales que han guiado su atención.

Las primeras aplicaciones conductuales se centraron en la promoción de la autonomía en ambientes residenciales en adultos mayores que presentaban un deterioro grave en su capacidad funcional y se entrenaba las AVD Básicas (bañarse, vestirse, comer, etc.). Estos trabajos se enfrentaron a los estereotipos negativos institucionales, profesionales y de la propia persona mayor. Actitudes reforzadas también, por tratarse de problemáticas comportamentales que, al ser ocasionadas por fenómenos biológicos (cambios sensoriales, físicos, enfermedades crónicas), se les atribuía un carácter irreversible e inmodificable. Pero los resultados positivos cambiaron estos prejuicios y consolidaron el concepto de "plasticidad conductual" (posibilidad de que en la edad avanzada se adquieran o re-adquieran conductas para la vida diaria a través de estrategias de enseñanza y manipulación ambiental).

En un principio estos trabajos se enfocaron en el adulto mayor y sus variables personales, se incorporaron progresivamente aspectos como la organización y políticas de la institución, las características físicas y arquitectónicas de la misma, formación y actitudes del personal, etc.

El objetivo actual de mantener en su hogar al adulto mayor por parte de las planificaciones asistenciales ha propiciado nuevas áreas de investigación y aplicación de la psicología en el ámbito de la vida diaria, por tanto, se han expandido los comportamientos objetivo de la intervención y se ha llegado a diseñar programas de tipo preventivo y aquellos basado en sistemas de autoayuda.

Estas acciones complementan otros elementos, como son las redes de apoyo familiar o profesional, o los estímulos y variables del entorno físico relevantes para el bienestar en esta etapa de la vida y más si existe limitación para llevar a cabo las tareas cotidianas por enfermedad o discapacidad (Fernández-Ballesteros, 1992).

Fernández-Ballesteros (1992) además señala algunos programas de rehabilitación implementados a la fecha en AVD para adultos mayores, solo se mencionan a continuación:

- Entrenamiento de habilidades específicas
- Programas multimodales: Programa de Cuidado personal del Center for Independent Living de Nueva York, Programa Gerontológico del Florida Mental Health Institute, Programa de Entrenamiento Conductual para personal geriátrico Proyecto de apoyo a la persona mayor, Programa U.S.E (Us, Sense, Environment)

### **3.7. Conclusiones**

En Fernández-Ballesteros (1992) se propone lo siguiente en cuanto a la evaluación y rehabilitación en AVD:

Elegir un instrumento ya elaborado que cumpla los requisitos de validez y fiabilidad probados y aunque no todos los descritos en la literatura cumplen los requisitos, existen los suficientes como para adaptarse a la heterogeneidad de los objetivos (investigación, valoración de programas, descripción de la población, etc.). Si se elabora un nuevo instrumento, o si se "modifica" o se "adapta" otro ya existente rara vez es posible conocer con certeza qué es lo que se está midiendo y si los datos son exactos y precisos. Además, la información que proporciona sólo es de relevancia para el estudio para el que se diseñó, impidiéndose la comparación entre estudios similares y el incremento de los conocimientos que permitan el perfeccionamiento progresivo de los ya elaborados.

El propósito específico de la exploración marcará características del instrumento como son la cantidad de información, el tipo de método para registrarla y la fuente de datos. El número de AVD a evaluar y su pormenorización en tareas más concretas se incrementará progresivamente según se trate de estudios de vulnerabilidad o detección de poblaciones en riesgo, descripciones de poblaciones determinadas (por ejemplo, personas mayores institucionalizadas), estudios epidemiológicos o de población general, valoración de programas y en el diseño de programas de rehabilitación, respectivamente.

Aconsejan que los autoinformes y cuestionarios se utilicen más frecuentemente en estudios sobre vulnerabilidad; las escalas de autocalificación en estudios epidemiológicos; las escalas de apreciación en descripciones de grupos concretos, valoración de programas y en el diseño de programas de rehabilitación con el fin de identificar en in inicio déficits en habilidades generales de autocuidado que, en una fase posterior, deberán ser concretados operativamente mediante códigos de conducta.

En cuanto al origen de la información, procederá, comúnmente, de la propia persona mayor, sujeto de la evaluación, que en caso de incapacidad de comunicación se sustituirá por una persona allegada o significativa de su entorno.



El carácter interactivo entre variables personales y ambientales que caracteriza las manifestaciones comportamentales en la vejez (Fernández-Ballesteros y González, 1983 en Fernández-Ballesteros, 1992) obliga —especialmente cuando se trata de formulación y aplicación de programas de atención y rehabilitación— a evaluar variables asociadas a la competencia en autosuficiencia básica, las características sociodemográficas, el estado de salud, actividades de ocio y recreativas, utilización de servicios y recursos comunitarios, causas físicas de discapacidad, salud mental, etc.

Fillenbaum (1984 en Fernández-Ballesteros, 1992) menciona que sería necesario orientar la investigación hacia áreas escasamente exploradas hasta la fecha y que pese a ser mucho menor el número de personas mayores con limitaciones para sus AVD Básicas, en relación con el de los que presentan problemas para las Instrumentales, se han diseñado muchas más técnicas para evaluar las primeras. Una posible explicación de este hecho podría encontrarse en las mayores demandas de prestación que presentan los ancianos con déficits en su autosuficiencia básica, lo que ha llevado a una mayor canalización de recursos hacia este grupo. No obstante, el aumento progresivo del grupo de personas mayores de 65 años relativamente sanas, cuyos problemas más significativos radicarían en la competencia para llevar a cabo actividades sociocomunitarias complejas, exigirá una mayor dedicación en la elaboración de procedimientos para explorar con detalle tales AVD Instrumentales.

Patterson y Jackson (1981 en Fernández-Ballesteros, 1992) mencionan que otra área de investigación a profundizar correspondería al estudio de las variables personales asociadas al mantenimiento organizado de las conductas de autocuidado, por ejemplo, los relativos a la evaluación del impacto en la autoestima de la pérdida de la autonomía; el papel de la competencia percibida en el entrenamiento de habilidades funcionales; el tipo de estímulos socioambientales que pueden ocasionar la extinción del autocuidado o recuperación mediante la rehabilitación; las características personales, incidiendo favorablemente en su utilización óptima; etc.

En cuanto a la *intervención* psicológica en el área de la autonomía funcional en la vejez, se desarrolla desde la perspectiva teórica fundamentada en la atribución, a la persona de edad avanzada, de la capacidad para recuperar o aprender hábitos de autocuidado personal y ambiental, donde el objetivo final es optimizar los repertorios conductuales en el individuo.

El carácter interactivo y multicausal del fenómeno de la dependencia, lleva a contemplar en la intervención, además de la persona mayor con limitaciones funcionales, otros factores sociales y ambientales. Por lo que se ha generado una diversificación en las líneas de actuación, propiciando el diseño de acciones y programas dirigidos a tales variables, por ejemplo, la formación de profesionales y

paraprofesionales, planificación y organización institucional, etc. Así también se han ido incorporando programas o elementos con un contenido claramente preventivo que sitúa al adulto mayor como agente competente en la promoción de su propia autonomía personal y de la de otros en situación similar.

En relación con las técnicas de entrenamiento en el campo de la autonomía funcional en edades avanzadas, para establecer una frecuencia normal de ocurrencia de una habilidad ya presentes en el repertorio conductual de la persona mayor y las más utilizadas son las que posibilitan el recuerdo, práctica y la corrección de tareas, es decir, "reforzamiento positivo", "práctica o ensayo de habilidades", "incitación", "modelado", "moldeamiento" y "encadenamiento".

Los resultados encontrados en los diversos programas e intervenciones sobre AVD aplicados a personas mayores suscitan la reflexión en torno a un rasgo que frecuentemente los caracteriza desde un punto de vista cuantitativo y en comparación con los obtenidos en otros sectores de población, como es el de venir en forma de "pequeñas ganancias". Sin embargo, su valoración mediante técnicas e indicadores de calidad de vida, replantea como elementos críticos y significativos el bienestar, satisfacción y autoestima en la vejez.

Desde la psicogerontología y otras disciplinas como otros sectores sociales, encuentran que es preciso reorientar los criterios administrativos y de gestión de personal en determinados entornos residenciales y servicios domiciliarios hacia políticas decididas de rehabilitación y fomento de la autosuficiencia y autonomía en edad avanzada. Así como coordinar estrechamente todos los dispositivos y recursos prestadores de servicios para conseguir el máximo apoyo y continuidad en la atención.

Para concluir, la psicogerontología en la actualidad se encuentra en condiciones de aportar procedimientos de evaluación y estrategias de intervención que contribuyan de forma eficaz a la promoción y rehabilitación de la competencia funcional en personas mayores. Objetivo plenamente justificado, ya que atiende a razones socioeconómicas, y lo que es más importante, atiende al bienestar personal y familiar.

## MÉTODO

### Planteamiento y justificación del problema

En la actualidad la población de adultos mayores va en aumento demográfico al representar el 5% de la población mexicana, con 6.8 millones de habitantes (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2004) y se estima que para el año 2020, la población de mayores de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, casi el doble de la población que habita el Distrito Federal (Aréchiga y Cerejido, 1999).

Estas cifras indican que este sector de la población cobra importancia, debido a que al prolongarse los años de vida de las personas, aumenta la probabilidad de que se vean afectados por los cambios fisiológicos propios de esta etapa y trastornos crónicos de salud, lo que a la larga ocasionará pérdidas de autonomía y la capacidad funcional (Fernández-Ballesteros, 1992) y en consecuencia una mala calidad de vida.

Esto implicará costos económicos, de salud y de programas de ayuda para los adultos mayores, servicios que en la actualidad van en aumento, que rebasan la capacidad de equipamientos existentes, lo que genera una considerable inversión económica por parte de la sociedad, particularmente de los sectores públicos (INSERSO, 1989 citado en Fernández-Ballesteros, 1992).

También al formar parte de una sociedad que exalta la autonomía en todos los aspectos de la vida, al llegar a la etapa de la vejez, el adulto mayor elige vivir con plenitud y conserva una imagen positiva de sí mismo a pesar de ciertas limitaciones físicas o por el contrario, elige sumirse en la depresión al darse cuenta que no puede realizar sus actividades sin ciertos "achagues" propios del envejecimiento al vivir como un fracaso el envejecer.

Existen pocos estudios en México acerca de la calidad de vida y por tanto de la funcionalidad y como esto repercute en la vida diaria del adulto mayor.

La conveniencia de esta investigación serviría para aportar nuevos estudios a la comprensión de la Psicología de la Vejez.

La relevancia social implicaría el beneficio de adultos mayores que incrementa estadísticamente en México y en otros países, psicólogos y especialistas interesados en el conocimiento de la Psicología de la Vejez y en el tratamiento de la depresión del adulto mayor (pues se estima en diversas referencias que aproximadamente el 10% de la población de adultos mayores sufre algún tipo de depresión clínica) y de programas gubernamentales que implementan programas de ayuda para los adultos mayores.

Entre las implicaciones prácticas se encuentran el aportar elementos para el tratamiento y prevención psicológicos de la depresión clínica en el adulto mayor. Finalmente, el valor teórico de esta investigación sería: conocer el comportamiento

de una de las variables implicadas en la depresión, en este caso, la funcionalidad del adulto mayor y sugerir ideas o recomendaciones para estudios posteriores sobre la Psicología de la vejez.

### **Pregunta de investigación**

¿Existirá alguna relación entre la depresión y la funcionalidad en sus dos dimensiones (actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria) en los adultos mayores que acuden a distintos albergues del INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) en el Distrito Federal?

### **Objetivo:**

Identificar cuál es la relación entre la depresión y la funcionalidad en los adultos mayores residentes de distintos albergues del INAPAM en el Distrito Federal para elaborar programas de intervención a nivel preventivo y/o rehabilitatorio que ayuden a mejorar la calidad de vida.

### **Hipótesis de trabajo**

Existirá correlación entre el grado de depresión y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores.

### **Hipótesis estadísticas**

$H_{a1}$ =Existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad.

$H_{01}$ =No existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad.

$H_{a2}$ =Existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y actividades básicas de la vida diaria.

$H_{02}$ =No existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y actividades básicas de la vida diaria.

$H_{a3}$ =Existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y actividades instrumentales de la vida diaria.

$H_{03}$ =No existirá relación estadísticamente significativa entre depresión y actividades instrumentales de la vida diaria.

## **Variables:**

Variable independiente: Depresión

Variables dependientes: Funcionalidad en sus dos dimensiones: Actividades básicas de la vida diaria y Actividades instrumentales de a vida diaria.

## **Definición conceptual de variables:**

### ***Depresión:***

Se puede considerar como el sufrimiento de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas. A menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, 2000).

### ***Funcionalidad:***

Conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente (Patterson y Eberly, 1982 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Guillén (2001), divide la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD), que retomaremos para definir las dos dimensiones de la funcionalidad en este estudio:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Denotan tareas propias del autocuidado como alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse y deambular.
2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad, por ejemplo, tareas del hogar, realizar compras y manejo de medicación y asuntos económicos.

## **Definición operacional de variables:**

### ***Depresión:***

Los puntajes obtenidos en la Escala Geriátrica de Depresión (GDS)

### **Funcionalidad:**

Los puntajes obtenidos en el Índice de Barthel y el Instrumento para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton.

### **Sujetos:**

En este estudio participaron 29 sujetos que cubrieron el siguiente criterio de inclusión: residentes de los albergues con mínimo 60 años. Y un criterio de exclusión: no tener alguna patología orgánica o alguna enfermedad física.

### **Muestreo:**

El muestreo fue no probabilístico intencional, porque "supone un procedimiento de selección informal y un poco arbitraria de los sujetos en donde no todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, pues su inclusión en la muestra depende de la decisión del investigador" (Sampieri, 1998).

### **Tipo de estudio:**

Se realizará una investigación prospectiva, transversal y correlacional, ya que las variables que se investigarán se hacen en un tiempo determinado para identificar la relación entre la depresión y la funcionalidad en los adultos mayores. También es una investigación de campo, puesto que se trabajará directamente con los sujetos en el lugar donde se desenvuelven.

### **Diseño**

En este estudio se trabajará con un diseño pre-experimental ex post facto de una sola muestra con una sola medición, ya que se administrará "un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición en una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo. No hay manipulación de la variable independiente... no hay una referencia previa de cuál era antes del estímulo el nivel que tenía el grupo en la variable dependiente". (Sampieri, 1998)

### **Instrumentos:**

Los instrumentos utilizados serán la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) para detectar el grado de depresión, el Índice de Barthel, el Índice de Lawton para detectar el nivel de funcionalidad y el Mini Mental State (MMSE-FOLSTEIN) modificado por el Consenso Mexicano para el Síndrome de Deterioro Intelectual para descartar deterioro cognoscitivo (ver *anexos*); los cuales se describirán a continuación a excepción del Mini Mental porque este último forma parte del criterio de exclusión:

## **Escala Geriátrica de Depresión (Geriatric Depresión Scale, GDS)**

La GDS fue construida por T.L Brink, J.A. Yesavage y O. Lum (1982). Esta es una escala de cribado, es decir, detecta la posible presencia de depresión. La GDS es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos.

Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.

Existen versiones abreviadas de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986) y de 5 ítems (Holy y cols., 1999), tanto la versión larga como las abreviadas están disponibles en español. En este estudio se utilizará la versión larga, puesto que esta versión permite un análisis cuantitativo y cualitativo de las respuestas, mientras que las versiones cortas solamente permiten un análisis cuantitativo. Es una escala de administración autoaplicada.

La escala contiene preguntas afirmativas y negativas, las cuales valen 1 punto.

En México se realizaron estudios para determinar la validez y confiabilidad de la GDS, respecto a la confiabilidad se encontraron valores de 0.80 a 0.95 (Valadez, 2002) y lo que respecta a la validez se encontraron valores de 0.833 con significancia de 0.0001 (Rojas, 1992).

Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

0-10 puntos: normal

11-30 puntos: posible depresión

Algunos autores diferencian entre:

11-20: depresión leve

>20: depresión grave

## **Índice de Barthel**

La versión original de esta prueba fue construida por F. I. Mahoney y D. W. Barthel en 1965. En ésta se evalúa el grado de discapacidad. Consta de 10 ítems y su forma de administrarse es heteroaplicada; el clínico valora lo que el paciente hace y no lo que es capaz de hacer.

Es uno de los índices más utilizados en México para valorar el grado de discapacidad para el ingreso de residencias asistidas. Es la escala recomendada en Gran Bretaña y la escogida por la Sociedad Española de Neurología para evaluación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Evalúa 10 actividades básicas de la vida cotidiana: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y escalones.

El clínico con la ayuda del cuidador, ha de asignar una puntuación entre 0 y 10 a cada una de las actividades. El 0 corresponde a dependiente y el 10 a totalmente independiente.

El marco de referencia es el momento actual, excepto en los ítems de deposiciones y micción que es preciso valorar la semana pasada.

Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en cada uno de los 10 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 100 (90 en el caso de que el sujeto vaya en silla de ruedas).

Los puntos de corte propuestos son:

- <20 totalmente dependiente
- 20-35 dependiente grave
- 36-55 dependiente moderado
- ≥1 60 dependiente leve
- 100 totalmente independiente

### **Índice de Lawton**

El Índice de Lawton fue construido por Lawton, M. P; Fulcomer M., et, al en 1982 y también es conocida como Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del Philadelphia Geriatric Center. Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 9 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero, responsable de los medicamentos, realizar reparaciones sencillas.

Es una escala heteroaplicada; el clínico puntúa si el individuo realiza la tarea, no si declara que puede hacerla.

Se ha informado respecto a su validez que tiene una fiabilidad interjueces suficiente (Israel, Kozarevic y Sartorius, 1984 en Fernández-Ballesteros, 1992); así como una gran consistencia interna (0.94; Kane y Kane, 1981 en Fernández-Ballesteros, 1992). También se ha obtenido una validez concurrente adecuada con respecto al *Cuestionario de Estado Mental*, pruebas de memoria y orientación (Kahn, Goldfarb, Pollack y Peck, 1960), la *Escala de Apreciación de la Conducta* y la *Escala de Clasificación Física* (walkman y Fryman, 1964 en Fernández-Ballesteros, 1992).

Los puntos de corte propuestos son:

- Dependencia cuando la puntuación es inferior a 9.
- Dependencia moderada cuando la puntuación se sitúa entre 10 y 18
- Independencia total (Entre 18 y 27 puntos).

El índice de Lawton ha servido de modelo a escalas posteriores y continúa siendo una de las escalas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades, más complejas que las que se necesitan para el autocuidado personal, como las



que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación; no obstante, evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada, como puede ser la viudedad. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

### **Procedimiento**

Se solicitó el consentimiento de los sujetos (hombres y mujeres adultos mayores) que son residentes de diferentes albergues del INAPAM ubicados en el Distrito Federal para participar en este estudio, preguntándoles si les interesaría cooperar en un estudio que se realiza por parte de la Facultad de Psicología en la UNAM que tiene como objetivo crear propuestas y programas de intervención que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores.

A los sujetos que accedieron a participar se les dió una cita para aplicarles los instrumentos mencionados anteriormente: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el Índice de Barthel y el Instrumento para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton, M.P; Fulcomer, M.; et al, 1982). Los instrumentos serán aplicados en una sola medición.

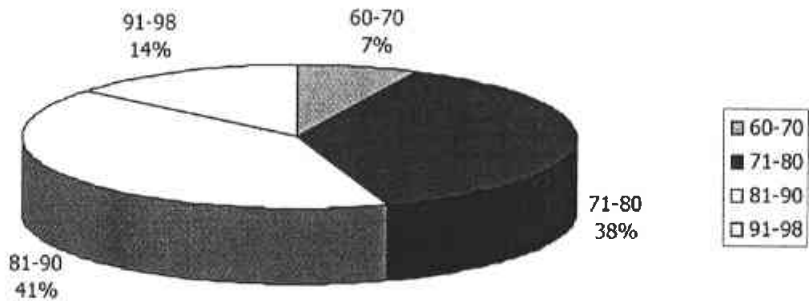
Paralelamente en los expedientes del INAPAM se descartó la existencia de daño orgánico o alguna enfermedad física, los cuales forman parte del criterio de exclusión de la muestra.

Los instrumentos fueron aplicados y leídos a cada sujeto, los cuales midieron el grado de depresión y la funcionalidad en sus dos dimensiones y posteriormente se realizó el análisis estadístico de los datos para identificar si existe correlación entre cada una de las variables estudiadas.

### **Análisis estadístico de los datos.**

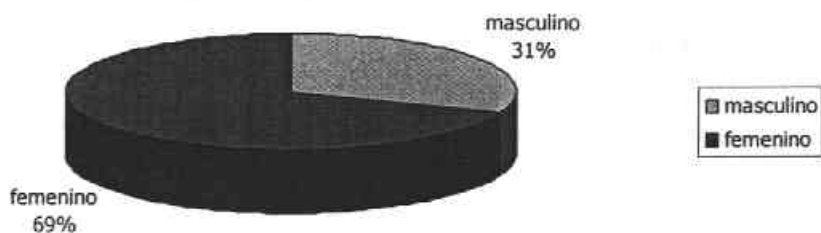
El análisis estadístico de los datos se hizo utilizando la *r* de Pearson por medio del paquete estadístico SPSS. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

## RESULTADOS



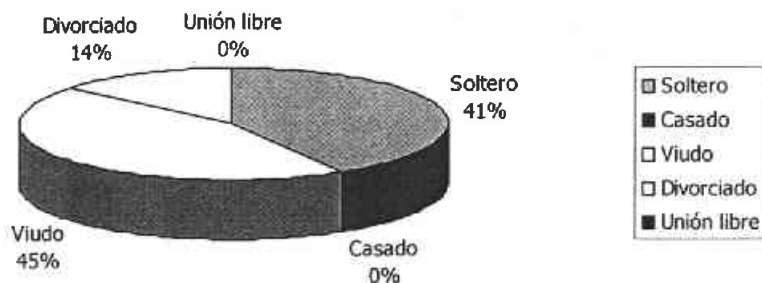
**Figura 2. Distribución según edad.**

Según los rangos de edad encontrados en la muestra, se observa que el 79% de la población comprende entre 71 y 90 años de edad (23 sujetos), 14% de la muestra comprende entre 91 y 98 años (4 sujetos) y el 7% de la muestra comprende entre 60 a 70 años (2 sujetos).



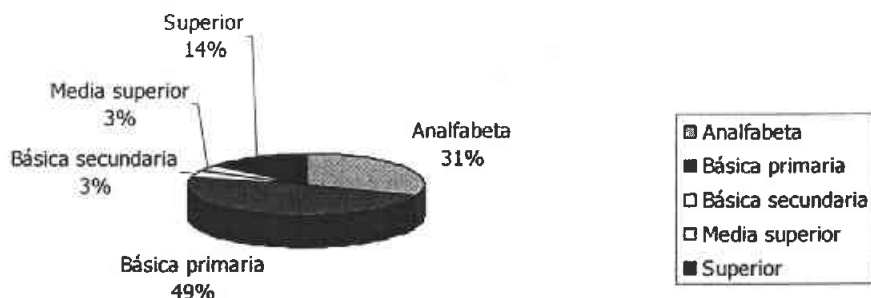
***Figura 3. Distribución según sexo***

De acuerdo a los datos observados, el 69% de la muestra son mujeres (20) y el 31% son hombres (9%).



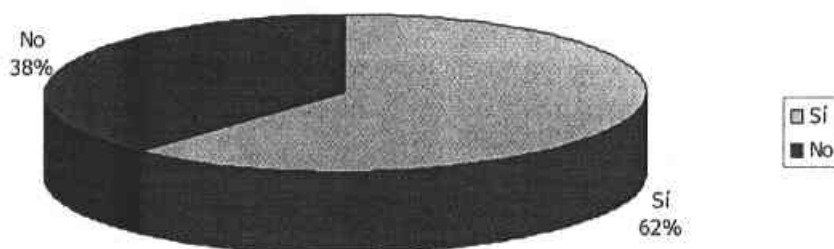
**Figura 4. Distribución según estado civil**

En cuanto al estado civil, se encuentra un mayor número de solteros y viudos al conformar el 45% y 41% de la muestra respectivamente, el 14% de la muestra la conforman sujetos divorciados (4) y no se encontraron sujetos casados o en unión libre en esta muestra.



**Figura 5. Distribución según el grado de escolaridad**

Se observa que el 49% de la muestra (14) cursó la educación primaria, el 31% de la muestra es analfabeta (9), 14% de la muestra cursó la educación superior y el 6% cuenta con educación media superior (2).



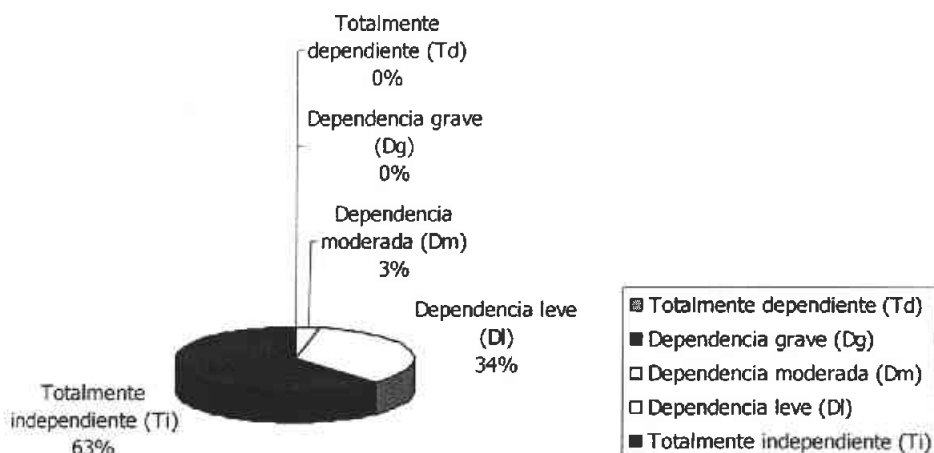
***Figura 6. Distribución según reciben visitas***

En cuanto al hecho de recibir visitas, se observa en las gráficas que 18 sujetos de la muestra recibe visitas (62%) y 11 sujetos no reciben visitas (38%).



**Figura 7. Distribución según el grado de depresión**

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, 17 sujetos se encuentra sin **probabilidad** de sufrir una depresión (59% de la muestra), 12 sujetos puntuaron en el rango de una probable depresión leve (41% de la muestra) y ningún adulto mayor puntuó en el rango de depresión grave (0% de la muestra). Sin embargo, es importante mencionar que un sujeto femenino obtuvo 19 puntos, lo que se acerca al rango de depresión grave, por lo que es importante tomar en cuenta la individualidad de la persona al evaluarse.



**Figura 8. Distribución según el grado de dependencia en las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)**

De acuerdo al grado de dependencia en las ABVD, para lo cual se aplicó el Índice de Barthel, se observa que la mayor parte de la muestra obtuvo puntajes dentro del rango de Total independencia con 18 sujetos (63%) en esta muestra, en segundo lugar se encuentran 10 sujetos (34%) que puntuaron dentro del rango de Dependencia leve, en tercer lugar 1 sujeto (3%) puntuó en el rango de Dependencia moderada y por último ningún sujeto puntuó dentro de los rangos de Dependencia grave y Total dependencia.





**Figura 9. Distribución según el grado de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).**

De acuerdo al grado de dependencia en las AIVD, para lo cual se aplicó el Índice de Lawton, se observa que la mayor parte de la muestra, es decir, 20 sujetos (69%), puntuó dentro del rango de Independencia, en seguida se observa que 9 sujetos (31%) puntuó dentro del rango de Dependencia moderada y ningún sujeto puntuó dentro del rango de Necesidad de Asistencia.

Para conocer la confiabilidad de los instrumentos aplicados se utilizó el modelo de Kuder-Richardson y los resultados fueron:

- Para el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) un coeficiente de confiabilidad Alpha de .8229
- Para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) un coeficiente de confiabilidad Alpha de .8413
- Para el índice de Barthel (Actividades básicas de la vida diaria) un coeficiente de confiabilidad Alpha de .7783
- Para el índice de Lawton (Actividades instrumentales de la vida diaria) un coeficiente de confiabilidad Alpha de .8197

Por lo tanto, puede concluirse que las respuestas de los sujetos y los instrumentos fueron de una confiabilidad alta.

Para conocer la relación de las variables de acuerdo a las hipótesis estadísticas, se realizó una correlación de Pearson y los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 5. Correlación de Pearson entre Depresión y Funcionalidad en sus dos dimensiones (Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales)**

		Depresión	Actividades Vida Diaria	Actividades Instrumentales
Depresión	Correlación de Pearson	1	-.200	-.206
	Significancia	.	.297	.285
	N	29	29	29

Se encontró que no existe relación entre el grado de depresión y el grado de funcionalidad en cualquiera de sus dos dimensiones como se observa en la **tabla 5**. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación no se cumplió, el cual era identificar la relación entre la depresión y funcionalidad entre adultos mayores residentes de distintos INAPAM del D.F. y se rechazan las hipótesis alternas.

Los sujetos de esta muestra en la variable depresión no puntuaron en la categoría de depresión grave y tendían hacia puntajes en la categoría sin depresión (59%), como se observa en la **figura 7**, mientras que en las variables de actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria obtuvieron puntajes que tendían hacia la independencia, como se observa en las **figuras 8 y 9**.

En cuanto al análisis descriptivo se encuentra que la mayor parte de la muestra no tiene depresión (59%) y que es funcional en sus dos dimensiones: actividades de la vida diaria (63%) y actividades instrumentales de la vida diaria (69%), por lo tanto, se puede decir que son independientes.

Sin embargo, cuando se aplicaron los instrumentos, la mayoría de los sujetos (14) reportó que no se les permitía realizar algunas actividades instrumentales, entre ellas, lavar la ropa, cocinar, realizar reparaciones sencillas y en algunos albergues, hablar por teléfono. Lo que podría explicarse debido a que las actividades básicas de la vida diaria se pueden considerar como de supervivencia (comer, ir al baño, bañarse, etc.), mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria se pueden considerar como secundarias (hablar por teléfono, ir de compras, etc.), aunque se ignoran las causas por las cuales no se les permite realizar estas actividades.

Esto confirma la ideología de las instituciones de ayuda al adulto mayor, que aunque pretenden facilitar la vida de los adultos mayores al realizar por ellos ciertas actividades, les promueven mayor dependencia y por tanto menor funcionalidad.

En muchas familias al abuelito o abuelita de la familia se le tiene bajo mucho control y no se le permite realizar muchas actividades que antes realizaba por el solo hecho de estar viejo, se le sobreprotege para que no se vaya a lastimar en cualquier descuido, lo que genera a la larga en el propio adulto mayor una sensación de incapacidad y un sentimiento de ser estorbo y no servir para nada, confirmándose toda una serie de mitos y creencias falsas a nivel social de lo que es la vejez como: los viejos lo olvidan todo, no pueden valerse por sí mismos y por tanto implica sufrimiento en una sociedad donde se exalta la autonomía y una cultura del "yo" en estas sociedades occidentales.

Sin embargo, podría promoverse mayor independencia en los adultos mayores si se detecta su nivel de funcionalidad y se les permite realizar las actividades de acuerdo al puntaje correspondiente en las pruebas, a sus capacidades y sus necesidades.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo indican que no existe relación alguna entre depresión y funcionalidad en sus dos dimensiones (Actividades de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria).

Aún y cuando en apariencia no se encontraron resultados estadísticamente significativos, el análisis descriptivo pone de manifiesto que esta muestra no presenta probabilidad de sufrir depresión y sí es independiente al realizar sus actividades.

Esto pudo deberse a que las actividades de la vida diaria son actividades de sobrevivencia, como comer, bañarse, micción, excreción de alimentos, etc, encontrándose que en estas actividades los adultos mayores de los albergues del INAPAM son en su mayoría independientes (63%). Mientras que en las actividades instrumentales también se encontró independencia (69%), como se observa en las **figuras 8 y 9**. Sin embargo, cuando se aplicaron los instrumentos, 14 sujetos reportaron que no se les permitía realizar algunas actividades instrumentales (lavar, hacer reparaciones sencillas, cocinar y en algunos albergues, hablar por teléfono) y manifestaban descontento ante esta situación, sobre todo los adultos mayores que puntuaron más alto en actividades de la vida diaria, muchas de estas actividades incluyen actividades más complejas y que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad, actividades que ya les son facilitadas en el INAPAM y no las realizan cuando pudieran realizarlas y por lo tanto, conservar independencia en esas actividades.

Es importante mencionar que la mayoría de los adultos mayores al contestar los cuestionarios me decían que "estaban locos" o que iban a salir "mal" en los puntajes, pero los resultados indican que no hay probabilidad de sufrir depresión como tal, ni dependencia en las escalas de funcionalidad y al remitirme a la teoría puede confirmarse que la apreciación que tienen los ancianos sobre sus capacidades está estigmatizada por el rol que juegan en la sociedad (González-Celis, 2002) y esta retroalimentación es lo que en cierta forma promueve a los ancianos a percibirse como menos auto-eficaces. También confirma lo que proponen algunos autores acerca del enlace entre la ejecución real de los adultos mayores en sus actividades de la vida diaria (AVD) y las variables cognitivas relativas a expectativas, estereotipos o creencias erróneas acerca de la vejez, es decir, que por lo general se le atribuye a los ancianos falta de competencia para ser autónomos cuando existen disfunciones orgánicas (visuales, auditivas, etc.), lo que lleva a las personas que conviven con el adulto mayor a desarrollar comportamientos de sobreprotección y eliminar oportunidades de ejecución independiente de las AVD en los adultos mayores, cerrando el círculo de bajas expectativas sobre la autonomía de los adultos mayores. (Little, 1988; Inkster, 1977 en Fernández-Ballesteros, 1992)

Entonces, una primera conclusión apunta a que en la medida que se implementen programas destinados a promover una mayor autonomía en los adultos mayores, la calidad de vida mejorará considerablemente, como lo confirman estudios previamente realizados con adultos mayores, donde niveles altos de autoeficacia y niveles altos de actividad física, mental, ocupacional y social, muestran mejor funcionamiento psicológico, mejor bienestar subjetivo y mejor calidad de vida en ancianos (Conn, 1998; Estabrooks & Carron, 1998; Horgas, Wilms & Baltes, M. M., 1998; González-Celis, 2002; citado en González-Celis, 2002). Una propuesta podría ser que se llevara un seguimiento de la evaluación de Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y de acuerdo a sus puntajes, sus capacidades y necesidades se les permitiera realizar aquellas Actividades Instrumentales que pueden hacer, ya que no se lleva un seguimiento y aplicación de estas evaluaciones en los albergues.

Otra conclusión apunta a la sensibilización de la familia y redes de apoyo social del anciano sobre su situación, así como trabajar en conjunto con el adulto mayor dentro de los albergues del INAPAM para promover la autoestima y el desarrollo de habilidades y solución de problemas al enfrentar la vejez como una nueva etapa de la vida y no como el fin de toda una vida, como diría Arjona en su canción: "no le quite años a su vida, póngale vida a los años". Estudios anteriores afirman que el soporte social juega un papel importante en la vida de los adultos mayores para el mantenimiento y fortalecimiento de su auto-eficacia, su bienestar subjetivo, disminuir la depresión, la percepción positiva de su salud y mejorar su calidad de vida. (Blazer, 1982; Bosse, Aldwin, Levenson & Ekerdt, 1990; Chipperfield & Havens, 1991; Depner & Ingersoll, 1988; Loan, C.J.; 1987b; Newsom & Schulz, 1996; O'Bryant, 1987 citado en González-Celis, 2002); esta sensibilización hacia la familia y al adulto mayor es de suma importancia, ya que en el caso de que el adulto mayor se encuentre en situación de aislamiento tiene más posibilidades de sufrir depresión y de deteriorar su calidad de vida de manera acelerada.

Además de esto, sería importante promover la convivencia de la familia con el adulto mayor y revalorar la riqueza del ser humano en cualquier etapa; como psicólogos promover en la juventud la necesidad de contar con un proyecto de vida y de esta manera, no sólo temer la vejez, sino trabajar para tener una mejor calidad de vida al llegar a esta etapa, pues en la actualidad se promueven pocos eventos sociales para el adulto mayor porque todavía se desconoce mucho de lo que significa ser viejo, en parte, por el *vejismo*, que discrimina y margina a los viejos, y hay mucho campo de trabajo para la psicología en este aspecto todavía.

Este estudio confirma los resultados de investigaciones anteriores, donde la funcionalidad de los pacientes que padecen depresión junto con alguna enfermedad médica crónica está significativamente más afectada que el de los pacientes con la misma enfermedad pero sin depresión. Además se encontró que entre los pacientes que reportaron síntomas de depresión sin tener otra

enfermedad, los parámetros de funcionalidad fueron similares o más bajos que los de pacientes con artritis o hipertensión (Yesavage, J., 1993).

También otro estudio longitudinal (Spassof y cols., 1978 citado en Fernández-Ballesteros, 1992) donde se evaluó la salud y el funcionamiento de los sujetos en dos momentos: inmediatamente después de su ingreso y un año más tarde indica que los resultados no son muy reveladores pero a pesar de comunicar una mejoría en su salud, también se informa un incremento de su dependencia para el desempeño de actividades de la vida diaria tras el ingreso a la institución.

Otros estudios empíricos demuestran la importancia de los procesos cognoscitivos y emocionales, de acuerdo a las propias percepciones, que los adultos mayores perciben su situación como una "detención", por lo cual derivan entonces hacia la pasividad y con ello a la dependencia (Kastenbaum y Cameron, 1969; Kelly, 1955; Osorio, 1966, Thomae, 1969, 1971 citado en Lehr, 1980). Específicamente el estudio de González-Celis (2002) confirma gran parte de los resultados obtenidos en esta investigación, el cual es un estudio más amplio donde se someten a prueba los efectos de un programa de Promoción a la Salud sobre la calidad de vida en ancianos y se trabaja con cuatro indicadores adicionales de la calidad de vida: bienestar subjetivo, calidad de vida relacionada a la salud percibida, depresión y funcionamiento cognoscitivo y los resultados coinciden en que es necesario implementar programas donde se promueva la autonomía del adulto mayor en México.

Es interesante mencionar porqué en esta muestra no se encuentran adultos mayores deprimidos como tal ni con un grado de dependencia grave, una posible explicación en este caso pudiera residir en que la edad es un factor que influye en la intensidad y la duración del duelo; los ancianos, por haber estado más en contacto con la muerte, pudieron sobrellevarlo mejor que los jóvenes, así menciona Strojilievich (1985, citado en Krassoievitch, 1993), que ha encontrado que las personas de más de 80 años toleran mejor las pérdidas que la gente más joven y en esta muestra la mayoría de los adultos mayores contaban con un rango de edad entre 81 y 90 años (41%) [*ver figura 2*]. Además las mujeres parecen adaptarse mejor que los hombres a la pérdida del cónyuge, en parte porque enviudan a edades más tempranas pero quizás también han tenido experiencias previas como la muerte del padre, de hombres casados en el círculo de amigos y el alejamiento de los hijos; por tanto, la persona que ya ha atravesado varios duelos tiene una mayor tolerancia a la muerte de alguien cercano que aquella que la vive por primera vez (Krassoievitch, 1993) y la mayor parte de esta muestra estuvo conformada por mujeres, como se observa en la *figura 3* (69% de la muestra). Por la tanto, pudiera decirse que los adultos mayores de esta muestra se encuentran en el "logro de identidad" del que habla Erikson (1985 en Ortega, 200), han alcanzado el sentido de totalidad de la vida, de metas vividas, que aceptan la vida como algo que tenía que ser y por lo general defienden su propia dignidad contra todas las amenazas físicas y económicas. En cuanto a porqué no se encontró un grado de dependencia grave, parece confirmar lo que Mishara y

Riedel (2000) señalan, pues no debe creerse que todas las personas adultas mayores sean medio ciegas, incapaces de leer y conducirse, sordas, insensibles, etc. Al contrario, la *mayoría* resulta perfectamente capaces de proseguir normalmente con sus actividades o si es necesario, de compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir y de esta manera queden reducidas al mínimo. Lo que desecha el mito de que vejez y dependencia van de la mano.

La mayor parte de los adultos mayores son solteros y viudos, como se observa en la *figura 4*, lo que confirman varios autores con respecto a la población que conforman las instituciones que cuidan de los adultos mayores (Krassoievitch, 1993; Buendía, 1994; Salvarezza, 1992), lo que en este trabajo pudiera explicarse debido al hecho de que al no contar con una red de apoyo social más amplia (hijos, nietos, etc) que cuide de ellos, no querer sentirse una carga, no contar con medios económicos suficientes, no contar con servicio médico, buscan en las instituciones refugio y cuidados que ellos mismos no podrían darse, esto implica un reconocimiento de las limitaciones físicas, económicas y sociales que vienen con la vejez. Meza (1979, en Krassoievitch, 1993) señala que la mayoría de los adultos mayores recluidos en asilos mexicanos viven este confinamiento debido a que sus familiares los consideraron un estorbo dentro de su vida familiar, a lo que se agregan razones económicas. Y entre las justificaciones de esta reclusión se encuentran: evitar caídas, que se pierdan, que anden vagando, mantenerlos en condiciones de limpieza y comodidad, etc. Entonces es posible que como consecuencia el adulto mayor tome la decisión de recluirse "voluntariamente", aunque en realidad preferirían otro tipo de vida.

Además se observó que los adultos mayores que se mantenían activos al salir diariamente a caminar, hacer sus compras o realizar actividades manuales o lúdicas tendían a puntuar en las escalas de funcionalidad como independientes; mientras que los adultos mayores que se mantenían aislados y no realizaban actividades físicas, manuales o lúdicas puntuaban como menos independientes. Lo que parece indicar que el aislamiento, soledad, falta de actividad e inquietud intelectuales, la falta de información de lo que ocurre a su alrededor, etc. son características comunes del estilo de vida de algunas instituciones cuyos efectos a largo plazo sobre el funcionamiento cognitivo y afectivo de estas personas están en el fondo de muchas alteraciones físicas y mentales que sufren los ancianos (Bromley, 1990 citado en Buendía, 1994).

También se debe de tomar en cuenta que la situación misma de los adultos mayores impide o limita las posibilidades de iniciar, después de cada pérdida, nuevas actividades laborales, sociales o de otro tipo porque para muchos viejos la conexión con nuevos objetos o sus equivalencias que sustituyan al objeto perdido no están disponibles (apoyo de amigos y familiares, situación económica favorable) [Krassoievitch, 1993; Salvarezza, 1998; Buendía, 1994]; por lo que una tercera conclusión de este estudio implica tomar en cuenta al adulto mayor como un ser

bio-psico-social-cultural que debe ser abordado desde un trabajo multidisciplinario que implemente programas que por una parte estén centrados en un solo comportamiento o tarea de la vida diaria y por otra parte, incorporen enfoques multimodales dirigidos a un conjunto de AVD y cuyos procedimientos se encuentran estandarizados y disponibles para su utilización inmediata en forma de manuales y guías de entrenamiento en países como España (Fernández-Ballesteros, 1992), pero pueden adaptarse a la población mexicana.

Las limitaciones de este estudio fueron las siguientes:

La muestra no es representativa de la población, por lo que los resultados no pueden generalizarse y se recomienda incluir muestras más grandes en posteriores estudios que incluyan adultos mayores no institucionalizados para refutar o confirmar los resultados del presente estudio.

No se realizó una evaluación integral (es decir, aplicación de pruebas psicológicas y entrevista clínica), y por lo tanto, el solo resultado de las pruebas aplicadas en este estudio no garantiza un conocimiento más preciso de la situación de los adultos mayores incluidos en este estudio para posteriormente realizar programas de intervención y detección de las necesidades de esta muestra y una mejora a este estudio incluiría la realización de una entrevista semiestructurada o abierta a los sujetos estudiados.

Al realizarse este estudio no se tomaron en cuenta la influencia de otras variables que pueden influir directamente sobre la depresión y funcionalidad en los adultos mayores, como lo son autoeficacia, calidad de vida, actividad física, funcionamiento cognoscitivo por lo que se sugiere que en posteriores estudios se tomen en cuenta estas variables para mejorar el presente estudio.

La principal aportación de este trabajo radica en confirmar evidencias anteriores de otras investigaciones que insisten en la importancia de no solo prolongar la vida de los adultos mayores gracias a los avances médicos, sino en una preparación para mantener la calidad de vida en esta etapa; también se confirma mucho de lo que dice la teoría acerca de los adultos mayores y sin embargo, es importante estar pendiente de las características individuales de cada persona para actuar en consecuencia al aplicar programas de intervención y de prevención para los adultos mayores. De esta manera se desprende la conclusión de que otra línea de investigación de este trabajo sería aplicar propuestas de intervención que posibiliten e incrementen la participación en las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores en los albergues del INAPAM.

Lo que confirma por otra parte también que los ancianos que tienen mayor involucramiento de actividades cotidianas muestran mejor funcionamiento psicológico y mejor calidad de vida (González-Celis, 2002)



De esta manera, los programas gubernamentales o de instituciones independientes del gobierno que pretendan implementar programas destinados a los adultos mayores, tendrán que tomar en cuenta que funcionalidad y calidad de vida van de la mano y por lo tanto, si se toman en cuenta estas variables, los costos económicos disminuirán, ya que al promover la autonomía en los adultos mayores, disminuye la institucionalización y los trastornos mentales, sin embargo, todavía queda mucho por hacer para mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos y desafortunadamente, todavía hay mucho desconocimiento acerca de la Psicología de la vejez, en parte debido a los prejuicios hacia los viejos, conocido como "viejismo" y a los psicólogos nos queda mucho por hacer en esta área, desde la sensibilización y preparación para la vejez, hasta la intervención en programas que promuevan la autonomía de los adultos mayores.

La experiencia de haber realizado esta investigación fue muy gratificante y enriquecedora en lo personal, ya que de los viejos no solamente se puede ver arrugas y un cuerpo cansado, también es un aprendizaje de lo que han vivido y pude desechar muchos mitos acerca de que la vejez es solo esperar que llegue la muerte, sino vivir una nueva etapa de la vida; particularmente esta muestra tiende hacia un envejecimiento exitoso, que podría ser más pleno si se fortaleciera su independencia en las actividades instrumentales, ya que citando a González-Celis, 2002: "Se constituyen como componentes de la calidad de vida, asociados a un envejecimiento exitoso: El nivel de autonomía e independencia del sujeto en las actividades de la vida cotidiana, como preparar sus alimentos, quehaceres domésticos, ir de compras, etc. Una vida activa, matizada en mayor participación en actividades recreativas activas como: hacer ejercicio físico, caminar o hacer algún deporte. Una red de apoyo social generada a partir de llevar a cabo actividades sociales como: platicar o visitar amigos y familiares. La protección del cuidado de su salud, como asistir al médico, adherencia terapéutica, practicar análisis médicos, etc. Una actividad mental y ocupacional, por ejemplo, resolver juegos, armar rompecabezas, pintar, etc. Un buen nivel de bienestar psicológico. Una percepción positiva del estado de salud. Y un buen funcionamiento de habilidades cognitivas".

Por último, es de suma importancia no solo una evaluación cuantitativa a través de las pruebas, sino la evaluación clínica a través de la observación y las entrevistas con los adultos mayores, que es la parte intersubjetiva de la Psicología que va a permitir al psicólogo confirmar los resultados de las pruebas y poder sustentar sus conclusiones.

## REFERENCIAS

Aguado, C; Martínez, J; Onís, MC; Dueñas, RM; Albert, C; Espejo, J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria* 2000; 26 (Supl1):328.

Alonso-Fernández, F. (1994). **Vencer la depresión. Con la ayuda del médico, la familia y los amigos.** Temas de hoy: España.

Alsina, S & Rodríguez, J. (1995). El suicidio en ancianos puertorriqueños. *Revista Latinoamericana de psicología.* 2, 27. 263-282.

Aréchiga, M. y Cerejido, M. (1999). **El envejecimiento. Sus desafíos y esperanzas.** Siglo XXI: México.

Arranz, C.S (2001, Mayo). Salud del anciano. El envejecimiento. Envejecer y enfermedad. El anciano frágil. Recuperado de [http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserv.jsp?url=web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc\\_envejecer.xml](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserv.jsp?url=web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc_envejecer.xml) el 26 de julio del 2004.

Arranz, C.S (2000, Octubre). Salud del anciano. Enfermedades frecuentes. Depresión en el anciano. Recuperado de [http://www.saludalia.com/Saludalia/web-saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/depresion\\_anciano2](http://www.saludalia.com/Saludalia/web-saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/depresion_anciano2) el 26 de julio del 2004.

Arranz, C.S (2003, julio). Salud del anciano. Prevención y cuidados. Medidas preventivas en el anciano. Recuperado de [http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserv.jsp?url=web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc\\_medidas\\_preventivas.xml](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserv.jsp?url=web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc_medidas_preventivas.xml) el 26 de julio del 2004.

Belló, M.; Puentes-Rosas, E.; Medina-Mora M.E; Lozano, R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. **Salud Pública de México** 47, 1 S4-S11. México

Belsky, J. (2001). **Psicología del envejecimiento.** España: Thomson editores.

Blank, K.; Gruman, C.; Robinson, J. (2004). Case-finding for depression in elderly people: Balancing Ease of administration with validity in varied treatment settings. **The journals of gerontology: Series a biological sciences & medical sciences.** Iss 4 , 59A. 378-384.

Brink, TL; Yesavage, A.; Lum, O. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1:37-43

Buendía, J. (1994). **Envejecimiento y psicología de la salud**. México: Siglo XXI.

Caballero, N; Gómez, L; López, T (2004). **Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con Diagnóstico de diabetes mellitas tipo 2 o hipertensión**. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.

Cabañas, M. (2001). **Programa de entrenamiento de habilidades sociales para adultos mayores**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Calderón, N.G. (1984). **Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento**. México: Trillas. Cuarta reimpresión (1990).

Castro, C. (2000, Agosto). Salud del anciano. Enfermedades frecuentes. Recuperado de [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/demencia](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/demencia) el 26 de julio del 2004.

Cornelius, L.E.K (1994) **Depresión in old age**. John Willey & Sons: England.

Corkindi, N y Montiel, C. (1979). **La rehabilitación física y social de individuos ancianos institucionalizados**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

De Nicola, P. (1985). **Geriatría**. México: Manual Moderno.

Diccionario de Medicina Mosby (1994). España: Océano.

Duch, FR; Ruiz de Porras L; Gimeno, D. Recursos psicométricos utilizables en atención primaria. Barcelona: UBI Societas, 1999; 80-81.

Estilo de APA. Ejemplos de la referencia para los materiales de fuente electrónicos. Recuperado el 8 de septiembre del 2005, de <http://www.apastyle.org/elecref.html>

Fericgla, Joseph M. (1992). **Envejecer. Una antropología de la ancianidad**. España: Anthropos.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio I. (1992) **Evaluación e intervención psicológica en la vejez**. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). **Gerontología social**. Madrid: Ediciones Pirámide.

Flores, J. (1997). . Acción psicoterapéutica del ejercicio físico en el anciano. **Psicología Iberoamericana**. 2, 5. 39-47.

Folstein, MF, Folstein, SE, Mc Hugo. Minimental State : A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*: 189-198

García Arroyo, M. (1995). **Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez. Un modelo alternativo de Educación para la salud**. Salamanca: Amarú.

García Pérez , M & Pérez, A. (1994). **Ancianidad, familia e institución**. España: Amarú ediciones.

Gardner, R. (2003). **Estadística para Psicología**. Usando SPSS para Windows. México: Pearson Educación.

Gastó, C. (1992). Formas de depresión ansiosa en el senium. **Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**. 5, 19. 228-237

Gómez, R. (1987) **La influencia de asociación a un grupo sobre el grado de depresión en los senescentes**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

González-Celis, A. (2002). **Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos**. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

González, I. (1984). **La actividad como terapia en la vejez**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

González Mass, R. (1995) **Rehabilitación médica de ancianos**. España: Masson.

**Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación De los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y diagnóstico de investigación. CIE-10:CDI-10**. (2000). España: Editorial Médica Panamericana.

Guillén, F. y Pérez, J. (2001). **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona: Masson.

Hales, R.; Yudofsky, S. (2000). **Sinopsis de psiquiatría clínica**. España: Masson.

Hernández S.R; Fernández, C.C; Baptista L.D. (1998). **Metodología de la investigación**. 2ª ed. México: Mc. Graw Hill.

Higashida, B. (1996). **Ciencias de la Salud**. México: Mc. Graw Hill.

Instituto Nacional de Geografía e Informática. (2004). Cuéntame cuantos somos. Recuperado el día 26 de julio del 2004 de <http://www.inegi.gob.mx/población/default.asp>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2004) ¿Qué es el INAPAM? Recuperado el día 19 de noviembre del 2004 de <http://www.inapam.gob.mx>

Jiménez, R. (1990). **El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferente**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Jongenelis, L.; Eisses, A.; Pot, A.; Beekman, A.; Ribbe M. (2002). Depression in long term care facilities: validation & reliability of the Geriatric Depression Scale in a dutch nursing home population. **The gerontologist: 55<sup>th</sup> annual scientific meeting relationships in a changing**. Washington, Iss 1, 42. 256.

Kane, R.; Ouslander, J. (1997). **Geriatría Clínica**. México: Mc. Graw Hill Interamericana.

Krassoievitch, M. (1993). **Psicoterapia geriátrica**. México: Fondo de Cultura Económica.

Klin, P (2004) Había una vez... Un grupo de adultos mayores. Recuperado el día 26 de julio del 2004 de <http://www.enplenitud.com>

La depresión en la vejez. Recuperado el 8 de junio del 2005, de <http://www.vivirsindepresión.org>

Laforest, J. (1991). **Introducción a la gerontología**. El arte de envejecer. Barcelona: Herder.

Lawton, MP; Fulcomer M; ET AL: A research and service oriented multilevel assessment Instrument. J Gerontol 1982: 37 91-99. Modificado por K Brummel Smith; MD Rubinstein L; Whitehouse P: Patient Care May 15, 1998, pp, 31-71.

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

Lobo, A; Ezquerro, J; Gómez, FB y cols. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979; 7:189-202.

Loewy, M. (2004). Perspectivas de Salud. *La revista de la Organización Panamericana de la Salud*. 9, 1. 6 pp. Recuperado el día 26 de julio del 2004, de <http://www.paho.org>

Lozano, A. (1992) **Introducción a la geriatría**. México: Méndez Editor.

Mahoney, FI; Barthel, DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14 (2): 61-65.

**Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association** (1998) 1ª. Ed. En español traducida de la cuarta edición en inglés. México: Manual Moderno.

Marín, D.; López; G. Colección Estudios Sociales número 6. (2001). **Vejez, dependencia y cuidados de larga duración**. Situación actual y perspectivas a futuro. . Fundación La Caxia

Marsellach, G. (1998) El psicólogo en la red. La depresión. Recuperado el 30 de julio del 2003 de <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/depresion/htm>

Martínez, A.F (editor). **Tópicos de gerontología. Academia 2**. Serie de monografías científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM, 1998: 140-51

Martínez, E.; Díaz-Chávez G.; García JA; Gil P. Escala de Yesavage reducida: su validez para detectar trastornos afectivos. *Rev Esp Gerontol* 1993; 28 (Supl1):28.

Martínez V.; Lozano A. (1998). **Calidad de vida en ancianos**. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha: España.

Mendoza, G. (2000). **Sentimiento de soledad en un grupo de adultos mayores jubilados**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Miller, T.; Markides, K.; Black, S. (1997). The factor structure of the CES-D in two surveys of elderly Mexican Americans. **The journals of gerontology: Series a biological sciences & medical sciences**, Iss 5, 52B. S259-S269.

Miranda, L. (2004). **Apuntes para el diplomado de psicogerontología integral**. Facultad de Psicología UNAM: Editorial DEC.

Mishara, B y Riedel, R. (2000). **El proceso de envejecimiento**. Madrid: Ediciones Morata.

Molano, E. (1994). **Relación entre la actitud de familiares y el nivel de depresión en ancianos**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Moreno, T. (1994). **Cambio de actitud en ancianos institucionalizados**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Motlis, J. (1985). **El dado de la vejez y sus seis caras. Como interpretar el acontecer del envejecimiento**. Madrid: Altana.

Organización Mundial de la Salud. (1998). El papel de la actividad física en el envejecimiento saludable. Recuperado el día 10 de septiembre del 2004 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/index.jsp?idDoc=236>

Organización Mundial de la Salud. Programa sobre envejecimiento y salud. (1998). Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Recuperado el día 10 de septiembre del 2004 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/index.jsp?idDoc=231>

Ortega R. (2000). **Autoestima de personas jubiladas y su relación con algunos aspectos de calidad de vida**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Palma, O. (1993). **El suicidio y la población anciana institucionalizada**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Papalia, D.; Wendkos, S. (1997). **Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica**. Sexta edición. Colombia: Mc Graw Hill Interamericana.

Pérez, C. (2001). **Técnicas estadísticas con SPSS**. España: Prentice may.

Reyes, M.; Soto, A.; Milla-Kegel, J.; et al (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. **Salud mental**. 1, 26. 59-68.

Rice, F. (1995). **Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital**. México: Prentice Hall.

Rodríguez, S.A. (1999). **Validez concurrente de los inventarios de depresión de Beck y Zung**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Rojas, G (1992). **Evaluar la validez de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales**. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina UNAM.

Salgado, A.; González, J.; Alarcón, A. (1996). **Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano**. Barcelona: Masson

Salgado, G.; RUIPÉREZ, I. (2002). **Manual de Geriátria**. 3ª. Ed. Salvat editores: España

Salvarezza, L; et al (1998). **La vejez. Una mirada gerontológica actual**. Buenos Aires: Paidós.

Salvarezza, L. (1988). **Psicogeriatría. Teoría clínica**. Paidós: Buenos Aires.

Sánchez Vera, R. (1983). **Una alternativa en el desarrollo integral para pensionados y jubilados**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Serna de Pedro, I. (2001). **Manual de psicogeriatría clínica**. Barcelona: Masson.

Sosa, A. (1997). **Prevalencia de síntomas depresivos y alteración cognoscitiva**. Tesis de maestría. Facultad de Medicina UNAM.

Valadez, T. (2002). **Comparación entre tres instrumentos para la clasificación y diagnóstico en depresión en una población geriátrica mexicana**. Tesis de subespecialidad. Facultad de Medicina UNAM.

Valdez, B. (2001) **El tiempo libre del anciano**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Vinacua B.V. (1997). **Análisis estadístico con SPSS para Windows**. Estadística básica. España: Mc. Graw Hill.

Villaseñor, G. (1993). **La creatividad en el anciano institucionalizado**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.



Wagner, F.; Gallo, J; Delva J (2004). Depresión en la edad avanzada: ¿problema oculto de salud pública para México?. *Salud pública Méx.* Mayo/jun. 1999, 41, 3. 189-202. Recuperado el día 13 de noviembre del 2004, de <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341999000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000300007&lng=es&nrm=iso)>.

Yesavage, J.; Mendels, J. (1993). Nuevas aportaciones relacionadas con la enfermedad depresiva: Diagnóstico y Tratamiento del paciente geriátrico. **The american journal of medicine.** 5ª, 94. 1-8

Zepeda, G. (2003) **Depresión y ansiedad en etapas de crisis y su influencia en la relación de pareja.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.

# ANEXOS

1

## ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

( J.A. Yesavaege, et. al. 1983 )

Nombre: \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	SI	NO
1. ¿ Está básicamente satisfecho ( a ) de su vida ? .....	0	1
2. ¿ Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses ? .....	1	0
3. ¿ Siente que su vida está vacía ? .....	1	0
4. ¿ Se encuentra a menudo aburrido ( a ) ? .....	1	0
5. ¿ Tiene esperanza en el futuro ? .....	0	1
6. ¿ Tiene molestias ( malestar mareo ) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza ?	1	0
7. ¿ Tiene a menudo buenos ánimos ? .....	0	1
8. ¿ Tiene miedo de que algo malo le esté pasando ? .....	1	0
9. ¿ Se siente feliz muchas veces ? .....	0	1
10. ¿ Se siente abandonado ( a ) ? .....	1	0
11. ¿ Está a menudo intranquilo ( a ) e inquieto ( a ) ? .....	1	0
12. ¿ Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas ? .....	1	0
13. ¿ Frecuentemente está preocupado ( a ) por el futuro ? .....	1	0
14. ¿ Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente ?	1	0
15. ¿ Piensa que es maravilloso vivir ? .....	0	1
16. ¿ Se siente a menudo desanimado ( a ) y melancólico ( a ) ? .....	1	0
17. ¿ Se siente bastante inútil en el medio en que está ? .....	1	0
18. ¿ Está muy preocupado ( a ) por el pasado ? .....	1	0
19. ¿ Encuentra la vida muy estimulante ? .....	0	1
20. ¿ Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos ? .....	1	0
21. ¿ Se siente lleno ( a ) de energía ? .....	0	1
22. ¿ Se siente que su situación es desesperada ? .....	1	0

	SI	NO
23. ¿ Cree que mucha gente está mejor que usted ? .....	1	0
24. ¿ Frecuentemente está preocupado ( a ) por pequeñas cosas ? .....	1	0
25. ¿ Frecuentemente siente ganas de llorar ? .....	1	0
26. ¿ Tiene problemas para concentrarse ? .....	1	0
27. ¿ Se siente mejor por la mañana al levantarse ? .....	0	1
28. ¿ Prefiere evitar las reuniones sociales ? .....	1	0
29. ¿ Es fácil para usted tomar decisiones ? .....	0	1
30. ¿ Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar ? .....	0	1

--

0 - 10 NORMAL

PUNTAJE TOTAL 

--	--

OBSERVACIONES :

# INDICE DE BARTHEL

## 1. ALIMENTACIÓN

- 10 = INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- 5 = AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 2. BAÑO

- 5 = INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 3. VESTIDO

- 10 = INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
- 5 = AYUDA. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 4. ASEO PERSONAL

- 5 = INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 5. DEPOSICIÓN

- 10 = CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo.
- 5 = INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- 0 = INCONTINENTE.

## 6. MICCIÓN

- 10 = CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector atiende a su cuidado solo.
- 5 = INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
- 0 = INCONTINENTE.

## 7. USO DE RETRETE

- 10 = INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinica o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque usa barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
- 5 = AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse o quitarse la ropa.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 8. TRASLADO SILLÓN, CAMA

- 15 = INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.
- 10 = MINIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.
- 5 = GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 9. DEAMBULACIÓN

- 15 = INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.
- 10 = AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda y supervisión.
- 5 = INDEPENDIENTE EN SILLAS DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas, al menos 50 metros.
- 0 = DEPENDIENTE.

## 10. ESCALONES

- 10 = INDEPENDIENTE. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.
- 5 = AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
- 0 = DEPENDIENTE.

**INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES  
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA\***

1. Puede utilizar el teléfono?  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

2. puede salir de casa en camioneta o en carro  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

3. Puede hacer compras en tiendas o supermercados  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

4. Puede usted preparar sus alimentos  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

5. Puede hacer el oficio de la casa  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

6. Puede hacer reparaciones sencillas en la casa  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

7. Puede lavar su ropa  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

8. Puede tomar su medicina  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

9. Puede manejar su dinero  
 Sin ayuda 3 \_\_\_  
 Con alguna ayuda 2 \_\_\_  
 No lo puede hacer 1 \_\_\_

Total \_\_\_\_\_

**Entre 18 y 27:  
Independencia**

**Entre 10 y 18:  
dependencia moderada  
Necesidad de  
asistencia**

**Menos de 9:  
Dependencia  
necesidad de  
asistencia**

Fuente: Lawton MP, Fulcomer M, et, al: A research and service oriented multilevel assessment Instrument, J Gerontol 1982;37:91-99. Modificado por K Brummel Smith, MD, rubinsteinL, Whitehouse P: Patient Care May 15, 1998, pp. 31-71

## MINI MENTAL STATE (MMSE-FOLSTEIN) Modificado

### Consenso Mexicano para el Síndrome de Deterioro Intelectual

ORIENTACIÓN: ¿Qué fecha es hoy? –sólo preguntar lo omitido:

1.  ¿Qué día de la semana es?
2.  ¿Qué día del mes es?
3.  ¿En qué mes estamos?
4.  ¿Qué año es?

¿En dónde nos encontramos ahora? – sólo preguntar lo omitido:

5.  ¿Qué hora es aproximadamente? ¿Qué estación es?
6.  ¿En qué lugar estamos? ¿Cómo se llama este lugar? ¿En qué planta nos encontramos?
7.  ¿En qué país
8.  ¿En qué estado?
9.  ¿En qué ciudad o población?
10.  ¿En qué colonia, delegación o municipio?

MEMORIA INMEDIATA : Repita las tres palabras hasta aprenderías.

11.  Flor
12.  Coche
13.  Nariz

ATENCIÓN Y CÁLCULO: Reste de 4 en 4 desde 40.

14.  36
15.  32
16.  28
17.  24
18.  20

o deletrear MUNDO de atrás para adelante.

RECUERDO DIFERIDO: Repita las palabras que dijo anteriormente

19.  Flor
20.  Coche
21.  Nariz

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN: Nombre los objetos señalados

22.  Lápiz
23.  Reloj

Repetir la frase:

24.  "No voy si tú no llegas temprano".

COMPRESIÓN: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto que realice correctamente las tres órdenes siguientes:

25.  Tome la hoja de papel (con la mano derecha)
26.  Dóblela por la mitad y
27.  Póngala sobre el escritorio.

LECTURA: Muestre la instrucción escrita y pídale. Por favor haga lo que aquí dice.

28.  "CIERRE LOS OJOS"

ESCRITURA

29.  Escribir una frase con sujeto y predicado

INTEGRIDAD VISUAL-MOTORA

30.  Copiar el dibujo de dos pentágonos



Total de aciertos: \_\_\_\_\_

Dar un punto por cada respuesta correcta. Total de puntos posibles: 30

MMSE de Folstein: <24 = deterioro cognitivo o demencia

Si tiene < 8 años de escolaridad = 17/18

De 8 – 12 años de escolaridad = 21/22

Si tiene >12 años de escolaridad = 23-24