
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

***“SENTIDO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y CON DISCAPACIDAD”***



**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:**

CHAIRES LOPEZ ANCIRA ROSALIA

Directora del IPSS: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

MEXICO, D.F.

OCTUBRE, 2009



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.



UNAM-301
2009
ej. 2

M.
TPs.

Este trabajo está dedicado con todo mi amor y gratitud a:

mi **Billy,**

SARA AGAR GONZALEZ FAVELA VDA. DE CHAIREZ (1901-2003)

y mi **tía:**

FLORA GONZALEZ FAVELA (1911-2003)

Mis amigas, mis maestras, mis aliadas, cómplices, confidentes, guías y más.

Mi abuela y mi tía abuela, respectivamente, quienes siempre se manifestaron en la plenitud de su juventud, una juventud centenaria, valiente y contagiosa de vida en toda su extensión.

AGRADECIMIENTOS

A todos los *abuelitos* del Hogar Vicentino, los que se fueron y los que permanecen, por su confianza, su cariño y su tiempo. De muchas maneras, todos y cada uno son autores de este trabajo.

A las autoridades del asilo, también por su confianza, su apoyo y por su ejemplo diario de trabajo y generosidad hacia los demás. Especialmente las señoras Aurora del Pando y Ana María Alarcón.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, quien creyó en mi trabajo y en mi persona desde el principio; animándome y dándome su respaldo en todo momento, de una manera profesional, objetiva, humana y grata.

A mis revisores: Lic. María Concepción Conde Alvarez, Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, Lic. José Manuel Martínez y Lic. Mario Pérez Zuviri.

Al Dr. Oscar Prospero García, Investigador de la Facultad de Medicina, maestro y amigo, por sus muy valiosas enseñanzas y la forma de transmitir sus conocimientos, haciendo que lo más complejo se vea fácil.

A mi familia entera por su paciencia y comprensión.

A todas las personas que han esperado verme convertida en psicóloga.

A la UNAM por darme la oportunidad de recibir su formación superior y vivir la experiencia de ser parte de su comunidad universitaria.

INDICE

Resumen	1
Datos generales del programa de servicio social	2
Contexto de la institucion y del programa donde se realizo el servicio social	4
Descripcion de las actividades realizadas en el servicio social	17
Objetivos del informe de servicio social	29
Soporte teórico metodológico	31
Conceptualización de la vejez	31
Metodología	50
Resultados obtenidos	61
Recomendaciones y/o sugerencias	84
Referencias	97
Anexo 1: El envejecimiento demográfico mundial en el siglo XXI	103
El envejecimiento poblacional en México	108
El escenario del Distrito Federal	114
Situación de los adultos mayores en México	117
Anexo 2: Examen psicológico	132
Anexo 3: Guía de actividades terapéuticas	164
Anexo 4: Costo promedio mensual básico de un anciano con enfermedad mental	167

RESUMEN

El envejecimiento demográfico mundial está cambiando la experiencia de la vida humana en el planeta con el surgimiento de un “nuevo” segmento de población: los mayores de 60 años, con todas las implicaciones del hecho, considerando que en nuestros días alcanzar las siete décadas de vida es un anhelo, un reto, un logro y (muchas veces) también una desgracia. Queremos vivir mucho y bien, este es el tema central del trabajo. Para ello se hace un repaso cuantitativo del fenómeno (anexo 1), incluyendo un breve análisis de sus causas y consecuencias para mediados de este siglo. A nivel cualitativo se reseñan las nociones más recientes sobre la vejez y el proceso de envejecimiento del ser humano, a partir de los conceptos de la Psicología Evolutiva, destacando el enfoque del Ciclo Vital.

Con base en todo lo anterior, se busca contextualizar, comprender y abordar a la comunidad objeto del programa de servicio social, desempeñado de abril a noviembre de 2007, cuyos detalles se reportan en este informe. La realidad que aquí se describe (con más precisión: un conglomerado de realidades) nos confronta a necesidades cada vez más apremiantes en nuestra sociedad y, sobre todo, a uno de los escenarios inevitables y más temidos de nuestro futuro. Dentro de este marco, la intervención del psicólogo es indispensable en todos sentidos: como profesional de la salud mental, investigador, divulgador y, en general, como agente de cambio para ayudar a mejorar la percepción de bienestar del anciano enfermo, de su entorno y de la sociedad entera.

Se presentan factores involucrados con dicho bienestar en la comunidad tratada, así como sugerencias de acciones concretas e inmediatas y también de posibles líneas para estudios futuros.

En la sección de Anexos se incluyen muestras escogidas del trabajo realizado, de cuya totalidad dispone la Institución.

Palabras clave: *vejez – patología – bienestar*

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa “Proyecto de vida dentro de una institución para adultos mayores con enfermedad crónica-degenerativa” tiene como propósito central mejorar la calidad de vida de las personas internas en la institución, desde el ámbito de la psicología y con el apoyo pertinente de otras disciplinas, como: la medicina, la tanatología y el deporte (para adultos mayores).

En segundo lugar, se considera pertinente conocer las prácticas y funcionamiento de una institución pionera en la Ciudad de México, y probablemente en el País, en lo referente al albergue y cuidados a personas de edad avanzada en situación de extrema vulnerabilidad: discapacidad física y/o mental asociada a enfermedades crónico-degenerativas; sin familia o abandonados por ella; de estratos socioeconómicos bajos. Durante más de 40 años, dicha institución había contado con el apoyo sistemático de profesionales de la salud mental.

El envejecimiento demográfico acarrea un *nuevo grupo de población* cada vez más numeroso y que tiende a incluir un porcentaje también creciente de individuos con enfermedades discapacitantes en todas o casi todas las áreas de su vida. Situación que la población de la institución receptora del servicio social representa cotidianamente; por lo que otro de los objetivos fue investigar la situación, causas, entorno, evolución, de las personas que ahí habitan. Esto con el fin de identificar su problemática particular, sus debilidades y, sobre todo, sus fortalezas, y así poder plantear las sugerencias de intervención más apropiada para cada sujeto y para el grupo. Paralelamente, se pretende estimular la automotivación y la autoestima, mejorar las habilidades sociales de los ancianos residentes – con énfasis en la comunicación interpersonal- y fomentar conductas adaptativas, particularmente el autocuidado, la ocupación y la activación física, con la mira de que concreten un plan de vida viable que aumente su sentimiento de bienestar emocional.

Mediante los datos de la experiencia en el sitio y la indagación documental se buscó detectar y estudiar tanto factores como patrones psicoambientales

correlacionados con el envejecimiento satisfactorio (aún en condiciones de enfermedad aguda y crónica) y el patológico, con la intención de contar con información contrastada para generar en el futuro nuevos abordajes terapéuticos específicos para las personas institucionalizadas con estas características.

Finalmente, se tendría un acervo de datos consistente en un directorio de instituciones afines, profesionales y servicios relacionados con ancianos, de manera que la Casa Hogar del Hospital Vicentino dispusiera de información organizada y verificada de prestaciones accesibles para sus internos, por ejemplo: geriatras, nutriólogos, neurólogos, instancias de apoyo gubernamentales, asociaciones, clínicas, ópticas y otros productos, así como una base bibliográfica, hemerográfica y direcciones de internet para consulta.

CONTEXTO DE LA INSTITUCION Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

1. Entorno geográfico y antecedentes del lugar (Diario Oficial, 1997).

- *Localización: la Casa Hogar y Hospital Vicentino se encuentra en el pueblo, hoy barrio, de Tizapán, ubicado al Sureste de la Delegación Alvaro Obregón. La zona es mayormente residencial, con creciente desarrollo comercial, y cuenta con todos los servicios públicos y de fácil acceso vial.*

- *Clima: templado con variaciones notables debidas a cambios bruscos de altitud. En la parte baja-sur, donde se encuentra la Institución, el clima es semifrío con una temperatura máxima que varía de 14.9 a 17.1 °C entre abril y junio, siendo la media anual de 10.7 °C .*

2. Características de la Institución.

- *Origen, filosofía y tipo de organismo:*

Los grupos de Voluntarias Vicentinas, hoy en día presentes en todos los continentes, tuvieron su origen el año de 1617, en el seno de la aristocracia francesa impulsada por San Vicente de Paul (1580-1660), de quien tomaron su nombre las damas de la nobleza y a las que organizó y guió para que llevaran a la práctica los valores y preceptos cristianos, condensados en los conceptos de: amor, solidaridad y ayuda real al prójimo; enseñados por la Iglesia Católica a fin de beneficiar a los sectores sociales menos favorecidos, mediante el ejercicio del apostolado de servicio a los demás.

Desde entonces muchas generaciones de Damas Vicentinas, en su mayoría pertenecientes a las clases socioeconómicas más altas, han continuado la labor de sus predecesoras, aportando para ello sus propios recursos materiales, financieros y humanos, así como su tiempo. Sin embargo, los

requerimientos siempre en aumento rebasan dichos recursos, de tal suerte que las Vicentinas (como se les conoce genéricamente) efectúan un sinnúmero de actividades para establecer vínculos con diversos benefactores públicos y privados, obtener apoyos varios, recaudar fondos y atender directamente todas las necesidades que se van presentando a las personas a quienes sirven.

Voluntarias Vicentinas Asociación Internacional de Caridades (AIC), es una agrupación laica predominantemente femenina, que se encuentra entre las más antiguas del mundo. Las primeras voluntarias se organizaron para atender las necesidades de los pobres. La mujer asumió así, por primera vez, un papel importante en el ejercicio del trabajo social comunitario. Actualmente en México hay 279 centros y 2,500 Voluntarias, las cuales participan en una red mundial que cuenta con 250,000 miembros en 42 países (AIC, 2006) .

Con esa tradición, en 1953 un grupo formado por 30 señoras fundó la Asociación de Voluntarias Vicentinas de la Santa Cruz del Pedregal (AVVSCP) que en 1993 se constituyó como una institución adscrita a la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAPDF, 2009) en el rubro de *Salud y Adicciones*, subrubro *Adultos Mayores, Niños y Jóvenes*, categoría *Consulta Externa y Hospitalización*. Actualmente la AVVSCP es manejada por un patronato formado por seis voluntarias (Vicentinas Pedregal, 2009); existe un convenio en el que se especifica que al faltar las voluntarias, el patronato y sus dependencias quedarán a cargo de la JAPDF.

• *Misión:*

A este respecto, las Vicentinas puntualizan que su cometido es “amar y servir a nuestros hermanos los más pobres, *nuestros amos y señores*, siendo solidarios con su desarrollo personal y comunitario, a través de su evangelización, educación y servicio, en actitud de humildad, sencillez y caridad” (Reglamento de las Voluntarias Vicentinas, 2006, p. 6).

Este concepto se desglosa en el Artículo 3 de Reglamento de las Voluntarias Vicentinas:

“Seguir a Jesucristo, sirviendo a los pobres, a ejemplo de San Vicente de Paul, trabajando en forma organizada, teniendo siempre en cuenta la dignidad de seres humanos” (p. 6).

El documento especifica que “ los medios para conseguir la misión serán (p. 7):

- Realizar el servicio a los pobres desde una relación personal, evangelizándonos mutuamente.
- Mantener un estilo de vida sencillo, humilde, honesto y caritativo en todo momento.
- Ofrecer a los pobres el apoyo que requieran para satisfacer sus necesidades urgentes, apoyándoles para mejorar sus condiciones de vida que les permita lograr su propio desarrollo integral.
- Sensibilizar a la sociedad para ofrecerles la posibilidad de vivir la corresponsabilidad, la solidaridad y la justicia para con todos”.

• *Visión:*

Las Voluntarias Vicentinas del Pedregal se visualizan como “una fuerza transformadora frente a la pobreza y en la sociedad, con el propósito de abatir la pobreza extrema de nuestro país y sus consecuencias negativas para la persona, considerando a Cristo en cada pobre” (p.p. 7-8).

• *Objetivos:*

1. “Contribuir a eliminar situaciones que degradan a la persona humana, particularmente las relacionadas al abandono de menores o ancianitos.
2. Favorecer circunstancias que den dignidad y mayor calidad de vida a la vida de los menos favorecidos.
3. Concientizar sobre la situación social del país, promover la participación del sector privado y establecer redes de colaboración.

4. Crear nuevos modelos de desarrollo comunitario, que lleven a desarrollar el potencial de la persona, la familia y los grupos más pobres.
5. Colaborar con instituciones afines a nuestra misión para fortalecer los resultados mutuos y avanzar en la profesionalización de nuestras voluntarias.
6. Contratar personal necesario para el desempeño de las funciones administrativas, así como profesionales para la capacitación del voluntariado.
7. Adquirir, poseer y arrendar todo tipo de inmuebles, donativos y bienes como recursos con el propósito exclusivo de la realización del objeto social de la Asociación.
8. Crear fondos de reserva para el caso de desastres naturales.
9. Participar con ayuda monetaria (a cuenta propia) para la promoción y el desarrollo socioeconómico de los más necesitados.
10. Celebrar toda clase de eventos y contratos relacionados con el objeto social " (p. 10).

• *Cobertura:*

Como ya se mencionó (Vicentinas Pedregal, 2009), desde su inicio la Institución se ha dedicado a la ayuda de grupos vulnerables de escasos recursos. Entre estas personas se encuentran:

- Madres solas de escasos recursos y sus hijos pequeños.
- Personas pobres carentes de servicios médicos.
- Adultos mayores en situación de soledad e insuficiencia para su autocuidado.
- Adultos mayores discapacitados, enfermos crónicos y desamparados.
- Las familias de todos los anteriores.

Proporcionándoles los siguientes servicios:

- a) Hospital, b) Maternidad, c) Asilo, d) Estancia infantil, e) Tienda de víveres,

f) Ropero, g) Taller de tejido, h) Taller de bordado, i) Artesanía, j) Auxilio espiritual, k) Superación personal, l) Alfabetización, m) Gastos funerarios, n) Caja de ahorros, o) Préstamos a bajo interés, p) Comedor de ancianos, q) Venta de materiales a bajo costo.

• *Dependencias y acciones:*

Las Vicentinas de la Santa Cruz fundadoras comenzaron sus actividades en 1953 con la operación de un dispensario en el pueblo de Tizapán, San Angel, al Sur de la ciudad de México, en lo que entonces era una zona de fábricas y semi-rural habitada básicamente por obreros y campesinos cuyas necesidades de salud no estaban debidamente cubiertas, por lo que el dispensario Vicentino representó una gran ayuda -a veces la única- para ellos.

Con el correr de los años las fábricas se fueron, al mismo tiempo que el lugar se iba convirtiendo en una demarcación residencial y comercial de alto nivel, contrastando con la pobreza de los nativos. Esto cambió la composición económico-laboral de su población y sus necesidades. Situación que las Vicentinas han enfrentado con la creación de (A. del Pando, Directora Asilo, comunicación personal, febrero 2009):

Guarderías

En las décadas de 1970 y 1980 se pusieron en marcha dos planteles para recibir y educar a los hijos preescolares de trabajadoras con ingresos muy bajos y que no contaran con alternativa alguna para su cuidado. Actualmente instruyen y alimentan a 250 niños. Aquí también se imparten cursos y talleres diversos a mujeres de escasos recursos, con objeto de que las familias cuenten con un medio para sostenerse. En ciertos casos, incluso se les da ayuda económica.

Comedor

En 1993 el Voluntariado oficializó el servicio de un comedor, que de hecho ya tenía cerca de 40 años en operación, ubicado en la Colonia Lomas de Padierna. Aquí diariamente se compran, preparan y sirven alimentos a un

promedio de 30 adultos mayores que viven o pasan solos la mayor parte del día y no pueden atenderse de manera autosuficiente. La mayoría participan de las actividades y clases gratuitas que se dan ahí. También se ofrecen diversos servicios a costo muy bajo y las ganancias son para adquirir víveres para el mismo comedor. De esta manera se cubren dos aspectos muy importantes: cuidar la salud física de los asistentes, por medio de una buena alimentación; y paliar el deterioro emocional y de calidad de vida que producen las situaciones de soledad en estos ancianos. La red de apoyo social que las Vicentinas han desarrollado en este comedor ha logrado elevar el nivel de bienestar (protección, entretenimiento, conocimientos, compañía orientación y cariño) de todos los concurrentes.

Hospital

El Hospital Vicentino ha sido por cinco décadas uno de los referentes del barrio de Tizapán. Su objetivo es dar atención médica y hospitalaria de calidad a personas de muy pocos recursos, en las áreas de: maternidad principalmente, pediatría, cirugías menores, odontología, urgencias y consulta externa las 24 horas de todos los días del año. Sus ingresos se destinan al sostenimiento del propio hospital y del asilo que se encuentra en la planta alta del mismo inmueble.

Casa Hogar

A 20 años de operar el hospital de maternidad, se observó que la planta alta prácticamente ya no tenía ocupación ni generaba ingresos, entonces, en 1984, las vicentinas decidieron mudar aquí el asilo para ancianos que mantenían en una casa, en la Delegación Contreras, desde la década de 1940 cuando iniciaron albergando a cinco personas de la tercera edad afligidas por la soledad y la indefensión. La nueva residencia contaría con la ventaja de conjuntar servicios hospitalarios permanentes y la protección de un hogar (o lo más parecido posible). Se estableció así la primera Institución en el Distrito Federal que recibe adultos mayores de cualquier nivel socioeconómico, etnia y religión, discapacitados de manera severa y crónica, por ejemplo: con secuelas de accidente vascular

cerebral, parálisis total o parcial por diversas causas, demencias, trastornos psiquiátricos varios, entre los más comunes.

Los adultos mayores que viven aquí, además de contar con servicio médico 24 horas por 365 días y cuidados físicos permanentes, reciben: apoyo espiritual y religioso (católico); entretenimiento y actividades a criterio de la Dirección, según la oferta y disponibilidad de los diferentes voluntarios, de manera no sistemática; al igual que salidas esporádicas al supermercado, de acuerdo al estado de cada uno, y para que utilicen su tarjeta “Paga Todo” (*Vive Más Vive Mejor, 2007*), derivada de la Ley de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores del D.F. (SEDESOL, 2005).

Para los familiares, cuando los hay, también es un apoyo muy importante contar con esta institución especializada en el cuidado de sus mayores enfermos, cuyas necesidades de atención continua representan una fuente de estrés crónico y agudo para sus allegados, restricción de ingresos - como pagar un cuidador profesional o que alguien de casa deje de trabajar - y riesgos que se pueden evitar.

Las cuotas “oficiales” en promedio son de cinco mil pesos mensuales, pero varían dependiendo del tipo de dormitorio (general, compartido o privado). En la práctica no pasan de cinco internos (sus familias) los que pagan alguna cantidad. Según estimaciones, el costo real básico de operación por cada huésped oscila alrededor de los ocho mil pesos, sin embargo, dos tercios de los internos, los que no tienen familiares, son subvencionados por el DIF que aporta \$3 500 al mes por cada uno de los 22 senectos que han canalizado al asilo; de los demás, unos pocos, sus familias pagan entre mil y quinientos pesos mensuales y otros más viven ahí gratuitamente.

Entre los principales benefactores de esta casa hogar, se enlistan: el Nacional Monte Piedad, TV Azteca, SAM’s Club, la Universidad de Turismo y Gastronomía, la Asociación Internacional de Caridades – México, Cáritas, los Misioneros del Espíritu Santo y diversos particulares independientes. También se

realizan colectas periódicas en la Iglesia de la Santa Cruz del Pedregal, con lo que se obtienen donativos en efectivo y en especie; de aquí una gran cantidad de artículos se venden al público en un bazar que abre los viernes en la cochera del asilo.

Características de la población y del entorno:

El número de residentes fluctúa alrededor de los 40, cuyas edades van de los 56 a los 102 años cumplidos en 2007. La composición por sexo es de 75% mujeres y 25% hombres. Originarios de distintos puntos del centro del País, rurales o urbanos. Su escolaridad promedio es de 3° de primaria, sin embargo también hay ex profesionistas pertenecientes a las clases media y media-alta. La religión predominante es la católica, pero también hay cristianos protestantes. Las tres cuartas partes pertenecen a niveles socioeconómicos muy bajos, algunos rescatados de la indigencia. Reportan toda la variedad de estados civiles. Sólo una minoría tiene familia, y de éstos no todos reciben visitas.

La política es que todos reciban el mismo trato -incluso la ropa es colectivizada- pero en la práctica es relativo. La constante en esta población es la enfermedad crónica y degenerativa con discapacidad mental y motora, las deficiencias sensoriales, las conductas desadaptadas, el malestar emocional manifiesto, y la escasa interacción entre ellos y con el mundo exterior.

A los que pueden salir se les lleva al súper en la quincena, por turnos y en grupos de 5 personas máximo.

En más del 90% de los expedientes se encuentra el diagnóstico de "demencia senil y/o depresión" (sic), sin referencia a pruebas realizadas o datos que fundamenten tal dictamen elaborado por los médicos generales del asilo o por externos no especialistas en salud mental.

El personal contratado se ubica en tres áreas:

- a. Administrativa: directora, administradora, recepcionista.
- b. Apoyo: cocina e intendencia.
- c. Operativo: médicos, enfermeras y cuidadores (“camilleros”):

Los camilleros son tres por turno de 8 horas. Trabajan exclusivamente en el asilo. En promedio cada uno atiende a 13 ancianos. Reciben el salario mínimo. Su escolaridad es de secundaria. Es el personal con mayor rotación y el más difícil de conseguir, de acuerdo con la administradora. Se observa que sus conductas son apáticas.

Las enfermeras son dos por turno de 8 horas. Ellas se ubican en una jerarquía superior a los camilleros. En el asilo se limitan a tomar la presión y administrar medicamentos a los ancianos. También prestan servicio al hospital. La rotación es frecuente en este sector.

Los médicos, uno por turno de 24 horas. Contratados para el asilo, dan consulta externa y preferentemente pasan su horario en actividades del hospital.

El entorno físico no es amigable. El local carece de áreas verdes. La única zona exterior es un patio-cochera-tendedero, de aproximadamente 80 m², a donde esporádicamente se lleva a los internos para algún evento especial o recibir visitas, dependiendo del clima. El comedor, de unos 40 m², funciona como espacio múltiple donde los internos pasan la mayor parte de día en lugares fijos frente a mesas pre-asignados por la administración con objeto de atenderlos de manera más organizada. Junto a este espacio hay una sala de estar (20 m² aprox.) con televisión que sólo ven uno dos pacientes y a veces los camilleros. Hay servicio de cablevisión. Los dormitorios para mujeres son dos de 20 camas cada uno y sin muebles suficientes para guardar artículos personales; los hombres se distribuyen en tres cuartos de cuatro, tres y dos camas respectivamente; además hay otras recámaras individuales con baño privado para quienes pueden

pagarlas, aquí se permite tener televisores personales y algunas comodidades adicionales. Se cuenta con tres baños completos para los huéspedes de las habitaciones compartidas.

La movilización de los habitantes se dificulta porque no se cuenta con suficientes sillas de ruedas y las que hay no están en las mejores condiciones.

Requisitos de admisión:

Las condiciones son mínimas en comparación con las demás instituciones para ancianos: diagnóstico y constancia escrita de un médico, avalando que el aspirante no padece enfermedad contagiosa; examen médico practicado por personal del asilo; en caso de que no sean canalizados por el DIF, se solicita un familiar o persona responsable que pague la mensualidad, se encargue de llevar al interno a sus servicios médicos especializados, estudios de laboratorio o gabinete y de comprar o pagar los medicamentos, tratamientos o prótesis que éste le prescriba, así como de proporcionarle ropa y artículos de uso personal.

Al paso de las semanas se incumplen la mayoría de estas disposiciones o no se efectúan con la regularidad necesaria, por lo que el asilo se tiene que hacer cargo de todo (A. Alarcón, Administradora del asilo, comunicación personal, octubre 2006).

Programas:

El Voluntariado lleva a cabo proyectos de (A. Alarcón, comunicación personal, abril 2007):

- Nutrición, en las guarderías mediante los servicios de desayunos y comidas diarias de lunes a viernes a todos sus alumnos. En el asilo se maneja un esquema de alimentación y dietas integrales, considerando las necesidades de nutrición y limitaciones de cada ancianito. El comedor sirve comidas balanceadas todos los días de la semana a todos sus concurrentes.

También se venden a precio muy bajo o regalan despensas, según las posibilidades, a los ancianos que acuden al comedor y a las mujeres que toman los cursos y talleres.

- Ropero, igualmente en las diversas dependencias citadas arriba, se vende muy barata o se regala ropa a quien la necesite. A los internos del asilo que lo requieren se les viste gratuitamente.

- Educación, como se dijo, en las guarderías se cuenta con maestras tituladas y seleccionadas con parámetros muy estrictos que imparten a los niños los programas educativos oficiales. Pero además se da capacitación a mujeres en diferentes áreas, incluyendo manualidades, tecnologías y superación personal.

- Apoyo financiero, a través de una caja de ahorro.

- Tercera edad, el comedor como el asilo cuentan con el apoyo de prestadores de servicio social, cuyas características se detallan a continuación:

1. Voluntarias independientes eventuales.

Distintos grupos se presentan eventualmente una o dos horas por semana y realizan actividades lúdicas a su criterio con los internos.

Integrantes: de dos a cuatro voluntarias por grupo.

Objetivo: entretener y acompañar a los internos de la casa-hogar.

2. Servicio social de preparatorias particulares.

Requisito académico para estudiantes de preparatoria.

Realizan actividades libres de lectura, canto y conversación.

Tiempo: 32 horas repartidas en 12 semanas/2 horas por sesión/grupo.

Prestadores: grupos de cinco a diez jóvenes.

Objetivo: conciencia social para los estudiantes y compañía para los ancianos.

3. Servicio social de universidad particular.

Requisito académico para estudiantes de cualquier licenciatura. Son supervisados por otro estudiante del mismo nivel.

Realizan actividades libres de lectura, juegos de mesa, manualidades y conversación.

Tiempo: 24 horas repartidas en 12 semanas (2 horas por sesión).

Prestadores: siete. Se presentan todos juntos, un grupo cada semestre.

Licenciaturas: arquitectura, mecatrónica, economía, derecho, administración de empresas.

Objetivo: adquisición de conciencia social por parte de los estudiantes, entretenimiento y compañía para los internos.

4. Servicio Social de la Facultad de Psicología de la UNAM: "Proyecto de Vida Dentro de una Institución Para Adultos Mayores con Enfermedad Crónico-Degenerativa". Desde abril de 2007.

Programa de servicio social unidisciplinario de licenciatura.

Consiste en entrevistar y evaluar a 40 pacientes internos, investigar su entorno, detectar variables determinantes, realizar investigación documental y de campo sobre los factores que influyen en la vejez normal y la patológica, detección y enlace con otras instituciones y asociaciones de apoyo, orientación psicológica y apoyo al personal operativo en relación a su trabajo con los internos, proponer actividades terapéuticas y llevarlas a cabo.

Objetivo: mejorar la calidad de vida en el área emocional de esta población.

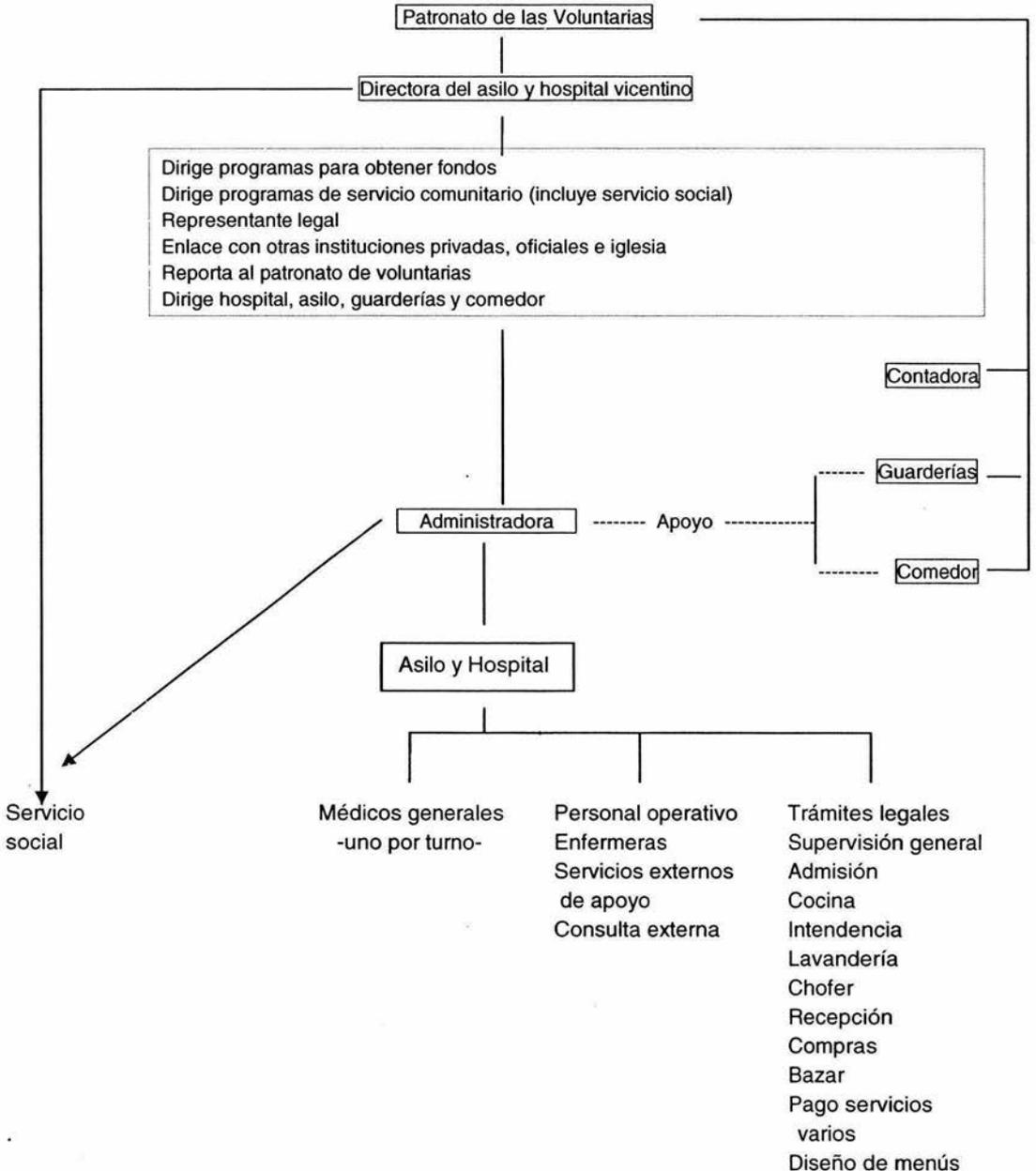
Tiempo: 480 horas continuas, mínimo, distribuidas en seis meses (4 hrs. por cinco días a la semana).

Disciplina: psicología.

Prestadores: uno (de tres requeridos).

ORGANIGRAMA DE LA DEPENDENCIA DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

(Descripción funcional del servicio)



DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

I. Revisión de antecedentes y observaciones de campo

Con base en el hecho de que la comunidad del Asilo Vicentino nunca había contado con algún tipo de atención o servicio profesional de salud mental, siendo evidente la necesidad de ello por las características de su población, en septiembre de 2006 solicité a dicha institución realizar mis prácticas obligatorias de Módulo I del Area de Psicología Clínica que entonces cursaba, bajo la supervisión y guía de la Maestra Ma. Carmen Montenegro Núñez, dentro del Sistema Abierto de la Facultad de Psicología de la UNAM. El requerimiento académico era efectuar entre siete y once reportes diagnósticos, mediante las técnicas de entrevista, historia biográfica y baterías de pruebas psicométricas. Finalicé ese periodo con siete reportes completos y cuatro en elaboración, mismos que terminé en Módulo II junto con otros seis durante ese semestre (febrero-junio 2007), y nueve reportes más al finalizar el Módulo III (diciembre 2007). Todas estas evaluaciones corresponden también a mi servicio social dentro del programa que aquí describo, ya que lo realicé simultáneamente al cumplimiento de los módulos del Area Clínica de la carrera, con el beneficio de contar con la dirección de la Profesora Montenegro en lo que se refiere a la elaboración de los citados reportes y el trabajo con los pacientes. Paralelamente, durante cinco semestres, a partir de 2005, fui alumna regular de los cursos de la Coordinación de Psicofisiología de nuestra Facultad, así como los del Laboratorio de Neuroinfecciones de la Facultad de Medicina de la UNAM, impartidos por el Médico Investigador Oscar Prospero García, quien desde la perspectiva de la medicina y las neurociencias me proporcionó los conocimientos y apoyo necesarios para el estudio de la conducta y sus procesos cerebrales subyacentes - por ejemplo los degenerativos, y entre éstos las demencias- Con base en esta muy valiosa orientación llevé a cabo los exámenes psiquiátricos de los pacientes.

1.1 Evaluaciones y diagnósticos previos:

La mayoría de los internos no habían sido evaluados ni tenían diagnóstico psicológico o psiquiátrico, pero en sus expedientes (a los que se me permitió el acceso) se encontraban las etiquetas genéricas de “demencia y depresión; agresivo o tranquilo”, anotadas a mano, por uno de los médicos generales que cubren las guardias, al ingreso del paciente a la institución. Sólo tres estaban diagnosticados por profesionales externos, dos de ellos correctamente, y otra de manera superficial y equivocada que realizó una empleada del DIF a la llegada de la anciana a ese lugar, como rutina para registrar sus datos generales en un formato tamaño media carta donde se lee: nombre, edad, domicilio, escolaridad, actividad, familiares, dónde y cómo se le encontró, y en el último renglón, el de las observaciones, se encuentra el “diagnóstico” de demencia, cuando en realidad se trataba de trastorno esquizotípico de la personalidad, como se confirmó posteriormente mediante un largo y minucioso proceso de evaluación, siempre supervisado por la Maestra Montenegro.

1.2 Observación y análisis de las ocupaciones y actividades de apoyo en práctica:

Casi todas las actividades en las que se involucraba a los pacientes implicaban un rol pasivo por parte de éstos. Sin un programa sistemático y básicamente con fines de entretenimiento, las tareas y grupos de voluntarios que acuden a trabajar con los ancianos se pueden caracterizar de la siguiente manera:

- Bien intencionadas amas de casa y/o profesionales ajenas al área de la salud, enseñan y supervisan la ejecución de manualidades entre las internas, organizan fiestas y espectáculos de temporada (Amistad, Madres, Independencia, Halloween, Navidad, entre las principales), eventualmente llevan coros escolares y con cierta frecuencia una señora solitaria va a cantarles y tocar su guitarra, intentando con poco éxito que los ancianos participen.

El motivo de estas voluntarias, según sus respuestas, coincide en un mismo concepto: el ejercicio de la caridad.

- Estudiantes de varias preparatorias y una universidad particulares, quienes asisten dos temporadas por año con el objetivo de cubrir un promedio de 2 a 24 horas, por semestre, de servicio comunitario impuestas por sus escuelas como requisito para cubrir plan académico. Estos jóvenes son reclutados mediante convenios directos con las preparatorias y a través de la participación en las ferias semestrales del servicio social de la universidad privada participante, de donde se aceptan alumnos de cualquier licenciatura, ya que la opción de trabajar en el asilo no es atractiva para los estudiantes jóvenes quienes se inscriben porque ya no hay más alternativas.

En todos los casos los gastos que implican las actividades corren a cargo de los propios visitantes.

Se observa que el trabajo se enfoca casi exclusivamente a las mujeres y entre éstas a las más participativas. Ocasionalmente los jóvenes varones conversan con algún anciano, pero lo usual es que se dediquen a las mujeres. Al interrogar a los diferentes voluntarios (as) la razón de ello, las damas (todas, tanto adultas como adolescentes estudiantes) respondieron que no se acercan a los señores porque éstos podrían creer que buscan seducirlos y que además son más herméticos y difíciles de abordar; los jóvenes prefieren trabajar con las viejitas porque son más participativas, versátiles, platicadoras y amables, en resumen se prestan más para la actividad, en cambio los hombres se mantienen apartados y menos o nada dispuestos a ocuparse en algo, incluso no saben de qué platicar con ellos ni cómo. Por tanto, una de las tareas que más realizan ahí los muchachos es reunir grupos de internos y leerles historias. Relatos que los mismos estudiantes eligen –en ocasiones en función a sus tareas escolares, aprovechando que la supervisora vicentina no está de tiempo completo y que los responsables de sus respectivas escuelas no asisten– por ejemplo, “Doce cuentos peregrinos” de García Márquez, “El caballero de la armadura oxidada” de Robert Fisher, “Juan Salvador Gaviota” de Richard Bach, “¿Quién se llevó mi queso?” de Johnson, “El rojo y el negro” de Stendhal, “La República” de Platón...

Ni qué decir de la respuesta de los oyentes: se quedan dormidos o con la mirada perdida en el vacío, al preguntarles de qué trató la historia dicen que “muy bonita, pero ya no me acuerdo qué decía... pero me gusta que el muchacho me lea, me gusta que venga” (resumen de respuestas de seis internas, todas con severo deterioro mental y primaria inconclusa); el único que le entendió, pero prefirió ver la T.V. fue un residente, de 62 años, ex bibliotecario.

Otro nivel de actividades involucra la satisfacción de necesidades espirituales, de estímulo socioambiental, así como económicas y administrativas:

- Servicios religiosos. Semanalmente una laica independiente, no es voluntaria vicentina, pero sí muy cercana al devenir de la vida eclesiástica, organiza servicios de catecismo y comunión para los internos. Asimismo, ayuda a la celebración de una misa mensual (en coordinación con la dirección del asilo programa, transporta y atiende al sacerdote y sus acompañantes). Esta es una de las actividades más bienvenidas por la población de la casa hogar, con excepción de una interna de religión evangélica, otra que es su discípula, dos ateos y tres que no comprenden qué sucede a su alrededor.
- Visita al supermercado. A cargo de la administradora del lugar, con apoyo del chofer y dos camilleros, es sin duda la actividad favorita de todos los “abuelitos” en condiciones de salir. Para ellos es un privilegio y un premio. Se les lleva por turnos quincenales, y en grupos de cinco, a una tienda de autoservicio cercana, donde son transportados en sillas de ruedas por los pasillos, orientándolos en la elección de artículos de higiene personal, interactúan con los empleados del almacén, comen en los establecimientos de comida rápida e intercambian impresiones de lo que han visto y experimentado en esa salida: paisaje de la calle, gente, verduras, comercios, en fin todo lo que perciben del exterior. Incluso quienes dentro del asilo no se llevan bien dentro del asilo se tratan con mucha cordialidad durante estas salidas, los muy callados conversan, discuten, exigen y regresan contentos.

Además, estas salidas sirven para utilizar la tarjeta de la pensión alimentaria otorgada por el gobierno del Distrito Federal.

1.3 Observación y análisis de la disciplina cotidiana:

Por política de la institución, el trato debe ser uniforme para todos, es regla el no establecer “favoritismos”. La rutina de un día común se desarrolla dentro de una disciplina estricta, donde todo ocurre en los horarios, sitios y modos programados. Así, una semana es exactamente igual a la anterior y, cuando no hay visitantes (familiares, amigos o voluntarios para actividades) los días son idénticos entre sí.

6 a 9 a.m.

Baño, de uno por uno. Formados en sillas de ruedas, se les atiende en orden. Unos pocos son aseados en su cama, por su condición más delicada. La mayoría requieren ayuda para vestirse, peinarse, lavarse dientes, vaciar esfínteres. Medicamentos matutinos. Recorrido del doctor y enfermeras.

9 a 10 a.m.

Se sirve el desayuno en el comedor. Casi todos pueden alimentarse por sí mismos. Medicinas para después del primer alimento.

10 a 10:30 a.m.

WC (formados) o se quedan en sus lugares prefijados en las mesas del comedor.

10:30 a.m. a 1:30 p.m.

Actividades con visitantes, en el comedor. O permanecer sentados sin hacer nada, también en el comedor, dos ancianas tejen. Algunos, los menos, se van o son llevados a los dormitorios (único lugar donde platican entre ellos “en privado”, aunque sean cuartos de 20 camas, escuchan las conversaciones ajenas, reciben alguna visita y, sobre todo, pueden vigilar sus pertenencias) o a la salita contigua de televisión con servicio de cable, la cual sólo ve un residente y algún empleado

de los que están sentados con actitud de fastidio en espera de que se les solicite agua, transporte, servicios de higiene, ayuda física en general.

Los dos internos de un nivel socioeconómico superior, solo salen de sus recámaras privadas para comer o participar de alguna actividad grupal que les interese. De entre los habitantes de la casa hogar, estas dos personas parecen ser las más aisladas.

A la mayoría de los ancianos les falla la vista y en menor medida el oído. A pesar de eso todavía podían escuchar la radio a volumen muy alto y conforme a las preferencias de los empleados, pero en octubre de 2007 el estéreo (donado por un almacén) se cayó con todo y la repisa donde estaba colocado el aparato, a una altura de 1.70 m., exactamente sobre el lugar donde sientan a un anciano autista de 83 años, por fortuna el accidente ocurrió pocos minutos después que el señor fue llevado a su cama. Desde entonces no hay entretenimiento auditivo en el lugar, ni siquiera para quienes tienen un radio portátil, pues no ven para sintonizar, las pilas son caras, no hay donde conectarlo y se lo pueden robar...

1:30 a 3:00 p.m.

Se sirve la comida, previo lavado de manos en palanganas que el personal lleva a las mesas. La mayoría tiene buen apetito, a menos que ya estén muy enfermos, entonces alguna enfermera o cuidador les ayuda, trata de animarlos a comer; invariablemente una señora remilga y se queja de la comida porque ahí no la preparan a su gusto. El doctor y la administradora, cada uno por separado, hacen un recorrido para supervisar.

Medicinas post-comida.

Aseo personal, W.C.

3:00 a 7:00 p.m.

Lo mismo que de 10:30 a.m. a 1:30 p.m.

7:00 a 9:00 p.m.

Se sirve la cena. Aseo, baño, acostarse con ayuda para desvestirse y ponerse el pañal nocturno.

Medicamentos.

Recorrido del doctor y enfermeras.

9:00 p.m. a 6:00 a.m.

Mal dormir. Gran variedad de malestares físicos, gritos, llantos, quejas, reclamos, idas al baño, camas mojadas, se intensifican miedos y ansiedades. Los que logran conciliar el sueño son despertados para administrarles pastillas o inyecciones, a veces requieren urgentemente un tanque de oxígeno. Hay discusiones con camilleros y enfermeras. Las luces de las habitaciones comunes no se apagan del todo y es frecuente que se prendan por completo.

1.4 Personal operativo:

Entre los cuidadores directos se observa cansancio, mal humor, desconocimiento, cierta apatía al trabajo y resistencia al cambio.

Me aproximé a ellos mediante entrevistas informales en las que indirectamente dicen que trabajan ahí únicamente porque tienen mucha necesidad económica (les pagan el salario mínimo por turno de ocho horas) “trabajaba en un hospital como camillero, ahí sí sólo era camillero: cargaba y transportaba enfermos de la ambulancia a urgencias, o del cuarto al quirófano.... me despidieron.... mi papá nos dejó... tengo que ayudar con los gastos de la casa.... hijos... aquí hay que hacer más cosas.... las enfermeras nos quieren ordenar, se sienten superiores a nosotros y dicen que saben más.... estoy buscando otra chamba pero no les diga... pobres abuelitos, pero como cansan.... quiero estudiar y acabar la secundaria, por eso busco un trabajo con otro horario, más cerca de la escuela o la casa... si me salgo de aquí a lo mejor podría tener dos empleos y ganar más... terminar menos cansado.... me duele la espalda.... me deprime mucho ver esto y pienso cómo voy a acabar yo... no, no creo que cambien mucho, ya están muy mal, no entienden.... pobrecitos dan mucha lata.... me dan lástima.... hemos intentado entretenerlos, pero no se puede.... perdóneme pero ¿por qué le gusta

trabajar con estos viejitos? ¿ya para qué?” (Varios cuidadores, omito los nombres intencionalmente).

Dos cocineras y dos ayudantes preparan diariamente los alimentos, que son los mismos para todos los internos y algunos empleados. Las comidas son más de tipo casero que de hospital y, aunque se limita el uso de sal, grasas, azúcares, harinas e irritantes, no se eliminan por completo. Esto es muy apreciado por los residentes.

Las empleadas de intendencia (cuatro) se encargan del aseo de los dos pisos del inmueble, la lavandería, apoyo en la cocina y en el comedor. También se han hecho amigas de algunas ancianas.

1.5 Personal clínico:

Los dos médicos generales de planta opinan que al ser pacientes *no recuperables* y en etapas terminales, poco o nada se puede trabajar con ellos en relación a sus conductas y desarrollo psicológico.

Las enfermeras y auxiliares obedecen las instrucciones de los doctores, administran medicamentos, toman signos vitales y hacen curaciones. Sin embargo, parecen sentir mayor cercanía emocional con los pacientes, ya que platican con ellos, les hacen favores personales y les ayudan en su arreglo personal (corte de pelo, uñas, tintes). A veces también les llaman la atención como si fueran niños.

1.6 Administración:

Destaca la labor de la administradora, cuyos aciertos y relación con los residentes son notables. Se trata de una persona altamente significativa para los ancianos que se atienden en este asilo, alguno de ellos se refiere a ella como su “mamá”.

La secretaria y la recepcionista desempeñan su trabajo en la planta baja, y a pesar de que nunca suben a las instalaciones del asilo, se mantienen totalmente informadas del estado general y evolución de cada uno de los residentes. Son discretas y actúan con oportunidad cuando se requiere.

La directora es una voluntaria vicentina, de la *tercera edad exitosa*, que también es la presidenta de su Asociación. Ella es el enlace con las diversas instituciones benefactoras y de servicios, busca fondos, organiza las actividades, marca pautas de acción, escucha evalúa y decide (ver organigrama p.16). Su conducta es muy humana y congruente con el ideario vicentino.

II. Trabajo desempeñado con la comunidad del asilo

1.1 Evaluación clínica

Con el fin de obtener datos útiles para el diagnóstico, así como para ganarme la confianza de los pacientes, realicé entrevistas clínicas semi-estructuradas y no estructuradas a 35 ancianos internos, además de los familiares de cinco de ellos, a quienes fue posible contactar. Obtuve diagnóstico inicial de un cuidador-camillero y 26 residentes (19 mujeres y 7 hombres), mediante las técnicas de:

- Exploración psiquiátrica con examen mental
- Historia biográfica (25)
- Análisis psicodinámico
- Observación de conductas en campo
- La aplicación de pruebas psicométricas, como Bender y Minimental Test. A dos personas, un hombre y una mujer, se les administró la batería compuesta por: Wais, Frases Incompletas, Minnessotta y TAT. La razón fue la posible reubicación de estas personas en otra institución para adultos mayores funcionales, es decir una residencia para ancianos *normales* sin incapacidad severa. El hombre murió repentinamente de un infarto al corazón, durante el periodo de espera (meses) para obtener su turno de ingreso en otro lugar; la mujer fue trasladada a otro asilo un año después.
- Recomendaciones terapéuticas individuales.

Estas labores las llevé cabo a lo largo poco más de seis meses que duró el servicio social. En ocasiones el trabajo quedó inconcluso a causa de fallecimientos o cambios de residencia, comenzando de cero con los nuevos ingresos.

Las entrevistas se desarrollaron en varios escenarios: dormitorios, pasillo, comedor y finalmente una habitación sin huésped que la Dirección me asignó para tal fin. Se trataba del cuarto a donde trasladaban a los moribundos, como me informó una anciana interna "mi marido se murió justito ahí donde usted está sentada tan a gusto [cama].... este cuarto es a onde los train a morirse a todos, juy, cuántos ya se han muerto en esta cama!".

En general fue fácil establecer rapport con los internos y contar con su confianza, especialmente al pactar con ellos un convenio de confidencialidad.

La información obtenida la iba integrando y contrastando con los contenido del respectivo expediente, las revelaciones de los familiares que pude localizar y los datos proporcionados por el personal, especialmente la administradora (ver Metodología, pp.84-88).

1.2 Intervención

Se efectuaron las intervenciones sugeridas para cada paciente, con el objetivo de dar atención individualizada y destacar las diferencias personales. Sobre todo considerando el ambiente uniformizante que viven estos ancianos institucionalizados.

De la observación del campo surgieron aproximaciones de manejo terapéutico en grupo (no precisamente de grupo), consistentes en actividades lúdicas, una o dos veces por semana, dirigidas a distender el ambiente y fomentar la interacción de los participantes, así como una mayor y mejor participación social del personal.

También se generó un programa sencillo de estimulación, consistente en: cambios de ambiente físico, activación corporal con ejercicios de rehabilitación y yoga suave adaptados a sus condiciones, alternando con relajación muscular progresiva con diversas técnicas, presentación de novedades, reforzamiento de defensas existentes, verbalización, y externalización de intereses.

Elaboré una guía de actividades personalizadas, a fin de que otras personas, con la debida supervisión profesional, supieran qué trabajar con cada uno de los ancianos tratados (ver anexo 3, p.164).

1.3 Investigación

Constantemente realicé búsqueda documental sobre factores que inciden en el bienestar de este tipo de población, teorías, estrategias psicoterapéuticas, datos sobre vejez patológica y normal, etiología y manejo de trastornos mentales encontrados, procesos demenciales, anatomía, química y fisiología cerebral.

Esta información se fue contrastando con lo observado en campo a fin de depurar datos y adaptar las estrategias terapéuticas.

1.4 Coordinación de otros prestadores de servicio

La Dirección de la Institución me invitó a colaborar en esta actividad que originalmente no estaba contemplada en nuestro programa de trabajo. Consistía en integrar y organizar: por un lado, a una voluntaria independiente recomendada por el párroco de la Iglesia de la Santa Cruz del Pedregal (que apoya mensualmente al asilo al permitir a las vicentinas realizar colectas entre sus fieles), esta señora de 56 años colaboró de manera extraordinariamente eficaz en todas las actividades de grupo que detallo en la sección de Resultados; y por otra parte a un grupo de estudiantes de licenciatura de la universidad particular ya

mencionada. El objetivo fue integrarlos y dirigirlos en la aplicación sistemática de las actividades terapéuticas a los huéspedes, al mismo tiempo que los muchachos adquirieran conciencia de la problemática social en cuestión. Tuve una primera y única reunión con su supervisor académico, quien no se volvió a presentar ni se le pudo localizar después; se trataba de otro estudiante, ya en el último semestre de su carrera que tenía asignada la supervisión de sus compañeros principiantes, a fin de cumplir horas-trabajo para cubrir parte de su beca. A manera de inducción al campo específico, di a estos jóvenes algunas pláticas, les mostré una presentación Power Point acerca de la demencia –donde se explica qué es la degeneración neuronal, los diferentes tipos de demencias identificadas clínicamente, sus síntomas, causas, tratamiento; epidemiología, recomendaciones y demás aspectos relacionados- que realicé en meses pasados para el programa de prevención primaria (Módulo I de Psicología Clínica en la Facultad), les entregué resúmenes o guías individuales para trabajo terapéutico con objetivos específicos (anexo 3, p.164), solicitándoles que cada uno eligiera a dos ancianos para trabajar enfocado sólo a ellos y los introduje respectivamente. Les di instrucciones y material, modelé y supervisé sus sesiones de trabajo. Los estudiantes presentarían un reporte mensual de sus actividades, en reuniones con su supervisor (quien, repito, no se presentó) y conmigo. A mi vez yo reportaba a las autoridades del asilo.

1.5 Aproximación a grupos e instituciones afines

Establecí contacto inicial con:

Red Adulto Mayor

Universidad Iberoamericana/Departamento de Salud

Fundación Alzheimer

Cáritas

Grupo 80-20

Radio El Fonógrafo (1150 amplitud modulada).

Instituto en Ciencias Estéticas y Cosmiatría SPA (ICEC)

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

En primera instancia, considero que la reseña de la experiencia particular del proceso que siguió este programa de servicio social, desde su concepción hasta el final de su primera temporada, sea de utilidad para quien se interese en incursionar, investigar y desarrollarse en ámbitos profesionales por explorar, a partir de su iniciativa personal y con el respaldo institucional, académico y logístico de la UNAM.

La validación dada por la Universidad y su Facultad de Psicología a los planteamientos de sus miembros, como es el caso del proyecto que aquí se describe, evidencia la congruencia del discurso con los hechos; concretando un refuerzo altamente positivo que nos anima a desempeñarnos de manera más comprometida en todos sentidos, así como a buscar más y cada vez mejores líneas de trabajo.

Ante el sinnúmero de problemas que agobian a nuestra sociedad, y en ocasiones orientan hacia la desesperanza, incentiva el hecho de que la universidad más grande y sólida del País haga posible la puesta en marcha de propuestas dirigidas a elevar la calidad de vida de la comunidad y sus integrantes.

El otro propósito fundamental de este informe es exponer mi experiencia de trabajo a través de una intervención de tipo exploratorio, en una realidad psicosocial poco conocida representada por una comunidad de población vulnerable que tiende a multiplicarse significativamente (en proporciones casi alarmantes) durante los próximos años, y para la que no contamos con la infraestructura socioeconómica ni de servicios de salud suficientes: los adultos mayores y, entre ellos, los discapacitados física y/o mentalmente. Para las personas en estas circunstancias, la institucionalización se perfila como la alternativa de elección, a la vez que un apoyo eficaz para mantener la funcionalidad de sus familias y la comunidad. De aquí que el papel y la responsabilidad social de los asilos será cada vez más relevante.

El dimensionamiento de la importancia de los asilos en el futuro (ya) cercano implica la revisión y optimización todas sus áreas de operación, mediante la participación multidisciplinaria, especialmente los profesionales de la salud mental, a los que nos corresponde realizar investigación científica y desarrollar estrategias adecuadas de intervención psicológica, pues se trata de un nuevo campo de desarrollo profesional y humano.

SOPORTE TEORICO METODOLOGICO

I. CONCEPTUALIZACION DE LA VEJEZ

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término *adulto mayor* para las personas mayores de 65 años de edad (Padilla, 2002). Estableciendo así el comienzo convencional de la vejez para efectos estadísticos, epidemiológicos y legales. Otra denominación es la expresión *tercera edad* (Huet, J.A., 1950) que al principio abarcó a personas de cualquier edad, consideradas como de baja o nula productividad económica, posteriormente se precisó caracterizando mayores de 60 años de edad. Lo cierto es que la vejez no aparece de repente, sino que es una experiencia continua y gradual, una cronobiología que hace que se manifiesten los diversos ritmos corporales a diferente velocidad y forma en cada individuo. Entonces, el envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios que suelen operarse durante una larga etapa que para algunos autores incluso comienza desde el nacimiento y hay quienes sostienen que se da a partir de la concepción; por convencionalismo la mayoría de los investigadores coincide en que se inicia a los 40 años para asentar cambios en forma más o menos definida en la séptima década de vida y es hasta alrededor de los 80 años (entrada la novena década) cuando los cambios afectan la funcionalidad de la persona. En esta edad se separa al anciano intermedio o senescente -*old person, youngest old o elderly*- del anciano senil -*oldest old*- (Cascales, 2001).

Desde el punto de vista psicológico, se puede ser anciano muy pronto, o muy tarde. Al igual que sucede biológicamente, hay grandes diferencias según el tipo de vida que se haya llevado, se envejece como se ha vivido. Cronológicamente, es imposible definir cuándo inicia la vejez. Hoy podemos decir que comienza a notarse cerca de los 60 años, pero con muchas excepciones. El envejecimiento de la persona es un proceso a través de 20 a 40 años en que el que la ocurrencia de los cambios del cuerpo humano son paulatinos, intermitentes y dependen de muy variados factores genético-hereditarios por un lado y forma de

vida por el otro; así como elementos psicógenos, laborales, sociales, familiares y medioambientales

El proceso de envejecimiento se identifica por cuatro características que el sujeto experimenta simultáneamente: universal, intrínseco, progresivo y deletéreo (Triadó, 2006, p.66). Entendido como un proceso cambiante, progresivo y degenerativo, de estructuras y funciones orgánicas que sucede después que se ha alcanzado el máximo de competencia reproductora y finaliza con la muerte. Desde la antigüedad se han buscado las causas de la declinación que se produce en el organismo, entendida como la reducción de las posibilidades de subsistir. Las respuestas han dependido de la idea que la medicina, en su lugar y época, haya tenido acerca de la vida. Actualmente, la geriatría es la rama de la medicina que atiende la vejez y sus enfermedades, e identifica diferentes clases de envejecimiento (Rowe y Kahn, 1997):

1. Usual o satisfactorio – los factores intrínsecos y extrínsecos son normales.
2. Exitoso – los factores intrínsecos y extrínsecos son favorables.
3. Incapacitante – los factores intrínsecos son normales, pero los extrínsecos son desfavorables.
4. Patológico – si ambos factores, intrínsecos y extrínsecos, son desfavorables. Entendiendo por factores intrínsecos los hereditarios, y extrínsecos: el estilo de vida, la actividad y medioambiente, entre otros.

Es fundamental, para los fines de este trabajo, arribar al estudio de la vejez patológica de los ancianos institucionalizados, desde el modelo de la normalidad (los tipos de envejecimiento 1, 2 y 3 citados arriba) que, en cierto sentido, no se excluyen entre sí.

Principales teorías sobre el envejecimiento físico

Los especialistas coinciden en el hecho de que nunca se habían visto tal cantidad de ancianos con mutilaciones, ceguera e incapacitados de alguna manera, males que son consecuencia del control de enfermedades que antes conducían directamente a la muerte. Para algunos, el envejecimiento no es

consecuencia del proceso propio de la vida, sino un fenómeno adquirido a través de la evolución, y la senectud es una paradoja evolutiva porque se opone a la selección natural. Lo cierto es que los seres humanos nos resistimos a desaparecer, queremos vivir más tiempo y de la mejor manera. En ese orden.

Los científicos tratan de explicar los mecanismos biológicos que subyacen al fenómeno (Belsky, J., 2001):

• *Teoría del desgaste*

Las células humanas se dañan por el sobre uso o abuso a que son sometidas. Organos como el estómago, el hígado, riñones y piel se agotan al estar expuestos por años a incontables toxinas, producto de mala alimentación y del medio ambiente; así como del estrés y los rayos ultravioleta solares.

• *Teoría neuroendócrina*

Se basa en la importancia del sistema neuroendócrino y el complejo sistema bioquímico de liberación y control de hormonas. Nuestros sistemas hormonales son interactivos, de modo que si los niveles de una hormona no son normales es probable que estas hormonas se afecten secundariamente, produciendo daños aleatorios. En la juventud los niveles de las diferentes hormonas son elevados, pero disminuyen con los años y están prácticamente ausentes en edades avanzadas.

• *Teoría de los radicales libres*

Los procesos de oxidación en el organismo originan constantemente radicales libres (moléculas inestables que perdieron un electrón) y son necesarios para generar energía, sintetizar hormonas, mantener el sistema inmune, transmitir impulsos nerviosos y la contracción o tono muscular. El exceso en su producción dañará miles de células cada día y con esto elevados niveles de desechos metabólicos que contribuirán al envejecimiento al obligar a los órganos a trabajar más.

• *Teoría genética*

Es el código genético de cada individuo. Sostiene que cada una de nuestras células está programada para cuándo empezar a envejecer, es una señal que

para unas familias es corta y para otras larga. Asimismo, en el proceso de traducción del ADN para la producción de proteínas críticas para la función continuada de las células específicas de todo animal, pueden darse errores o mutaciones ya sea por factores aleatorios o por factores externos (como las radiaciones) y su presencia conduce a un deterioro del funcionamiento del organismo.

También se ha investigado el papel que el menoscabo del sistema inmunológico puede tener para iniciar o acelerar el envejecimiento: con la edad su capacidad para reconocer y eliminar elementos nocivos desciende, con lo que el daño de esos elementos en nuestro cuerpo se multiplica, provocando un deterioro del funcionamiento biológico. También se ha hipotetizado que se podrían desarrollar anticuerpos que atacasen a las propias células sanas del organismo; si esto fuera cierto, el envejecimiento sería una especie de reacción autoinmune. Incluso se ha mencionado una clase de *suicidio celular*.

No tenemos suficientes conocimientos sobre las causas del envejecimiento normal, pero es evidente que es la interacción de una serie de factores genéticos y ambientales lo que determina las tasas del envejecimiento y la longevidad pero se ha comprobado que los cambios que empiezan a nivel genético celular a la larga se hacen notar a nivel sistémico. No todos los sistemas envejecen a la misma velocidad. La apariencia, los sistemas cardiovascular, respiratorio, reproductor, nervioso, pueden presentar variaciones considerables respecto a los efectos de la edad en la misma persona.

La ciencia de hoy piensa que la longevidad máxima de la especie humana es de 125 años. El avance cultural ha ampliado el período de vida, la supervivencia, pero no ha desacelerado la intensidad del fenómeno intrínseco del envejecimiento. De acuerdo con Triadó (2006) “gracias al desarrollo de las atenciones médicas, los hábitos de vida, el avance de la medicina y de la tecnología genética podemos esperar que las diferencias serán considerables entre la generación actual, la anterior y la futura”. Sin embargo, todavía no se

puede esperar la eterna juventud, por lo que sería una vejez prolongada con todos sus inconvenientes.

Psicología del envejecimiento y concepto de desarrollo

La llamada Psicología Evolutiva es la más directamente relacionada con este estudio, ya que se enfoca en los cambios que ocurren a lo largo de la vida. Este enfoque comparte su interés con otras perspectivas de gran tradición, como son las de corte psicobiológico, las psicopatológicas y las relacionadas con la evaluación psicológica. Supone la aplicación del modelo biológico de crecimiento al cambio de las estructuras y funciones psicológicas del individuo. Al igual que se produce un aumento evidente en las capacidades biológicas de la persona durante las primeras décadas de la vida, sus estructuras y funciones psicológicas también experimentan este crecimiento, y es precisamente eso lo que describe la psicología evolutiva; contemplando el desarrollo como un despliegue de las potencialidades de la persona que culmina en un momento de progresión máxima, típicamente al final de la adolescencia o en la adultez, momento en que el sujeto presenta unos parámetros de funcionamiento óptimos. Esta meta a alcanzar es el punto de comparación que permite conocer si el sentido de determinado cambio evolutivo es o no “desarrollo”. Según la lógica de este modelo, mientras el desarrollo implica maduración y progreso, el envejecimiento entraña involución y deterioro, resultando un patrón de ciclo vital humano con forma de U invertida, con tres fases (Triadó y Villar, 2006):

- Aparición, mejora y progresión general del individuo desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.
- Una fase intermedia, de límites relativamente difusos, en que las estructuras y funciones se mantienen en un nivel óptimo y más o menos estable.
- Declive de las capacidades del sujeto que se acentúa con el paso de los años, con un punto final claro (la muerte), pero sin punto de inicio bien definido. Estos cambios negativos se etiquetan como “envejecimiento”.

Este enfoque asociado sólo a la idea de déficit se ajusta especialmente a los ámbitos relacionados con el envejecimiento cognitivo. Esto equivale a una simplificación. Así, en la década de 1970 una serie de autores estadounidenses y europeos, Baltes, Schaie, Nesselroade, Thomaes, propusieron desde el ámbito de la psicología evolutiva una nueva perspectiva que toma en cuenta la evolución de la persona a través de todo el ciclo vital, reclamando la vida entera como unidad de análisis evolutivo sin enfatizar determinadas edades por encima de otras y con un mismo esquema explicativo común a todas ellas. Dichos investigadores proponen una redefinición del concepto de desarrollo (Baltes, 1987):

- Multidimensionalidad – los procesos de cambio no afectan de la misma manera ni simultáneamente a todas las dimensiones del ser humano. Cambio y estabilidad son parámetros presentes a lo largo de toda la vida.
- Enfasis en las diferencias individuales – el desarrollo ya no se concibe como un proceso normativo. Se reconocen diferencias intra e inter individuales, producto del intento de adaptarse a las condiciones particulares de vida que afectan al individuo; Esta capacidad plástica se mantiene en todas las etapas vitales, incluida la vejez.
- Desarrollo como co-ocurrencia de pérdidas y ganancias - lejos de entenderse sólo como ganancia, el desarrollo en cualquier momento del ciclo vital es el conjunto de ganancias (cambios hacia una optimización adaptativa de determinada dimensión) y pérdidas (cambios que implican deterioro adaptativo en cierta dimensión). Ningún cambio evolutivo es sólo ganancia o pérdida.
- Enfasis en una multicausalidad en el desarrollo – los factores biológicos se combinan con variables de tipo ambiental, social y cultural, capaces de configurar la trayectoria evolutiva de las personas.

El surgimiento de los enfoques del ciclo vital ha dado un giro a los estudios sobre el envejecimiento en términos más optimistas, potenciando la investigación de los recursos adaptativos de los seres humanos, la capacidad para superar o

compensar ciertas pérdidas asociadas a la edad, e incluso la posibilidad de experimentar ciertas ganancias hasta edades muy avanzadas.

El enfoque del ciclo vital

Este es uno de los marcos de comprensión del envejecimiento más importantes de la actualidad, propuesto y desarrollado por Baltes y colaboradores desde el último cuarto del siglo XX. Más que una teoría es un conjunto de principios generales sobre el desarrollo durante toda la vida que pueden aplicarse en la elaboración de modelos más concretos que expliquen el cambio en períodos vitales y ámbitos evolutivos específicos. Afirma que el desarrollo se presenta a lo largo de todas las etapas de la vida, incluyendo tres aspectos o metas:

- El crecimiento, que supondría la visión tradicional del desarrollo como ganancia y consecución de niveles de funcionamiento cada vez más eficientes o complejos.
- El mantenimiento, entendido ya sea como los intentos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual en situaciones de riesgo o bien como el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida.
- La regulación de la pérdida, o sea la reorganización del funcionamiento en niveles inferiores tras una merma que hace imposible el mantenimiento de los anteriores.

Los tres aspectos están presentes durante toda la vida, lo que cambia es la energía y los recursos que la persona emplea en cada meta del desarrollo.

La vejez ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen diversidad de variables con diferentes efectos, que darán como resultado una serie de

características diferenciales muy notorias entre las personas de la misma edad cronológica. Considerando las diferentes definiciones de edad (Ferrer Cascales, 2001):

- Edad cronológica: los años transcurridos desde el nacimiento.
- Edad biológica: los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas.
- Edad psicológica: los cambios cognitivos, efectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El crecimiento psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento (capacidad de aprendizaje, rendimiento intelectual, creatividad, modificaciones afectivo - valorativas del presente, pasado y futuro, así como crecimiento personal).
- Edad social: suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a que pertenece y la utilidad social. Estimación que varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos, oscilando entre los extremos del continuo "viejo sabio - viejo inútil".

Son tres los tipos de determinantes que interactúan y regulan el desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital influyendo en el desarrollo individual (Baltes, 1987):

- *Influencias normativas relacionadas con la edad.* Son los factores biológicos o socioambientales que afectan a todos los individuos de una determinada comunidad en momentos determinados de su vida, en ciertos intervalos de edad cronológica. Son los elementos que hacen que todos los integrantes de esa comunidad se parezcan entre sí, por ejemplo: los procesos de maduración biológica, escolarización, jubilación.
- *Influencias normativas relacionadas con la historia.* Acontecimientos y normas completamente generales experimentadas por una unidad cultural en conexión con el cambio biosocial. Son normativas si afectan a la mayoría de los miembros de una cohorte de forma similar. Ejemplos de

estos factores son: depresiones económicas, guerras epidemias, cambios políticos.

- *Influencias no normativas.* Son aquellos agentes biológicos o socioambientales que son significativas sólo sobre las historias vitales individuales. Serían los responsables de que, pese a todo, personas de la misma edad, generación y cultura, sigan diferenciándose entre sí. Este tipo de factores son menos predecibles y controlables, entre ellos se encuentran: las características genéticas idiosincrásicas, divorcio, muerte de una persona cercana, acontecimientos de salud.

En este modelo el aspecto sociocultural es tan importante como el biológico e influye en la vida al estandarizar las trayectorias vitales, diferenciar a las generaciones y ofrecer un conjunto de experiencias personales que hacen única a la persona. La cultura es especialmente importante para que las tres metas de desarrollo, ganancias, mantenimiento y regulación de la pérdida, puedan seguir apareciendo en las últimas décadas de la vida, cuando los recursos biológicos orientan directamente hacia la pérdida. A partir de los conocimientos y las herramientas que la cultura nos brinda podemos compensar las pérdidas -al menos en parte y hasta cierto momento- y aún ser capaces de promover ganancias.

A medida que pasan los años, las influencias que más incrementan su importancia son las *no normativas*, mismas que usualmente (no siempre) se relacionan con pérdidas que pueden determinar el modo en que se vive esta etapa. Aquí es relevante el papel de la capacidad adaptativa del ser humano. El desarrollo se entiende sólo como un proceso activo en el que el individuo participa de manera protagónica en la determinación de su propia línea vital, dentro de ciertos los límites biológicos y culturales. Es una proactividad del sujeto que no sólo reacciona y afronta los cambios, sino que planifica sus objetivos y genera las condiciones para conseguirlos. Entonces las personas estamos dotadas de algún

grado de plasticidad comportamental, que es el nivel de flexibilidad y el potencial de cambio que poseemos para poder abordar las demandas y desafíos que encontramos a lo largo de la vida. El envejecimiento limita esta capacidad plástica a medida que la edad avanza, más no desaparece por completo a menos de que se presenten casos extremos, como sería una enfermedad neurodegenerativa (demencia).

Las capacidades adaptativas del ser humano se concretan en el desarrollo como la puesta en marcha y coordinación de tres clases de estrategias o procesos adaptativos (Baltes, 1987):

1. *La selección.* Se refiere a la creación y la elección del rumbo que va a tener nuestro desarrollo y la gestión de los recursos, por naturaleza limitados. En la vejez la persona busca más concentrarse en ciertas metas fundamentales y desechar otras que lo son menos, redefinir así su sistema de prioridades y elegir metas alternativas alcanzables con los recursos disponibles.
2. *La optimización.* Es la regulación de los medios (biológicos, psicológicos, socioculturales) para que se puedan alcanzar eficientemente las metas seleccionadas. Funciona como un proceso de especialización y perfeccionamiento. La búsqueda y creación de entornos que potencien las trayectorias evolutivas deseadas, también se considera parte del proceso de optimización. En la vejez es más importante el mantenimiento de los niveles de excelencia previamente alcanzados en determinado dominio, de manera que éste pueda resistir el aumento de la probabilidad de pérdidas a medida que la persona envejece.
3. *La compensación.* Es la respuesta que damos a la ausencia o pérdida de un medio o recurso relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas. Puede incluir variadas estrategias que actúan como un elemento clave para mantener un funcionamiento adaptativo : la adquisición de nuevas competencias

para sustituir a las que se perdieron; el incremento en el esfuerzo, energía o tiempo dedicados a la obtención de las metas o al mantenimiento de habilidades; el uso de instrumentos tecnológicos o la asistencia de terceras personas que ayuden al sujeto a conservar un determinado nivel de funcionamiento.

A partir de la integración y puesta en marcha de los tres procesos descritos, la persona trata de conseguir las tres principales metas evolutivas: crecimiento o mejora en los niveles de funcionamiento, el mantenimiento de esos niveles y la regulación de la pérdida. En los cambios de la segunda mitad de la vida, estos procesos adaptativos son esenciales para envejecer de manera satisfactoria. Por tanto, envejecer satisfactoriamente se entiende como la consecución de metas evolutivas en determinados dominios de comportamiento, cuya importancia es subjetiva, ya que para unos es el trabajo en tanto que para otros serán las relaciones sociales o familiares, la autonomía personal, etc.

Factores psicodinámicos del envejecimiento normal

Erikson y sus seguidores, desde el psicoanálisis nos permiten entender el desarrollo psicológico de los seres humanos y las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales -sean factores biológicos y/o sociales- que inciden en ese individuo en particular para así llegar a identificar qué y cuándo se ha de asumir como "traumático".

Con base en este enfoque histórico individual, el pasado infantil explica el presente adulto; habiendo tres series de causas que no actúan independientemente, sino que resultan de una interacción: una primera serie consta de factores hereditarios y congénitos, es el componente constitucional; la segunda se compone de las experiencias infantiles; y la tercera son los factores actuales o desencadenantes, que actúan sobre el resultado de la interacción de la primera y segunda series. La reciprocidad en la actuación de unas series con otras permite dar cuenta tanto del desarrollo psicológico de los individuos como de sus

eventuales estructuraciones psicopatológicas, entendiendo su funcionamiento desde la proporcionalidad inversa, es decir cuando el factor disposicional es fuerte, el sujeto estará en condiciones de tolerar adecuadamente reiteradas situaciones conflictivas (factores desencadenantes o actuales), mientras que si las disposiciones son débiles o se encuentran frágiles por repetidos sufrimientos, un mínimo factor actual puede llegar a ocasionar verdaderas situaciones traumáticas difíciles de manejar (Erikson, E., 1985)

Entonces, el desarrollo psicológico de los seres humanos y las particularidades de cada proceso de envejecimiento son efecto de la relación entre la estructura de la personalidad (constitucional más disposicional) y la acción de los factores actuales que sobre ella inciden. Conocer las series de cada anciano individualmente, nos orienta hacia una auténtica prevención primaria tendiente a producir mejores envejecimientos (Hareven, T. y Adams, K., 1999)

Cambios físicos y su repercusión psicológica

La medicina moderna ya no pretende asignar una causa *culposa* al envejecimiento biológico, sino que lo considera inherente al transcurso de la vida. Los cambios físicos en la vejez tienen gran importancia por su relación con el funcionamiento de las personas en su vida cotidiana. Cuando empiezan a aparecer problemas en el organismo, los adultos mayores aumentan sustancialmente sus probabilidades de sufrir discapacidades más o menos severas. Cuando los problemas son graves y las personas necesitan ayuda, nos encontramos ante la principal amenaza de la vejez: la dependencia que, al impedir la realización de actividades cotidianas antes relativamente sencillas, añade problemas psicológicos al cuadro. De entre los numerosos cambios que experimenta el cuerpo al envejecer, los más comunes son (Triadó, 2006):

1. En la apariencia. Son recibidos de forma negativa por la persona mayor, teniendo en cuenta que hoy las sociedades de consumo potencian la imagen de la juventud

como ideal corporal necesario para el buen desempeño en todas las áreas vitales.

2. Sensoriales. La afectación de las capacidades perceptivas obstaculiza la obtención y el procesamiento de la información. La visión y la audición son especialmente fundamentales para desenvolverse en muchos aspectos de la vida diaria como: alimentación, higiene, tareas varias, entretenimiento, ejercicio. Los problemas de visión y audición, además de accidentes, provocan reducción del ambiente espacial, generan cambios de comportamiento, disminución de la comunicación, restricciones del movimiento, confinamiento domiciliario y aislamiento involuntario, entre otros problemas emocionales.
3. Sistema esquelético muscular. La movilidad y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria se ven afectadas en gran manera por los problemas de huesos, músculos y articulaciones, cuyas deficiencias merman el rendimiento motor, la fuerza, velocidad y rango de movimiento de la persona, lo que la hace menos apta para responder a los estímulos que requieran, por ejemplo agilidad para cruzar una calle, fuerza para subir escaleras, rapidez para reaccionar al conducir un automóvil, flexibilidad para ir al baño...
4. Sistema cardiovascular. Su deterioro puede desembocar en infarto al miocardio o accidente vascular cerebral (*derrame*). Padecimientos discapacitantes a los que se suma la depresión.
5. Sistema respiratorio. El cambio más evidente con el envejecimiento es la dificultad para respirar. La consecuente deficiencia de oxígeno altera el funcionamiento de todo el organismo, desde el cerebro hasta el estado de ánimo.
6. Otros sistemas corporales también presentan problemas, como el gastrointestinal, el excretor, el endócrino (responsable de la regulación de glucosa, entre muchas otras funciones), el genitourinario, inmunológico, nervioso... pérdida de piezas dentales, alteración en los ritmos y calidad de sueño, disminución de la memoria, disminuyen la estatura, la coordinación y la masa corporal, hipersensibilidad al calor y al frío, deshidratación, y un interminable etcétera.

Los cambios, aunque no aparecen todos al mismo tiempo, inevitablemente siempre terminan por hacerse presentes. Muchos de estos cambios equivalen a verdaderas mutaciones y tienen un significado muy intenso. Para superar este inexorable deterioro se necesita una gran entereza y capacidad adaptativa del yo: se trata de manejar con dignidad una nueva crisis la que parece más insuperable por ser la última.

Todo esto obliga al anciano a ir reformulando la apreciación, el concepto de sí mismo y de su propia identidad personal. Cada cual reacciona de diferentes modos ante estos eventos críticos, en el mejor de los casos son oportunidades de desarrollo, otras veces son causa de enfermedad física y psíquica. El autoconcepto es uno de los factores que más directamente incide en la resolución de situaciones conflictivas y la forma en que el sujeto se vivencia, guardando estrecha relación con el sentimiento de bienestar. En este punto, las redes y apoyos sociales adquieren suma importancia para optimizar y potenciar las habilidades necesarias para enfrentarse a eventos críticos y nuevos de la vida, como también para incrementar los sentimientos de autoeficacia y autoestima.

Las diferencias individuales dadas por la genética, la biografía y el medio definen y hacen única la experiencia del individuo, por tanto el envejecimiento no debe considerarse como algo que determine las posibilidades vitales de una persona, sino como una variable más de la condición de seguir viviendo.

Los estereotipos de las personas mayores y la vejez

Los estereotipos son representaciones mentales genéricas, simplificadas y ampliamente compartidas sobre determinado objeto o categoría. Tradicionalmente se asumen características estereotípicas negativas asociadas a las personas mayores, exagerando o distorsionando aspectos propios de una minoría. En ocasiones los estereotipos de la vejez también derivan en discriminación. Algunas de estas atribuciones afirman que todos los senescentes son muy parecidos, están enfermos, presentan algún tipo de deterioro cognitivo, son incapaces de

aprender, se vuelven rígidos y difíciles de tratar, son conservadores y cerrados al cambio, están socialmente aislados, que lo que más desean es descansar, son sabios y circunspectos, tiernos, amorosos, indefensos... Los estereotipos negativos son peligrosos porque pueden funcionar como una profecía que se autocumple: si esperamos incapacidad y dependencia, es probable que actuemos de manera que las fomentemos, reduciendo las oportunidades para que los mayores se comporten de forma diferente a nuestros prejuicios sobre ellos. Si los propios mayores asumen estos estereotipos como ciertos, su funcionamiento cognitivo, su salud o incluso su deseo de vivir en ciertas situaciones, se afectan.

En las sociedades modernas la juventud y la belleza físicas son el imperativo categórico de todas las generaciones. Le temen a todas las otras formas de vida y no quieren saber nada de la vejez. Los ancianos solo son honrados si han podido permanecer juveniles de espíritu y de cuerpo. A este conjunto de prejuicios y comportamiento discriminatorio se llama *edadismo* (Palmore, 1999).

Envejecimiento y bienestar

Un envejecimiento exitoso supone buena salud física y psíquica: satisfacción vital con relación a la autoestima, el control percibido, amor y afectos familiares; además de actividades sociales y de ocio, e ingresos (Salvarezza, 1998). Empero, la mayoría de estas características bien pueden formar parte de las otras clases de vejez, incluyendo a la *patológica*. La diferencia estriba en los recursos y esfuerzo que se inviertan en ello. Los gerontólogos identifican seis atributos del bienestar en la vejez: la autoaceptación, relaciones interpersonales positivas, autonomía, locus de control interno en relación al ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal, que permiten alcanzar el estado de *agerasia* o vejez robusta (Rowe y Kahn, 1987)

La media poblacional envejece de una manera que se denomina "normal o satisfactoria". Concepto que surge de la distinción entre unos patrones de

envejecimiento enfermo, caracterizado por patología y dependencia discapacitantes en algún grado significativo, y un patrón de envejecimiento normativo, en el que no hay enfermedad grave ni dependencia, aunque sí un aumento del riesgo a padecerlas asociado a la edad. Dentro de este último grupo, los niveles de funcionamiento físico y psicológico, al igual que la actividad social, se mantienen altos y en algunos sentidos hasta pueden mejorar, a esto se le conoce como envejecimiento satisfactorio. Su estudio no solamente prueba la presencia de modos sanos de envejecer al alcance de la mayoría de las personas, sino también nos permite conocer cuáles son los factores que determinan este bienestar y que evitan que el individuo se dirija hacia un envejecimiento patológico o quede atrapado en él.

Tradicionalmente se recurre a dos tipos de criterios de bienestar (Triadó y Villar,2006):

1. Subjetivos, que implican los valores y la opinión de la propia persona. Incluyen aspectos de tipo cualitativo y hacen referencia a ámbitos emocionales o evaluativos tal y como los experimenta uno mismo.
2. Objetivos, que se refieren a características claramente medibles y que comparan a los individuos mediante una escala de rendimiento o funcionalidad. Aquí tenemos a los indicadores de salud física, de estado cognitivo y de actividades que es capaz de realizar una persona, vinculación activa con la vida. Estos parámetros son necesarios porque proporcionan objetivos claros y estables que pueden guiar la intervención y evitan que se asuma que todo está bien si la persona mayor así lo considera, esto es la "paradoja del bienestar" que significa que aún en situaciones muy desfavorables que evidentemente deben mejorarse, los sujetos contemplan su situación de forma optimista y satisfactoria.

Ambos indicadores, subjetivos y objetivos, se complementan y son necesarios en la definición del buen envejecer desde un punto de vista psicológico. Obviamente, al paso de los años, las condiciones y circunstancias que experimentamos son cambiantes y, al llegar las últimas décadas, tarde o temprano

la persona afronta ciertas pérdidas o limitaciones, ante las que se responde con esfuerzos destinados a sostener las condiciones objetivas y subjetivas que se juzgan esenciales. Esta capacidad adaptativa del ser humano, es esencial para ajustarse a los entornos en cualquier condición de vida.

Discapacidad y psicopatología en la vejez

La disminución de la mortalidad por enfermedades crónico- degenerativas presenta un espectro de consecuencias entre las que encontramos un elevado nivel de dependencia de los adultos mayores, fenómeno evidente en las poblaciones institucionalizadas. La definición de dependencia de la Organización Mundial de la Salud se refiere a “la situación en que se encuentran aquellas personas, que por la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para las actividades de la vida diaria” (OMS,2006).

Se trata de un problema multidimensional para el paciente y también para sus familiares –por lo general en las mujeres- quienes cada vez más buscan el apoyo institucional para el cuidado de sus ancianos. Cuando el anciano dependiente no cuenta con familiares o allegados, ni con recursos financieros, le quedan dos posibilidades de vida: la institucionalización por beneficencia o la indigencia. Algunos optan por el suicidio y otros se insertan en la delincuencia con algún dudoso rol. Esto plantea la necesidad de intervenir a la brevedad, ya que los viejos con algún tipo de deterioro funcional discapacitante componen casi la tercera parte del total de la población de 60 y más años en México, y se espera que esta proporción en crecerá de 2 millones que eran en el año 2000 a 7.3 millones en el 2030 y a 15.1 millones en el año 2050, en su mayoría mujeres (Conapo, 2006).

La escala más utilizada para la valoración del estado funcional del anciano para las actividades de la vida diaria, es la de Katz-Akpom (D'Hyver, 1999), ésta tiene seis grados que van ordenados de menos a más, en las actividades personales cotidianas y son los siguientes: 1. Bañarse, 2. Vestirse, 3. Usar el sanitario, 4.

Levantarse y acostarse, 5. Controlar los esfínteres 6. Alimentarse. Un adulto mayor que no puede efectuar alguna de estas funciones es considerado *dependiente*, si la incapacidad es a partir del grado 2 se le cataloga como *bastante inválido* (OMS, 1993).

Si se considera que una persona mayor es sana porque no presenta enfermedad aguda o crónica, muy pocos viejos podrían considerarse sanos. La Organización Mundial de la Salud puntualiza que la salud es “*un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de trastorno o enfermedad*” (OMS, 1948).

Teniendo en cuenta su potencial capacidad de adaptación a ambientes diferentes, resulta viable que las personas mayores puedan alcanzar niveles **aceptables** de bienestar, independientemente de la presencia de enfermedades agudas y/o crónicas, de cambios o pérdidas asociadas al envejecimiento, e incluso de la vida dentro de una institución. En esta etapa, la *buena salud* significa autonomía y la posibilidad de mantener una vida independiente sobre la que se ejerza control, por tanto las preocupaciones del anciano relativas a su salud se asocian con mayores niveles de ansiedad, preocupación-rasgo y depresión con niveles clínicamente relevantes.

La dependencia en cualquier edad, y más en las personas mayores, influye negativamente en la autoestima, en la salud y en el bienestar subjetivos, en las relaciones sociales y en la realización de las actividades de ocio. Se habla de un fenómeno multicausal: factores biológicos, psicológicos y ambientales; actitudes y comportamientos de la familia y allegados, sobreprotección o falta de ésta, estereotipos edadistas¹ y demás, conducen al fenómeno del *exceso de incapacidad* que consiste en que la persona presenta un nivel de funcionamiento cotidiano inferior a su capacidad real y que tiene consecuencias negativas en su estado emocional (sentimientos de ira, vergüenza, temor y finalmente

¹ El término *edadista* o *edadismo*, acuñado por Montoro y Palmore en 1998, se refiere al conjunto de prejuicios y comportamiento discriminatorio hacia las personas mayores principalmente, tomando como único parámetro su edad.

indefensión), su grado de autoeficacia y autoestima, depresión y mortalidad prematura.

La salud percibida se relaciona negativamente con el avance de la edad, la presencia de problemas de salud objetivos, la dependencia, la soledad. Y se asocia de forma positiva con el nivel económico, educativo, la supervivencia, el estilo de vida y el apoyo o red social (Montorio, Izal y Pérez, 2006).

La enfermedad y la conducta se influyen mutuamente. Mientras las enfermedades agudas provocan respuestas emocionales y limitaciones en el funcionamiento cognitivo en cualquier momento del ciclo vital, la enfermedad crónica tiene efectos más drásticos, como veremos más adelante al describir el trabajo realizado con los ancianos de la institución estudiada. Por otro lado, la conducta obviamente influye en la salud, de manera que determinados hábitos de comportamiento como las adicciones, la dieta, el ejercicio o la sedentarismo intervienen en la aparición de enfermedades y la discapacidad.

La psicopatología de la vejez abarca el espectro completo de los trastornos neuróticos, psicosomáticos, de conducta, psicóticos y orgánicos. Sin embargo, la evaluación clínica de estos estados se complica debido a dos rasgos típicos del envejecimiento: el primero se refiere a las reacciones emocionales usuales en esta etapa del ciclo vital, que tienden a producir un síndrome caracterizado por regresión, conductas hostiles y dependientes, e infantilismo. Este síndrome funcional es en cierto modo de depresión y apatía, con frecuencia no es fácilmente distinguible del segundo de estos rasgos, los trastornos orgánicos específicos, por ejemplo una lesión cerebral orgánica causada por infección, degeneración, etc., pueden producir una psicopatología o liberar una subyacente que clínicamente se enmascare. Es muy importante señalar que la lesión cerebral no puede dar lugar a una nueva personalidad, sino que sólo puede poner de manifiesto lo que ya había. Sólo mediante una minuciosa historia clínica y psiquiátrica, un examen físico exhaustivo y la observación atenta durante un largo período, es posible comenzar a efectuar el diagnóstico discriminado que se requiere para establecer las formas de atención y tratamiento". (Zinberg y Kaufman, 1987).

Es fundamental distinguir entre el deterioro neuropsicológico senil normal y la demencia. Paralelamente a lo que sucede al cuerpo, el envejecimiento cognitivo se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en las diferentes áreas intelectuales. A diferencia de lo que se observa en la demencia primaria, los cambios atribuibles al envejecimiento normal son selectivos y no llegan a afectar a la totalidad de las funciones cognitivas.

“La expresión psicótica más común del envejecimiento es la psicosis senil. Los factores desencadenantes más usuales son las interrupciones de las formas de vida habituales, como serían la pérdida irrevocable de la salud, el fallecimiento de una persona allegada significativa para el paciente, o una gran alteración del medio, por ejemplo la institucionalización.... El problema psicológico que con más frecuencia se presenta en los viejos, sobre todo en los que viven en residencias, y por el cual es más probable que se sometan a tratamiento psiquiátrico, es la depresión” (Monforte, Franco y Conde, 2001).

Lo que interesa valorar en la población a la que se refiere este trabajo son las herramientas de adaptación con las que cuentan, su rendimiento “inteligente” en la vida real, es decir el estado cognitivo de la persona, su nivel de percepción, atención, orientación, aprendizaje y memoria (García, Nebreda y Perlado, 1993). A partir de esta base se podrán contrastar las variables propuestas por la teoría y realizar la intervención adecuada.

II. METODOLOGIA

Desde el punto de vista psicológico, en envejecimiento es una realidad primordialmente subjetiva con significados radicalmente distintos para una persona y para otra, no obstante los aspectos comunes (por ejemplo, biológicas, sociales y culturales) a los procesos individuales.

El método cualitativo es una “estrategia alternativa de investigación en la que se emplean entrevistas, autobiografías y otros materiales personales para comprender de forma exhaustiva la vida de una persona individual” (Belsky, 2001).

Siguiendo a Belsky , en resumen se trata de descubrir la experiencia del envejecimiento, haciendo que las personas cuenten sus vidas:

“La historia de vida es compleja, tiene matices y evoluciona. Registra la esencia de lo que significa ser humano, porque revela cómo damos sentido a la vida.... Trato de entrar en su mundo de significados [de los ancianos] mediante las entrevistas.... Me sorprende cuán receptiva es la gente, cuán dispuesta a contar su historia. Es como si las personas necesitaran establecer contacto. Se cogen a la oportunidad de poder hablar. Resulta desgarrador observar lo agradecidas que se sienten porque se les escuche por primera vez. Mi misión consiste en dar voz a personas que nadie escucharía y, en este proceso, ayudarnos a comprender la vejez tal como realmente se vive” (p.58).

Los gerontólogos orientados a la investigación cualitativa no se interesan en comparar entre individuos ni les preocupa especialmente predecir conductas o hacer afirmaciones aplicables a la mayoría de los individuos. Su objetivo es comprender la vida singular del sujeto, tal como se manifiesta cotidianamente, mediante observaciones personales y/o entrevistas a profundidad. Es un camino menos transitado, donde la validez es interna, la cual por definición consiste en la “capacidad de sacar conclusiones precisas de los descubrimientos de un estudio, basándose en el diseño de la investigación” (p.53)

Con base en todo lo anterior utilicé las técnicas de investigación cualitativa que reseño a continuación.

Observacional:

Se considera a la observación como el método más popular para recoger información sobre la conducta. Consiste en “observar y registrar el comportamiento de las personas tal y como se produce en su contexto natural... actuando espontáneamente” (Triadó y Villar, 2006) para luego hacer una descripción y

un análisis. Baltes y Wahl (1987) fueron pioneros en realizar estudios observacionales sistemáticos en una residencia de ancianos, a partir de una detallada observación del flujo de interacciones entre los residentes y el personal del centro., se categorizaron los comportamientos de los residentes y el personal, para después determinar qué conductas antecedían a otras. Este análisis puso de manifiesto ciertos patrones típicos de interacción: los residentes en situación de carencia de contacto social, mostraron comportamientos de dependencia que eran atendidos por el personal, esta atención reforzaba los comportamientos dependientes y debilitaba las muestras de independencia. Esto se interpreta como un ejemplo de compensación: aunque la conducta dependiente puede ser provocada por pérdidas en la capacidad de autocuidado, es al mismo tiempo una estrategia para controlar el ambiente proporcionando un medio para conseguir contacto social y evitar el aislamiento (Triadó y Villar, 2006).

Cualitativa:

Es una familia de métodos que en principio se enfocan en los sujetos, las personas en su unicidad e irrepetibilidad, que producen los números. Resumiendo los conceptos de Taylor y Bodgan (1987), los métodos cualitativos comparten las siguientes características:

- Interés por la experiencia de las personas, abordada de manera global y en todas sus dimensiones. No se entiende a la persona como un conjunto separado de variables, por lo que el investigador cualitativo debe desarrollar una sensibilidad hacia situaciones o experiencias consideradas en su totalidad y hacia las cualidades que las regulan.
- Un carácter interpretativo, entendiendo la interpretación en al menos dos sentidos: por una parte el investigador cualitativo trata de justificar, elaborar o integrar en un marco teórico sus hallazgos. Por otra, el investigador pretende que las personas estudiadas hablen por sí mismas., desea acercarse a su experiencia particular desde los significados y la visión del mundo que poseen las personas estudiadas.

- La atención al contexto en el que tiene lugar la experiencia humana, de manera que los acontecimientos y fenómenos no se pueden comprender adecuadamente si son separados de aquéllos.
- Los contextos de investigación son naturales y no contruïdos ni modificados. El investigador cualitativo dentro su atención en ambientes naturales y busca respuestas a sus cuestiones en el mundo real, o en la realidad desde el punto de vista de los sujetos estudiados.

A partir de estas características y supuestos, encontramos métodos cualitativos heterogéneos, entre los que destacan (Taylor y Bogdan, 1987):

- Los estudios fenomenológicos, cuyo interés estriba en el descubrimiento de la esencia que subyace a las formas a través de las cuales las personas describen su experiencia. Un estudio de este tipo no se preocupa por conocer qué causa algo, sino qué es ese algo, enfatizando los aspectos individuales y subjetivos de esa experiencia. Estos estudios describen el significado de las experiencias vividas por varias personas acerca de un fenómeno y/o concepto, sin reducir estas experiencias a números.
- En la investigación narrativo-biográfica, en la que la persona como tal, y no como objeto de investigación, cobra un papel fundamental, el interés se centra en los procesos de la memoria individual, pero también grupal y colectiva. Interesa cómo la persona construye o reconstruye el mundo social en el que vive, especialmente sus experiencias biográficas. El producto obtenido más frecuentemente de este tipo de estudio son las historias de vida.
- El estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio. Este tipo de estudios se utiliza con especial frecuencia desde una óptica clínica.
- La investigación etnográfica nos sitúa en procesos de investigación de una cierta duración desarrollados en contextos naturales con el fin último de conocer en profundidad esa realidad desde el punto de vista de las personas

que participan en ella. En muchas ocasiones el investigador se introducirá en el entramado vital y comunitario en el que tiene lugar la experiencia del sujeto o sujetos estudiados con el fin de conocerlos de manera profunda.

“La realización práctica de estos estudios implicará en ciertos casos aplicar entrevistas, recoger observaciones, recopilar textos u otras producciones simbólicas. Estos métodos cualitativos, después de muchos años de descredito, están volviendo con fuerza al ámbito evolutivo, de la mano en la mayoría de las ocasiones de modelos en los que los aspectos culturales y sociales se consideran como los esenciales para entender el comportamiento y su cambio” (Triadó y Villar, 2006).

LAS HISTORIAS VITALES

Se dice que las personas narramos historias para comprendernos a nosotros mismos y a los demás (Coleman, 1999; McAdams, 2001), reconstruyendo los acontecimientos de nuestro pasado y anticipando qué puede sucedernos en el futuro.

Historias vitales e identidad:

Como toda narración, presentan personajes, entornos en los que se desarrolla la historia, problemas o desafíos a solucionar por el protagonista y una conclusión. Esta estructura dota a la historia de coherencia interna, ordenando los acontecimientos narrados en una línea temporal, vinculándolos en una cadena de causas y efectos, (unos motivan o justifican la presencia de otros, hasta llegar al presente), aportando un determinado mensaje o lección vital que une y da sentido a los diferentes episodios vitales narrados (Bluck y Habermas, 2000). Este modo coherente de contar nuestra trayectoria ayuda a encontrar significado, unidad y propósito a nuestra vida. A partir de su narración damos sentido a lo vivido, lo comprendemos y vemos como nuestras diferentes experiencias se han desarrollado para dar lugar a lo que somos hoy y aspiramos a ser en el futuro.

Las historias vitales en primer lugar sustentan una versión de nosotros mismos que, pese a los cambios se ve como algo estable que se mantiene a pesar de que nos comportemos de manera diferente en los distintos contextos en que se desarrolla nuestra vida. En segundo lugar, proporcionan una versión de nuestra trayectoria vital en la que los cambios y las transiciones aparecen justificadas y como algo coherente y lógico, ofreciendo además vías de desarrollo futuro, metas, trayectorias posibles a seguir en los años siguientes. Por último, las historias vitales establecen lo que es único en nuestra trayectoria evolutiva, expresan un desarrollo de la persona que puede ser común al desarrollo de otros en algunos momentos, pero que globalmente nos hace únicos. Nuestra historia vital como expresión de nuestra identidad personal, nos individualiza.

Es preciso que el narrador y el protagonista sean la misma persona. Así, podemos encontrar un Yo narrador (la persona en el momento que cuenta o evoca acontecimientos de su historia vital) y un Yo narrado (la imagen que da el narrador de sí mismo en la historia, cómo se describe, qué acciones realiza, cómo reacciona). Este hablar de uno mismo, permite objetivarnos, vernos desde fuera. En ocasiones el narrador se identifica plenamente con el protagonista, pero en otras marca distancias respecto a él. Este manejo de la distancia, de las similitudes y diferencias entre el yo-narrador (tal y como soy ahora) y el yo-narrado (tal y como era antes, en el tiempo de la historia) puede utilizarse como un mecanismo para justificar ciertos comportamientos discutibles del pasado, o para condenarlos y pese a todo obtener una imagen positiva de nuestro yo-presente, en tanto hemos cambiado y ya no somos los mismos de entonces.

En general tendemos a recordar nuestro pasado elaborando historias vitales comprensibles que nos refuercen, nos permitan evaluarnos en términos positivos y apuntalen nuestra autoestima. Pero no siempre es así, para algunos no es una liberación ni un modo de ver coherencia y progreso, sino que supone una tortura al revivir pérdidas y situaciones desagradables. Probablemente, un signo de que los acontecimientos han sido asumidos y superados, es la capacidad

para hablar de ellos e integrarlos en una trayectoria vital más amplia que les da sentido.

Además de funcionar como soporte de nuestra identidad, las historias vitales tienen otras dos funciones adicionales (Bluck, Alea, Habermas, Rubin, 2005; Pillemer, 2001):

-Función directiva. La historia encierra cierto aprendizaje más o menos relevante y trascendente. Corresponde a lecciones extraídas a partir de las cosas que nos han pasado a lo largo de la vida, estas lecciones nos ofrecen una guía que influye nuestra manera de comportarnos. Así, los recuerdos personales nos ofrecen pistas para poder tomar decisiones ante los problemas cotidianos y para la planificación de nuestra vida futura.

-Función social. Evocar experiencias personales pasadas permite crear, mantener o incrementar la intimidad en relación con quienes nos escuchan. Por otra parte, la narración de recuerdos personales puede ser un medio para buscar la empatía y apoyo de la persona que nos escucha o, alternativamente, para ofrecerle el nuestro. Las historias vitales también pueden utilizarse como medio para informar, enseñar, aconsejar o impartir una lección a nuestro interlocutor, ya que el relato de nuestra experiencia permite comunicar significados, verdades que uno cree que se han de tener en cuenta.

HISTORIAS VITALES Y VEJEZ

Los vínculos entre las historias vitales y las personas mayores son muy estrechos. Una primera razón reside en el concepto de integridad de Erikson (1985). A partir de la reflexión sobre lo vivido la persona necesita aceptar y sentir que lo vivido ha merecido la pena, que su vida ha tenido sentido y que a pesar de los cambios experimentados existe una continuidad fundamental que se mantiene en la vejez. La elaboración de una historia vital coherente y aceptable es un medio para conseguir este sentido de integridad.

En ocasiones esta coherencia se logra a partir de cierta idea rectora o de una metáfora que parece describir la vida de una persona tal y como la relata ella misma. Por ejemplo, en un estudio a personas de 70 años, Ruth y Oberg (1996) intentan etiquetar las historias vitales que recogen en función de la metáfora central y recurrente que las caracteriza o del modo esencial de afrontar los acontecimientos que se derivan de ellas. Encuentran historias vitales que transmiten un significado global como las siguientes:

-La vida dulce: son historias que describen una vida tranquila, que comienzan bien, siguen y acaban también bien. El éxito y los logros están presentes en todas las esferas de la vida.

-La vida como carrera de vallas: la vida se narra como un proceso de superación de los obstáculos que han ido apareciendo con los años. Esta superación comporta un sentimiento de orgullo.

-La vida como carrera laboral: este tipo de vida se asemeja a un currículum profesional. Se subrayan especialmente los trabajos y cómo y por qué se pasa de unos a otros, enfatizando los logros laborales.

-Una vida dedicada: la vida se describe como un continuo estar al servicio de las metas y los objetivos de otros. Las aspiraciones propias o bien no existen o son muy bajas, y se valora haber vivido para el cuidado y bienestar de los demás.

-La vida amarga: vidas marcadas por penurias y problemas. Los protagonistas se describen como sufridores, como víctimas que han tenido una experiencia vital sombría. El mundo aparece en esas vidas como algo injusto, duro, incontrolable.

-La vida como trampa: la vida se narra como un engaño, un ir logrando cosas hasta que, cuando se cree estar en el mejor momento, sucede una desgracia inesperada que lo echa todo a perder.

Cada nueva experiencia de vida ha de ser encajada con la historia elaborada hasta ese momento, encaje que implica siempre dos movimientos complementarios: por una parte, una ampliación de la historia vital, añadiendo la

nueva experiencia e interpretándola como una continuación de lo ya vivido. Por otra, una reorganización de la historia vital que teníamos hasta ese momento para acoger el nuevo episodio. En función del tipo de acontecimiento (si es más coherente o menos con lo ya vivido), se podrá simplemente incorporar o implicará un cambio más o menos profundo de la historia previa, pero en todo caso esta dialéctica entre la ampliación y la reorganización de nuestra historia se mantienen a lo largo de la vida. Pese a ello es probable en estos cambios en la historia vital sean menos y de menor calado en los mayores que en los jóvenes. A medida que se envejece el pasado tiene un peso cada vez más grande en la historia vital y el futuro se contempla a un plazo mucho menor y más como una prolongación del pasado que como un periodo en el que se desean grandes cambios o se aspira a obtener logros radicalmente diferentes a los que ya se tienen. En suma, si queremos obtener una historia vital en su forma casi definitiva, hemos de estudiar las historias vitales de los mayores (Pillemer, 2001).

REMINISCENCIA, REFLEXION VITAL Y REVISION VITAL

Las historias vitales se nutren de la memoria autobiográfica, pero no son sólo memoria: son un modo especial de evocar acontecimientos en los que el recuerdo se mezcla con la interpretación, con el razonamiento acerca de lo sucedido, con la evaluación de la experiencia, con el intento de explicar y dotar de coherencia nuestras experiencias.

La reminiscencia es una forma de recordar interpretando, un proceso por el que evocamos sucesos pasados y los traemos a la conciencia tratando de darles sentido. Se trata de hechos remotos en el tiempo y que no incluyen referencias explícitas al presente o futuro esperado. Están asociadas al estudio de los recuerdos de las personas mayores, mientras que las historias vitales se elaboran y podemos estudiarlas en personas de todas las edades a partir de la adolescencia (Webster, 2003; Staudinger, 2001).

Hay tres tipos o niveles de procesos de reminiscencia distintos en función del nivel de interpretación, en los que se implican las personas mayores:

1° Recuperar únicamente información sobre acontecimientos pasados. La interpretación es muy simple y no es intencionada, sólo se busca “hacer memoria del pasado”. Equivale a la memoria autobiográfica (Webster, 2003).

2° Reconstrucción de acontecimientos vitales, analizarlos y explicarlos de alguna manera. Implica operaciones cognitivas o intelectuales de memoria, despierta emociones y elementos motivacionales. Son las “reflexiones vitales” (Satudinger, 2001). Al analizar los recuerdos se les organiza temporalmente, agrupándolos en categorías (ej. éxitos frente a fracasos, familia frente a trabajo y ocio, etc.), comparando nuestra trayectoria vital con las de otras personas, evaluando si hemos cumplido nuestras metas y sueños de juventud, abstrayendo de metáforas o lecciones vitales. Estos procesos son complejos y costosos y por ello no aparecen cotidianamente en la vida de las personas. Tienen más probabilidad de surgir solo en ciertas situaciones: acontecimientos novedosos, obstáculos inesperados, transiciones que suponen un cambio importante. Nos hacen reconsiderar lo ya vivido para poder integrar lo nuevo (dejar el nido, despido del trabajo, jubilación, tener un hijo, muerte de un ser querido, etc.). También cuando tenemos que elegir (¿jubilación o seguir trabajando?) o al encontrarnos desorientados (¿soy feliz en mi relación de pareja?). Estos procesos nos ayudan a reelaborar el conocimiento que tenemos de nosotros mismos, a saber cosas sobre la vida, aprender, ser mejores, madurar y crecer psicológicamente. Las reflexiones vitales son una importante fuente de desarrollo que se puede mantener hasta el final del ciclo vital. Staudinger (2001) afirma que es en este nivel donde se mueven las historias vitales, de hecho se les puede considerar como el producto de un proceso de reflexión vital amplio que tiene por objeto todo nuestro ciclo de vida o al menos parte importante de él. Además también incorpora aspectos relacionados con el presente y el futuro, no solo con el pasado. Sus dos beneficios (comprenderse y madurar psicológicamente) surgen del proceso de relatar nuestras vivencias, de elaborar nuestra historia vital (Satudinger, 2001).

3° Vincula el recuerdo con algo más complejo: el proceso de atar cabos que han quedado sueltos en nuestra y la reconciliación con aspectos insatisfactorios de nuestro pasado. Se conoce como “revisión de vida” y se define como “el retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución” (Butler, 1963, 2001). Este proceso, a diferencia de las reflexiones vitales, tiene carácter evaluativo y se supone que tiene lugar de manera normativa en los últimos años de la vida –ancianos y desahuciados- No trata simplemente de dar coherencia a la propia trayectoria vital, sino de recordar aspectos pasados insatisfactorios e intentar arreglarlos. Este arreglo puede venir de la mano de la reelaboración de nuestra historia vital, pero también de otros medios: trabajo creativo (autobiografías, obras artísticas), hablar con quienes fueron relevantes en nuestro pasado para retomar episodios conflictivos y poder solucionarlos o a partir de transmisión a otros de la propia historia, son sus errores y aciertos. Una segunda diferencia con las historias y sus correspondientes reflexiones vitales es que la revisión vital tiene un claro sentido clínico, y existen terapias basadas en el recuerdo que intentan facilitar a la persona esta reconciliación con su pasado.

Investigaciones recientes ponen en duda que los procesos de revisión vital sean comunes en la vejez. Quizá porque implica gran cantidad de esfuerzo. Se trata de buscar nuevos significados a la vida y el proceso puede conllevar el cuestionamiento de valores mantenidos durante muchas décadas para lograr niveles superiores de auto-comprensión. Quizá la revisión vital sea necesaria solo para aquellas personas que han experimentado acontecimientos traumáticos, grandes dificultades o crisis a lo largo de su vida, pero no para muchas e incluso para la mayoría de las personas mayores (Villar y Triadó, 2006) (Ver anexo 1, p. 132).

RESULTADOS OBTENIDOS

Aproximación a los pacientes:

En total establecí contacto con 39 residentes, de los cuales tres mujeres no aceptaron más de una sesión de entrevista, tres hombres fueron inaccesibles de antemano por su estado permanente de ensimismamiento, uno fue expulsado del asilo antes de comenzar su intervención (evaluación) formal y tres fallecieron durante el período del servicio social.

Evaluación psicológica:

De 35 entrevistas a internos, obtuve 26 diagnósticos clínicos iniciales² y tres confirmaciones, siendo especialmente importante el análisis de las funciones cognitivas ya que, acuerdo con Triadó (2006): “es fundamental distinguir entre el deterioro neuropsicológico senil normal y la demencia ... la teoría y la clínica nos permiten este conocimiento sin el cual no se puede establecer, ni siquiera presumir, un diagnóstico antes de efectuar una intervención”, sobre todo porque en casi todos los expedientes de estos ancianos alguien no dedicado a la salud mental escribió de prisa que padecen de demencia y/o depresión.

Diagnóstico	Edad	Sexo
<i>Demencias:</i>		
Vascular prefrontal	83	F
Vascular frontotemporal	71	M ▼
Vascular prefrontal/depresión (≡)	59	M
Síndrome cerebral orgánico	85	F
Binswagner (≡)	71	M ▼
Desnutrición severa crónica	75	F
Intoxicación	74	M ²

² Para efecto de ejemplificar el procedimiento de obtención de los diagnósticos, al igual que la formas de aproximación e intervención, tomé como muestra dos casos que se muestran en el Anexo 2.

Deterioro cognitivo:

Severo	92	M
Severo	92	F
Severo	91	F
Severo	89	F
Severo	84	F ▼
Severo	81	M
Moderado/distimia	95	F
Leve/signos obsesivo-paranoide	79	F

Trastornos del ánimo:

Depresión aguda/duelo	79	F
Distimia	89	F
Distimia	87	F
Distimia	62	M
Distimia	59	M ▼

Diversos trastornos psiquiátricos:

Parafrenia/depresión	82	F
Esquizofrenia (≡)	75	F
Personalidad limítrofe	72	F
Ansiedad mixto con fobias	71	F
Esquizoide	60	F
Rasgos sociopáticos	59	M

Normales (resilientes) en condición de disminución física:

Hemiplejia post AVC	63	F
Poliomielitis ambas piernas	64	F
Ceguera y sordera leves	102	F

Referencias:

(≡) Confirmación de diagnóstico

▼ No se realizó diagnóstico

Investigación narrativo-biográfica

Con excepción de cuatro de los residentes señalados en la lista anterior con ▼ fue posible elaborar 25 historias biográficas completas (o casi) que me proporcionaron información cualitativa (Metodología, p.80) sobre los individuos investigados y sirvieron de base para la valoración, diagnóstico y un plan de intervención individualizada en concordancia con el enfoque conceptual del ciclo vital que plantea la regulación de la pérdida con base en la reorganización del funcionamiento en niveles más simples y contempla que con el avance de la edad las trayectorias personales están mayormente determinadas por las influencias no normativas (ver pág. 68) que usualmente se relacionan con pérdidas. De manera que las metas contemplan el papel relevante de la capacidad adaptativa del ser humano y la participación protagónica de cada individuo en la determinación de su propia línea vital. Así, mediante las biografías fue posible identificar en cada sujeto:

- Discapacidades
- Dependencia consecuente
- Capacidades mantenidas
- Necesidades
- Preferencias
- Deseos
- Aspectos afectivos y motivacionales
- Percepción de sí mismos y del medio
- Valores y aspectos éticos relacionados
- Patrones de respuesta

Con todo este *material de trabajo* fue posible establecer las tres clases de estrategias adaptativas propuestas por Baltes (ver pag. 69): selección de prioridades y metas alcanzables, optimización o mantenimiento de los recursos disponibles ante el riesgo de pérdida, y compensación o respuesta específica a la pérdida real.

La aplicación de estos principios tuvo como finalidad apuntalar las áreas cognitiva socio y psicoemocional de los ancianos intervenidos, con los siguientes resultados concretos:

Intervenciones

a) Entrevistas individuales

Mediante esta técnica, además de haber sido la principal fuente para la obtención de datos cualitativos, se redujo el nivel de ansiedad manifestada de manera verbal, motriz y por actitudes de temor, agresión o rechazo.

También representó un gran estímulo cognitivo, al combinar esfuerzos de rememoración, verbalización, comprensión, concentración y atención.

El afrontamiento inicial, generador de un grado de ansiedad más bien alto, se fue transformando en un trabajo de integración y comunicación que los hizo sentir importantes y especiales. Lo fueron, lo son.

“Por favor paciencia... ¿me entiende?... ¡me entiende!... nadie me entiende ni platica conmigo....así es como me gusta platicar mis cosas: en privado y en confianza.... ¿cuándo vuelve para contarle más cosas?” [mujer de 72 años con lesión en el Area de Broca, desde hace 28 años].

Competentes, necesarios: “Oiga bien, así se hace: baja el switch, yo tengo herramienta, se la presto porque se ve honrada, pero no les diga a ellos [cuidadores] son rateros, cobran más del triple. Mejor en un tiempito yo se la pinto, con dos cubetas, una para afuera y l’otra en la cocina, de los todos colores, no le cobro, pa’ que vea que trabajo bien. Me dejaron aquí con engaños los cabrones ¡pero yo todavía puedo trabajar!.... bueno pues le dicto lo que se necesita y usted compra todo el material” [hombre de 92 años, obrero, deterioro cognitivo senil)].

En algunos casos se requirió de juguetes para llevar a cabo las conversaciones, por ejemplo hablándole a una muñeca: “Y tú, mira nomás que greñuda estás ¿dónde andabas?... nada de que jugando conmigo, si yo estaba haciendo los frijoles...pos qué más ¡sólo frijoles! Ni que juéramos ricos.... dile a tu

mamá que ya me pague pa' comprar tela y vender... pos servilletas y blusas....¿tienes hambre?... en la cocina del rancho amarillito hay comida.... el patrón tiene tortillas, es de España.... díles que ya me den de tragar y a ti también.... ¿Esta es tu hija la grande (yo, vista por la anciana como hija de la muñeca)?... te conozco desde que eras así de chiquita y también fui nana de todos tus hermanitos, titipuchal de chamacos bien azulitos que tuvo tu mamá ¿le gustaron mis frijolititos?" [mujer de 75 años, desnutrición crónica, demencia. Se le encontró vagando por la calle. Ya admitida en el asilo, la "localizó" su hermana, y único familiar, quien afirmó no se habían visto en 30 años, también confirmó muchos de los datos obtenidos en las sesiones de entrevista].

A medida que pasó el tiempo, las entrevistas individuales y a solas fueron percibidas como una especie de concesión y privilegio, que casi todos solicitaban (excepto los muy impedidos), incluso quienes en un principio se negaron. En estas sesiones hubo de todo, desde secretos inconfesables hasta chistes fuertes a cargo de dulces ancianitas. Durante las sesiones los entrevistados expresaron sentir "menos nervios, menos vergüenza, hasta me dan ganas de hacer algo para vivir mejor en este lugar de locos quiero conocer amigos nuevos, ¿usted cree que se pueda?" [Hombre, 59 años, demencia prefrontal vascular y depresión]. Este incremento en la comunicación de sentimientos, emociones y deseos fue paralelo a las demandas de reaseguro y vinculación a la realidad, expresadas por diferentes internos: "¿Cómo se llama el Presidente?... ¿a poco de veras es del PAN? ¿verdad que la Interpol es una policía secreta? ¿cuánto cuesta el kilo de molida de res? ¿cómo se juega el "trébol"? ¿estamos lejos de Tacubaya? ¿verdad que este es un perro? [señala foto de un perro en revista] ¿conoces la zapatería El Borceguí? ¿ha probado la birria de Aguascalientes, le gusta?, avísame cuando vaya para decirle cómo llegar a ¿conoces la calle de Monte Athos, si, me crees, verdad que existe? this time I'll speak in english ¿do you?"

A partir de los perfiles obtenidos con esta técnica, sugerí el traslado de dos personas a otra institución: una mujer de 71, autosuficiente, con trastorno de

ansiedad mixto tratable, quien de continuar en este asilo se deterioraría más rápidamente y además estaba perturbando el ambiente; y un hombre de 56 años, ciego, amputado de un pie por diabetes (motivos por los que se le admitió canalizado por el DIF), con rasgos sociópatas, ex policía judicial y drogadicto, que manifestó abiertamente su intención de no cooperar a menos que las cosas se hicieran a su voluntad, por ejemplo, salir con alguna frecuencia a burdeles pues “todavía tengo ganas de estar con mujeres” y trabajar en el manejo de medicinas, entre otras exigencias.

Más de un año después de terminada la prestación de este servicio social, la mujer fue cambiada a otra casa hogar y el hombre también, a raíz de que se le descubrió abusando sexualmente de una anciana (y presuntamente también de un senecto autista), además de otras evidencias de conductas graves.

El efecto central de estas entrevistas fue el trabajo de revisión de vida, cuyo carácter reevaluativo buscó dar coherencia y sentido a la trayectoria vital de la persona, así como transmitir su propia historia retomando sus episodios conflictivos, con sus errores y aciertos, facilitando la reconciliación con su pasado y una mejor experiencia de su presente.

“¿Para qué me preguntas cómo estoy? ¡Qué pregunta más tonta! ¡Si me ves viva es que estoy bien!” [mujer, 75 años, esquizofrenia].

b) Guías de actividades terapéuticas individuales

Con base en el conocimiento de la persona, obtenido en las entrevistas, elaboré guías de actividades terapéuticas individuales (anexo 4) que probé con éxito por lo menos en 4 sesiones de trabajo (una por semana durante un mes). La finalidad fue que estas guías formaran parte de cada expediente para que el personal responsable o los prestadores de servicio social contaran con pautas de actividad para los pacientes. De hecho se instruyó a los estudiantes del servicio comunitario de la universidad particular para que trabajaran basados en esta información. Pero al no apegarse a lo indicado y dada la falta de disponibilidad de voluntarios y/o empleados, en relación al tiempo, frecuencia, conocimientos,

compromiso y disciplina requeridos -así como para mantener la confidencialidad sobre ciertas condiciones personales ahí descritas- esta producción quedó en espera de ser entregado a quien o quienes den continuidad profesional al programa.

Cabe anotar que estas actividades no se realizaron en privado, sino en las áreas comunes y a la vista de todos, con el resultado adicional de que los otros residentes presentes se fueron integrando gradualmente a la actividad observada, aprendiendo por imitación, y con diferentes grados de interacción grupal y competitividad. Lo cual se puede leer motivación-logro-reconocimiento.

En general, el trabajo individual, llevado a cabo de la forma descrita, incrementó la percepción de bienestar de los ancianos, quienes agradecieron y comenzaron a exigir que se les dedique *tiempo exclusivo*. “¡Señorita! Por favor lléveme al sol [patio] para hacer ejercicio y platicar a solas desde que hacemos yoga me siento más ligerita y duermo mejor” [señorita de 89 años, extremadamente tímida e insegura, aislamiento social, distimia, inválida desde la cintura].

c) *Actividades en grupos*

1. Activación y relajación física. Consistente en movimientos muy suaves de rehabilitación y yoga (que en realidad es una forma de gimnasia psicofísica), o mejor dicho una adaptación de algunas posturas viables para personas en condiciones de parálisis, ejercicios de respiración y coordinación. Las sesiones fueron en grupos de al menos dos personas y no duraban más de 10 minutos, lo que ya era muy cansado para los practicantes. Este trabajo se realizó indistintamente en los dormitorios, comedor y patio –según el clima y la disposición de los camilleros para el traslado del grupo en sillas de ruedas –

Consideré adecuado establecer un horario exclusivo para hacer “gimnasia y yoga”, con el objeto de darle formalidad e importancia a la práctica del ejercicio.

Cada clase comenzaba con calentamiento de articulaciones, de abajo hacia arriba del cuerpo, hasta el cuello, y terminaba con relajación (caras y gestos, tensar-aflojar músculos, sacudir manos, mover pies, ojos cerrados, “inhalar felicidad, alegría, amistad, bienestar, salud, música, risa, etc.; exhalar incomodidad, enojo, dolor”).

En lo posible utilicé la visualización.

Con frecuencia apliqué –sólo a mujeres- masaje a espalda, brazos y piernas, esto era apenas tocando a la persona y prácticamente sin mover mis manos, solo transmitiendo “calorcito de bienestar”. Al respecto existen dos técnicas de terapia con las manos: el healing touch ³, desarrollado por la enfermera estadounidense Janet Mentgen (1989, Colorado, E.U.) para la curación de variedad de padecimientos médicos; y el reiki japonés, que afirma sanar casi cualquier tipo de enfermedad a través de la canalización de energía curativa mediante la imposición de las manos. Más allá de la validación científica de estos métodos, la cuestión es que el tacto por sí mismo transmite afecto, protección, seguridad, compañía... y esto es terapéutico.

“No me sueltes con tus manitas calientitas... caliéntame las mías” [mujer, 95 años, deterioro cognitivo severo].

“Ya me curé, se me quitó el dolor de mi cabeza gracias a ti, tienes manos de aspirina. No te vayas” [mujer, 102 años, senecta normal, saludable para su edad. Llorando a gritos y quejándose de múltiples males graves, de muerte, durante sus primeros días de internamiento].

Las usuarias de estos servicios fueron las mujeres, los varones (con excepción de uno que sólo se relacionaba con señoras) rechazaron estas actividades sin disimular su desdén.

³ El programa Toque de sanación surgió de la labor y la enseñanza de la enfermera curandero, Janet Mentgen, que enseñó el primer funcionario Healing Touch curso en 1989. El programa se desarrolló en parte basado en su interpretación de la filosofía y los métodos de curación de los curanderos conocidos, como el de Alice Bailey, el Dr. Brugh Joy, Barbara Brennan, y Rosalyn Bruyere. También incluye técnicas de los curanderos menos conocidos, así como las ideas y las técnicas descubiertas por Mentgen y sus colegas de enfermería

El asilo también contó con la visita de la Asociación de Invidentes que ofreció masajes relajantes y descontracturantes gratuitos de prueba, a cargo de personal capacitado que además aplicó a las ancianas aceites aromáticos y ungüentos especiales. Las beneficiarias reportaron sensaciones de bienestar y aceptación para repetir la experiencia, solo que ya no sucedió porque los invidentes cobran y ni el asilo ni los familiares o benefactores llegaron a un acuerdo de pago.

2. Juegos en el comedor. Estos se desarrollaron con los participantes acomodados alrededor de sus respectivas mesas, ocasionalmente hubo cambio de lugares. En realidad contaba con pocos materiales que no alcanzaban para todos y además no les llamaban la atención (lotería, serpientes y escaleras, rompecabezas) ya que eran los más practicados con las voluntarias. Pero ciertos objetos sí les resultaban estimulantes: carritos, cometas, matracas y, de manera muy particular, una pelota improvisada hecha de papel periódico y cinta adhesiva; a partir de aquí comenzó el estímulo. Esta pelota fue fácil de manipular, ligera y divertida porque se les pegaba a las manos, se deshacía, se la aventaban sin miedo a lastimarse. Probé con otras pelotas sin éxito, era ésta o ninguna. Se convirtió en la diversión favorita y la actividad que más favoreció la interacción (aunque relativa) y el ejercicio físico. Se pusieron reglas, incluyendo premios (aplausos, a veces un jabón, un cepillo de dientes, un vale para salir a la banquetta) y castigos (buuuus, “decapitación” simbólica con el dorso de la mano, contar hasta cien... aquí acababan ayudando todos); fue precisamente la residente con problema de habla quien propuso esta actividad y con frecuencia obtiene su reconocimiento y gratitud por su atinada sugerencia, ella responde con afecto a sus compañeros (sonrisas, aplausos) y cooperando con ellos durante las diferentes actividades. Destacó la participación entusiasta y constante de tres pacientes: dos con hemiplejía, una de ellas solo movía apenas la mano derecha; y la mayor de del asilo, 102 años de edad en 2007, la más divertida y ágil entre todos.

Observé que los concursos eran lo que más los estimulaba, no solo por el premio sino por el hecho de demostrar superioridad de capacidades respecto a los demás y obtener el reconocimiento. Incluso los más pasivos, los hombres, comenzaron a integrarse de alguna manera, por ejemplo, opinando desde lejos. Así fue que, tomando en cuenta las sugerencias de los ancianos, improvisamos competencias de canto y reconocimiento de canciones, actuación, baile como quiera (incluso solo con los dedos), gritos locos, chistes, acertijos turísticos, por ejemplo: “¿quién ha ido a la playa, Chapultepec, Xochimilco qué hay ahí cómo se llama el lugar cómo se va y se regresa qué se come cómo es cuánto cuesta, etc.?” (noté que los sujetos con mayor deterioro cognitivo prácticamente no presentan ansiedad cuando estas preguntas se formulaban en grupo); hacer caras y gestos.

La actividad del baile los animaba mucho, aunque era únicamente moverse en su lugar, el hecho de ignorar momentáneamente las limitaciones y concentrarse en las capacidades elevaba el ánimo notablemente, algunos que no bailaban comenzaban a cantar, se reían de ellos mismos, una señora de 85 pidió ser la “disc jokey” y subieron el volumen lo más alto posible, de manera que se escuchara en todo el inmueble hasta la recepción del hospital... incluso los camilleros se mostraron más cooperadores. Las semanas posteriores los ancianos solicitaban sus piezas favoritas y también aceptaban bien la música contemporánea, todo lo que fuera de muchos decibeles.

Una ocasión fueron saludados por un locutor de la radio (estación “El Fonógrafo”), hubo gritos de gusto de ancianos y empleados y una señora de 63 años lloró de emoción durante una hora “gracias por acordarse de nosotros y hacernos famosos”.

El estéreo, donación de un almacén de autoservicio, venció el peso de la repisa donde estaba y una noche después de la cena por poco le cae a Don Hermenegildo en la cabeza (83 años, inválido, signos autistas). Ya no hay música.

3. Estímulos cognitivos de escritorio. Los tradicionales laberintos, dibujos, rompecabezas e inserto de figuras geométricas tuvieron poca respuesta. Quienes los hicieron, más bien obedecían mecánicamente, y lo hacían mal. “No me gustan mucho, pero como usted diga no veo bien no veo nada parezco parvulita ¿para qué voy a hacer esto? yo, otro día, disculpe” (pacientes varios).

Se observó gran dificultad perceptomotora en las ejecuciones, seguida de ansiedad y apatía.

Hubo más aceptación de revistas femeninas (también entre hombres) por las fotos, los colores y pedían se comentara la información o las imágenes.

“Estos trajes de baño yo se los hice a estas muchachas huesudas, su premio por comer bien, ahí está [menciona nombres de personas de su familia que él alucina ver en la foto, incluso las señala y relata a continuación los detalles de un evento familiar] [hombre, 74 años, demencia. Acapulqueño].

4. Manualidades. Trabajos con papel y tela. No se concentraban por tiempo suficiente en lo que hacían, tampoco les motivaba pues no encontraban un “para qué”, así pedían que se les ayudara y eso se transformaba en hacerles el trabajo, de manera que su *actividad* consistía en observar el procedimiento y era entonces cuando comenzaban a preguntar, instruir, opinar, incluso a platicar entre ellas, pero siempre buscando ganar la atención individualizada y la aprobación exclusiva de la líder del proyecto. “Deja eso, no se hace así, mira qué bonito lo pega la señorita ... señorita, quítele el resistol, va a manchar la tela tan fina ah! péguete aquí el ojito no le haga caso a ella, no sabe no sabes y deja ahí, lo vas a echar a perder (alguien comienza a cantar, otra le sigue) ¿te sabes la de bonitaaaaa♪♪? me la cantó, todos los días ... quién [pregunta alguien] ... el presidente López Mateo” [conversación entre mujer de 83 años con demencia vascular y mujer de 63 años con hemiplejía].

Cuatro residentes, mujeres, confeccionan por iniciativa propia carpetas a gancho, bolsas, pulseras y prendas de estambre, para vender. Sin embargo se les dificulta mucho obtener dinero para la compra de materiales, de manera que su actividad depende del financiamiento de algún benefactor; lo mismo que la venta de sus artículos, los cuales no son del gusto comercial, entonces las ancianas terminan regalándolos un tanto desanimadas.

d) *Cambio de ambiente físico.*

Salidas al patio a tomar el sol, platicar y hacer ejercicio. Paseos por la cuadra con visitas a los comercios de la zona (previo acuerdo con los encargados de las tiendas, siempre cooperadores), cargados de percepciones visuales y auditivos, a veces la compra de un café, un boleto de lotería, una aguja y estambre, un pan, un cuaderno, unos clavos, ver aparadores, la “escapada” (en realidad con permiso de la Dirección) a una fonda a comer, por citar algunos casos en los que los estímulos eran utilizados como reforzadores cognitivos, ejemplos: “¿cuántos árboles ve ahí enfrente? ¿de qué color es ese coche?... ¿qué número es ese? ayúdeme a encontrar la panadería que está enfrente vamos por un capuchino, pero usted lo pide y lo paga (yo le doy el dinero)usted escoge las crayolas y hace el trato con el vendedor”. Este trabajo generó muy buena respuesta en pacientes con demencia, que incluso fueron capaces de recordar la experiencia semanas después: “¿Cuándo volvemos a México a hacer más negocios con el señor Luis?” [mujer, 85 años, síntomas Alzheimer 2ª etapa. Le gustaba ir a la papelería, el dueño nunca dijo su nombre]; “Ay hija, tan bien que la pasé contigo en París ... tomando café enfrente del Río Sena tantos niños que se van de pinta, ¡quién no se va de pinta en París!” [mujer 83 años, demencia. Acerca de la salida al café internet a la hora de la salida de la secundaria pública cercana, ubicadas en la mesa de la banquetta].

A veces solo bastaba un cambio de lugar en el comedor, ir a conversar a un cuarto pequeño y vacío, bajar a la entrada del asilo o simplemente asomarse a la ventana para que el ánimo de la persona mejorara, lo que se evidenciaba al conversar y sonreír más, actitudes menos desconfiadas, mejor percepción de los

colores y formas, recuerdos más precisos y coherentes, movimientos más fluidos y coordinados.

e) *Lectura*

Los internos asimilaban bien cuentos muy cortos de argumentos simples, casi siempre fábulas infantiles, acerca de los cuales les hacía preguntas, pedía opiniones y críticas, si se podía los animaba a dramatizarlos y solicitaba su consejo respecto al problema tratado. Dar consejo los satisface, en ocasiones discuten entre ellos, por ejemplo los siguientes comentarios a propósito del relato de Dédalo e Icaro : “Si te acercas a la lumbre del sol te quemas ... [ríe] ¡te derrites!” [mujer, 89, distimia] —“¿Qué crees que es tonta? Ella se sabe cuidar” [mujer, 72 años, limítrofe] —“Yo la llevo al sol señorita, conmigo no le pasa nada, yo vivo en la sierra de Acapulco y mato tiburones” [hombre 74, demencia].

Ante lecturas más largas y sin interacción constante, pierden atención y se duermen o las ignoran por completo.

f) *Estética*

La preocupación por la apariencia personal se encuentra fuertemente vinculada a la autoimagen y la autoestima. Basada en la experiencia con la población intervenida, me atrevo a afirmar que, en cualquier edad y condición, el interés por verse bien es inversamente proporcional al estado de salud de la persona, en cualquier edad y condición, aún teniendo poca conciencia de su realidad presente —muchos de estos pacientes viven más en el pasado, donde hubo juventud, belleza, vigor.

Las actividades de “salón de belleza” fueron muy bienvenidas y solicitadas por prácticamente todos los ancianos residentes, fueran mujeres u hombres. Al principio se trató de manicure, peinados y maquillaje a mujeres, incluso solicitaron tinte de cabello y permanente. La señora de 102 años presumía sus uñas pintadas y avisaba cuando ya necesitaba un retoque, elegía el color y en una ocasión se robó un barniz. La paciente con esquizotipia, rescatada de la indigencia pepenando basura, exige quincenalmente su manicure, peinado y maquillaje.

Deprimidas o con demencia valoran mucho los servicios estéticos y también la ropa bonita, como la señora de 102 años que lloraba y se quejaba porque le ponían “el pantalón gris en vez del rosita, dígales que quiero el rosita o nada”.

Al cabo de varios meses, fue factible contar con el apoyo de un grupo de alumnas de una escuela de belleza y cosmetología de lujo, también como servicio social curricular. El comedor se transformó en un auténtico SPA profesional y los varones, hasta entonces sólo observadores, solicitaron abiertamente servicio también para ellos: cortes, manicure, pedicure, tintes, peinados, maquillajes, masajes ligeros en manos y pies. Fue un día feliz en el asilo. Las cosmetólogas prometieron volver en dos fechas posteriores y fueron esperadas con mucha ilusión por los ancianos; no regresaron y no se ha podido conseguir que vayan de alguna otra academia: “las alumnas ya no quieren volver porque les deprime ver a esos viejitos tan malitos Íbamos llorando en el taxi [de regreso a su escuela] a todas *nos llevan* [la relación con los ancianos] a nuestros propios padres y a pensar cómo será nuestra vejez, y nos da pánico sólo imaginar que vamos a llegar así como ellos” (Profesora Patricia Gómez, ICEC SPA. Comunicación directa, octubre 2008).

Datos obtenidos por observación en campo

Diariamente, en diferentes horarios y situaciones, registré el comportamiento e interacción cotidiana de las personas en todas sus combinaciones: entre pacientes, paciente-empleados, paciente-familiares, paciente-voluntarios, empleado-empleado, empleado-voluntario, voluntario-voluntario. Los internos prácticamente no interactuaban entre sí, su razón es que “aquí todos están locos”, desconfiaban y en ocasiones peleaban con el personal operativo cuya actitud era de fastidio o indiferente porque “aquí todos están locos”, pero eficiente en cuanto a los cuidados físicos básicos de los ancianos: aseo, alimentación, ayuda a vestirse, suministro de medicamentos; de manera esporádica conversaban con alguno de los internos o les hacían un favor *extraordinario* como comprarles algo a cambio de una propina. Entre empleados y médicos se observó buena relación en general, excepto algunos cuidadores

(camilleros) varones que expresaron su disgusto por la jerarquía superior de las enfermeras respecto a ellos, en sus palabras: “se sienten superiores y son soberbias, nos quieren dar órdenes”; por su parte, el personal femenino refiere actitudes machistas de ellos – lo que es real.

El personal operativo en general vigilaba, pero manteniéndose a distancia de voluntarios para evitar que “también nos manden... y todo por el mismo sueldo”. Entre voluntarios solo se daban acuerdos si eran integrantes del mismo grupo. Estos asistentes eran vistos por la mayoría de los pacientes como “benefactores” que iban a regalarles algo tangible; el entretenimiento ofrecido no los estimulaba gran cosa. Los diferentes voluntarios tampoco tocaban ni se acercaban mucho a los ancianos, o lo hacían muy limitadamente, al contrario de lo que ellos pedían abiertamente: “dame un abrazo... un beso... qué calientita está tu mano... me gusta que me soben la espalda... no te voy a soltar”. La mejor relación, la más feliz, es la que involucraba la visita de familiares; pero la menos frecuente. Ver a alguien de la familia es una forma de aferrarse a su propia historia, en algún punto de restauración más grato, por ejemplo la anciana con hambre encontrada en la calle, que a pesar de cursar una etapa avanzada de demencia reconocía perfectamente a su hermana, quien supuestamente llevaba tres décadas buscándola y ahora que la *encontró* la iba a ver (literalmente a ver, de la misma forma que sucede entre todos los familiares y sus ancianos con degradación cerebral) una hora cada quincena, luego cada dos meses y después nunca: “esta es mi hermana Lupe, la más chica ¿verdad tú? ... tiene seis hijos y el marido es un güeno pa’ nada ... óra ¿de que te ríes tú tonta? ... saluda a la niña [prestadora de servicio social] yo la conozco desde que estaba así de chiquita [gesticula] ¿qué le parece mi hermana?... Si necesita una nana ella le puede ayudar, se lama Lupe... las dos podemos trabajar juntas con usted, su mamá me conoce”. La llegada de un pariente es confirmar que se pertenece todavía a algo, a un grupo protector y solidario, donde se tiene un lugar único, un grupo para el que el anciano es importante, al igual que sus necesidades, como es el caso de quienes piden determinadas prendas de vestir a sus allegados, por ejemplo “mi sobrina me trajo esta bata que se ‘pega’ sin botones [velcro], dijo que tiene mi

nombre bordado para que sepan que es mía”. La sobrina únicamente permaneció 30 minutos, precisamente el tiempo para probarle la bata y enseñarle la manera de cerrarla, la próxima visita podría ser seis, ocho, diez semanas más tarde, cuando se ofrezca otra cosa en específico: “no me pesa venir a ver a mi tía, porque soy el único familiar con quien cuenta es graciosa, ¡quién sabe si a mí también me de Alzheimer de vieja! [ríe]” [sobrina, 39 años]. La presencia de los hijos es motivo de orgullo, así los presentan –mejor dicho los presumen- satisfechos y sonrientes a todos los que pueden, como la anciana de 82 años, usualmente muy agresiva y huraña, que al toparse conmigo una mañana temprano en la recepción sonrió y me dijo “le presento a mi hija, ¿verdad que es muy bonita?... venimos del centro, salimos todo el día y ya me voy otra vez para dormir en su casa [de la hija] ... ya no tarda mi otra hija, no se vaya para que también la conozca”, la hija, vista tan bonita por su madre, la llevaba de regreso de los laboratorios de análisis clínicos, para volver dos meses después en caso de que su hermana no fuera para llevar a su mamá a revisión bimestral, si no regresaría al cabo de cuatro meses, cuando le tocara su turno. Para otros internos, la asistencia regular de la familia o uno de sus miembros es comparable a la llegada de la Navidad para un niño: “¿Qué día es hoy... lunes? ¡el jueves viene mi esposa!” - refería emocionado un residente que ante la idea de la visita quincenal de su esposa (y con suerte también uno de sus hijos) rechazaba todo lo que en otros momentos lo animaba: “este jueves no me lleve al capuchino, porque toca que venga mi esposa ... en la mañana tampoco, porque me arreglo, me rasuro y me cortan las uñas, para que ella me vea bien”.

Fui testigo de la relación madre-hijo, 92 y 72 años respectivamente, en la que él se presentaba diariamente a la una de la tarde para bajar a su madre al sol o al menos acercarla a la ventana y darle de comer en la boca, pasearla, conversar, bromear con ella, llevarle cosas y regalos diversos; siempre pendiente de su menor requerimiento. Me informó este señor que no la llevaba a vivir con él, primero porque ya no podía cargarla para su aseo y demás cuidados físicos, segundo porque él vivía con su esposa y familia propia que no le ayudan, pero que “jamás voy a dejar a mi madre”.

Fue posible salir a dar paseos breves por las calles de los alrededores de la casa hogar con algunos de sus residentes y observar tanto sus conductas como las de otras personas fuera del asilo: comerciantes, peatones y conductores, que se mostraron amabilidad y apoyo los senectos felices, cooperadores y perceptivos. Uno de los problemas más grandes es el transporte en sillas de ruedas sobre banquetas en desniveles y muy maltratadas, falta de rampas, obstrucción de pasos, escalones, etc.

Estos “abuelitos”, como les llama el personal de la institución, desarrollan un gran apego emocional hacia quienes ellos perciben que sienten interés genuino para su persona, ya sea escuchándolos, procurándoles más comodidad, cumplirles deseos (como ir al patio, hacer una llamada, darles agua, llevarles algo de la tiendita), pasearlos, dedicarles tiempo sobre todo de forma individual y privada, tocarlos y dejarse tocar... sin asco. “Tú sí me quieres y eres inteligente, me gustas ¿tienes hijos? ¿a qué hora vienes por mí para ir al notario? Te voy a heredar mi casa de las Lomas [de Chapultepec], te va a gustar la biblioteca ... para tus hijos, ¡no seas pendeja, si no la tomas eres pendeja y ya no te quiero! ... no me gustan las pendejas, ni aunque estén buenas dame un abrazo y un beso aquí [mejilla] ... [una vez dado el beso:] bien, me gusta, le voy a decir al notario que también te doy todo el jardín y el estacionamiento para que tengas donde guardar tu carro” [mujer, 75 años, esquizofrenia].

Logros significativos

Re – alfabetización de señora de 87 años, originaria de una ciudad perdida en una barranca de la Delegación Magdalena Contreras, padecía hemiplejia secundaria a accidente vascular cerebral cinco años atrás. Además de quedar inválida, sin tono muscular en casi todo el cuerpo y con dificultad para expresarse verbalmente, perdió la frágil habilidad de lecto-escritura que tenía ya que informó “casi nunca practicaba, pero podía leer algunas palabras de los letreros”. A los 30 años de edad, un sacerdote la animó para que aprendiera a leer y fue así que estudió el alfabeto y pudo escribir su nombre, el de sus hijos y algunas frases

cortas. Leía más, pero no mucho, a veces comics y hojeaba revistas por las fotos y los letreros grandes. Con el “derrame” ya no reconocía las letras y extrañaba no poder leer ya. Se le propuso intentar re-aprender y aceptó, de hecho lo solicitaba constantemente, expresó que su meta era “leer la liturgia, para que todos vean que puedo”. Con cuatro meses de trabajo, discontinuo pues necesitaba ayuda, consiguió leer frases y a veces párrafos, también pudo escribir su nombre y algunas oraciones. Pedía hacerlo ante sus compañeras de mesa, mostrando mucho orgullo y satisfacción. Las demás la apoyaban y también pedían participar y aprender como ella. Se leían libros de texto gratuitos de 2° y 5° de primaria, así como revistas femeninas de frivolidades. Durante una visita de sus familiares (hijo y nietos) les solicité más libros para la señora “¿Mi mamá/abuela sabe leer ... en serio está aprendiendo? ... no sabía que leyera, siempre creí que no sabía!” dijeron los familiares. En este punto vino la orgullosa y conmovedora demostración. Los parientes se admiraron, pero nunca le llevaron ni una revista. La única mano que movía (y muy débilmente) esta señora la utilizaba para comer, sujetar el lápiz y apenas trazar letras, empujar/tocar la pelota de papel y darle la bendición a las personas que amaba.

Superación de duelo, adaptación, establecimiento de red social y ocupación en proyectos propios de señora de 79 años, deprimida. Consiguió motivarse y elevar su autoestima mediante diferentes estrategias, destacando la externalización de intereses que cobró forma en un libro autobiográfico y recetario (se le ayudó a redactarlo) el cual ha servido para relacionarla con el exterior “ya me hizo famosa”, pues su lectura se ha recomendado y las personas van a conocerla, y de paso a los demás ancianos del asilo a los que visitan ocasionalmente. Actualmente, en 2009, unos editores han expresado interés en publicar el trabajo mencionado, para beneficio de la autora (cuyos derechos ya están registrados) y del asilo.

Protección a los ancianos. En el transcurso de tres sesiones de entrevista, contribuí a convencer a un camillero para que recibiera ayuda psiquiátrica, se integrara a un grupo de apoyo y cambiara de trabajo. Se tenían sospechas bien

fundadas de que este sujeto era peligroso por su adicción a tóxicos y agresividad comprobada. De hecho varias veces encontré ancianas con los brazos lastimados y marcados con moretones en las muñecas, ellas visiblemente asustadas decían que no era nada y que no les dolía. Después de que se fue ese empleado no volví a ver lesiones en las señoras.

Reubicación de dos huéspedes (mujer de 71 años *funcional* y hombre de 56 años con rasgos sociópatas), cuyo perfil no correspondía a la institución, en el caso del hombre incluso se confirmó su peligrosidad en relación a la población femenina, principalmente, del asilo.

Cambio de actitud del personal médico, quienes en un principio no apoyaban las estrategias de cambio de ambiente (salidas al patio a tomar el sol) y activación física. Hacia la última semana de mi servicio social adoptaron e imitaron dichas técnicas, aunque las realizan con menos frecuencia.

Con la muestra del trabajo, las respuestas positivas y nuevas demandas de los ancianos residentes, el personal y los voluntarios jóvenes observaron mayor compromiso en sus tareas y trato con los senectos. Esto no se vio de inmediato, sino casi dos años después de finalizado mi servicio social, mas no mi trabajo en esta institución, ya que opté por continuar mi labor por tiempo indefinido como voluntaria independiente.

La respuesta general de los pacientes fue lenta y gradual, con retrocesos frecuentes, pero significativa. Se observan cambios conductuales positivos, como: expresión espontánea y asertiva de sus deseos y necesidades, mayor interacción con las personas del entorno, y actitudes más empáticas . Todo esto se acentúa en la medida que los ancianos descubren sus posibilidades de participar en la actividad, de ser aceptados y, sobre todo, de aportar a los demás.

Hallazgos

Las entrevistas funcionaron por sí mismas como una intervención psicoterapéutica: evocar, verbalizar, objetivar, confiar, evaluar, hacer catarsis, etc.

Encontré que **no todos estos ancianos se deprimen en reclusión**, algunos hasta se sienten mejor, tal es el caso de estos pacientes: esquizotípica de 60 años, ansiosa con fobias de 71 años, la normal de 64 con poliomielitis, obsesiva de 79 años, limítrofe de 72 años, hombre de 74 con demencia, mujer de 75 con demencia, mujer normal de 63, hombre normal de 69, por señalar varios (no son todos).

Tanto mujeres como hombres, desarrollaron transferencia parental hacia *SU* psicóloga.

Los familiares están dispuestos a participar más, siempre y cuando se les diga puntualmente qué hacer y se les dirija. Una de las razones por las que no se presentan es por la desesperanza y frustración que sienten al ver a su familiar en esas condiciones y no saber la forma de interactuar con su anciano.

Entre las variables que identifiqué influyen de manera significativa en el bienestar de esta población, están:

- El cambio de ambiente, por mínimo que parezca.
- Estímulos novedosos e inesperados, gratos o neutros. La improvisación y la variedad favorecen la aparición y desarrollo de conductas positivas como: participación, cooperación y comunicación. Al igual que una mejor percepción, elevación del ánimo y deseos de causar buena impresión en los demás e interactuar con ellos. Asimismo fortalece su motivación y sentido de realidad (orientación, objetivación, juicio).
- Vinculación con el mundo cotidiano y prosaico.
- Sentido de capacidad y logro. Especialmente notables en la preferencia por las actividades que implican competitividad y reconocimiento social.
- Atención, guía y valoración a su persona como alguien único e irreplicable, por parte de figuras significativas exclusivas. Esto es cuidado individualizado, saberse y sentirse importante para alguien que los escuche y funcione como una especie de *cómplice- confidente*.

- Relativización de las reglas y anulación esporádica-temporal de las mismas dentro de un estilo informal.
- Movimiento y magnificación de estímulos perceptuales, como el ruido intenso, actúan como anclas a la realidad objetiva y activadores.
- Aprendizaje como actividad y no como fin ni como medio, sino en tanto una forma de autocompletarse en el presente o de compensar pérdidas; para mantenerse vigentes en y ante el mundo, así como ante sí mismo.
- El uso del tacto. Cuando los demás sentidos se han deteriorado severamente e irreversiblemente o incluso desaparecido por completo, queda el tacto como único vínculo con el exterior. A través de él se recibe afecto, compañía, gratificación, etc.
- Ejercicio de la sexualidad, ya que este factor está presente toda la vida, como observé en ancianas de 80 y más años entusiasmadas con la presencia de jovencitos o al ver fotos de modelos en revistas. Los varones lo mismo sólo que, al contrario que en la juventud, de viejos son mucho más recatados en sus expresiones que las mujeres.
- Momentos de privacidad, intimidad y aceptación incondicional.
- Identificar, utilizar sobre todo y optimizar (en lo posible) las capacidades presentes y los recursos actuales, en el estado y grado en que se encuentren. Para esto se necesita iniciativa, creatividad, exploración de nuevas rutas, soluciones diferentes y buena dosis de tolerancia.
- Relación con gente joven. La vejez está tan estigmatizada que ni ella misma se tolera:
 - Voluntaria vicentina (adulta mayor):
 - “¿Qué te pasa, por qué ya no me quieres amiguita linda?”
 - Residente asilo (75 años):
 - “¡Por vieja, estás muy vieja y no me gustas!”
 - Voluntaria:
 - “Ay amiguita hermosa eso no tiene que ver con el cariño...”
 - Residente:

“¡Cállate vieja espantosa! ¡Mejor por qué no te mueres ya, vieja decrepita!... ¡ándale muérete en este momento, tírate y quédate muerta! (señala al piso) ¡ya te quiero ver bien muerta ahí! (trueno dedos y señala al piso otra vez) ¡tírate muerta, ¿qué no entiendes que ya no quiero verte? Me caes gorda, te odio de verte, vieja arrugada horrible!”.

La esencia de este intercambio, que tuvo lugar en 2006 (Ana Ma. Alarcón, comunicación directa) no es la perturbación mental de la interna ni el humor involuntario que provoca, sino el rechazo de la vejez por la vejez y su inevitable asociación a la muerte, con la ansiedad que esto genera en la persona.

- Posible correlación alta entre trabajo físico (rudo) al aire libre en la infancia y la juventud, y mayor longevidad, además en mejores condiciones de salud en general.
- Moverse, vivenciar el cuerpo todo lo que se pueda.
- Comunicarse, hablar de sí mismos, ser escuchados e incluso interpelados. Es decir, relacionarse con El Otro.

Aprendizajes y competencias profesionales adquiridos y/o reforzados durante la prestación del servicio social

•Realización de entrevista psiquiátrica:

Desarrollé habilidad para establecer rapport con personas delirantes.

Más precisión para identificar signos y diferenciar patologías.

Mayor aptitud para tomar nota mental de datos y síntomas, observando lo clínicamente relevante para luego analizar, interpretar y discriminar en función de un diagnóstico acertado (por tanto útil).

- Todo lo que resultó en mayor fluidez para realizar el proceso de indagar, evaluar, sugerir y efectuar intervenciones de diferentes tipos.

- Introducción y práctica de la investigación clínica, mediante la observación en campo, la búsqueda documental y la contrastación de los datos obtenidos con estas técnicas.
- Aprendí a trabajar en una comunidad, guiando grupos pequeños, al mismo tiempo que observaba y atendía las diferencias individuales.
- Mejoré mi capacidad de adaptación y tolerancia a la frustración para trabajar bajo condiciones no-ortodoxas, e incluso improvisar de manera eficaz, estructurando estrategias y evaluación de resultados, ajustes, modificaciones,
- Reforcé mi vocación e interés en el trato con y de adultos mayores.
- Aprendí a trabajar con los recursos disponibles, por ínfimos que parezcan, e incluso a generarlos.
- Adquirí seguridad para trabajar sola y tomar decisiones inmediatas.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Con base en los datos cuantitativos y cualitativos presentados, considero que la comunidad de la Institución receptora del programa de servicio social “Proyecto de vida dentro de una institución para adultos mayores con enfermedad crónica-degenerativa” representa un amplio espectro de experiencias de la vejez patológica, misma que incrementará su incidencia proporcionalmente al envejecimiento demográfico de nuestra sociedad. Esto es un problema social que no debe circunscribirse a la beneficencia y la caridad, que con todo y su buena voluntad presentan limitaciones que no pueden superar con sus propios recursos; además de que los grupos de benefactores altruistas tienden a desaparecer, como es el caso del grupo de las Voluntarias Vicentinas que ahora está muy reducido en número pues casi no hay personas que se interesen en donar su tiempo y trabajo. La atención de esta población involucra múltiples aspectos y disciplinas: médico-clínicos, culturales, educativos, económicos, ecológicos, arquitectónicos, políticos, legales, comerciales y ético-filosóficos, entre otros.

Las enfermedades asociadas a la vejez, en realidad suelen aparecer en la edad media (40 – 60 años) y son, al mismo tiempo, las primeras causas de mortalidad en toda la población: diabetes, cáncer, cardiacas, hepáticas (relacionadas con alcoholismo), accidente vascular cerebral. La diferencia es que estos padecimientos se agudizan con los años e interactúan con conflictos psicoemocionales y socioeconómicos. No obstante que la mayoría pueden, deben, prevenirse (Monforte, Franco y Conde, 2001).

No encontré cifras acerca de los efectos de esos trastornos sobre la salud mental, pero resulta evidente deducirlos: depresión a consecuencia de la implicaciones de un mal crónico-degenerativo; alteraciones psiquiátricas debidas a la una irrigación cerebral deficiente y su consecuente destrucción neuronal (lo más común son las demencias por embolia o accidente vascular cerebral), así como procesos de degradación que se manifiestan mayormente con el envejecimiento, por ejemplo el Síndrome Cerebral Orgánico (Alzheimer) en el anciano.

La combinación de enfermedades crónico degenerativas y sus efectos psicológicos en la vejez, es y será un problema de salud pública que se agrava con las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores: ingreso (si lo tienen) insuficiente para costear sus gastos, rezago social y familiar, maltrato, abuso o despojo patrimonial, barreras arquitectónicas, crisis del sistema de pensiones, y más.

En el asilo el Vicentino, clasificado entre los *pobres y económicos*, el costo mensual de manutención de un anciano enfermo crónicamente era, en 2007, casi diez veces mayor que el bono de alimentación otorgado por el gobierno del D.F., y 40% más elevado que una pensión promedio. En el hogar, una atención equivalente se incrementa cerca del doble (ver anexo 4, p.167). Lo que significa que la diferencia tiene que pagarla:

- a. La familia, que gana en conjunto alrededor de tres salarios mínimos: 4,860 pesos (ver: Soporte Teórico Metodológico / Entorno socioambiental, dependencia y maltrato, p. 48).
- b. El Estado, que cada vez se descapitaliza más.
- c. Las instituciones de asistencia pública, cuya capacidad es ya insuficiente (las 11 casas de protección social del DIF en la ciudad de México atienden un promedio de 60 personas cada uno) (Directorio Centros DIF, 2006)
- d. Las instituciones de beneficencia privada, que piden subsidios y caridad para cubrir sus gastos, pagan sueldos ínfimos a un escaso personal y se ayudan de voluntarios generalmente no profesionales y sin compromiso.
- e. La sociedad entera, que cada vez tendrá más senectos en situación de abandono y desamparo, ya sea porque no tienen familia o porque ésta no pueda pagar ni cuidarlos y los abandona o arroja a la calle para que otros se hagan cargo.

El precio de ser viejo no solo se tasa en dinero, sino en pérdidas de todo tipo. Tampoco se circunscribe únicamente al anciano, sino que se extiende a su alrededor en capas concéntricas: familia, cuidadores y allegados cercanos,

comunidad, instituciones, gobierno, sociedad en general. Desarrollando trastornos de estrés, ansiedad, depresión, violencia, ausentismo laboral, recursos insuficientes, descomposición social, delincuencia, corrupción y demás.

Vemos que la infraestructura de salud y el personal médico actualmente especializado en adultos mayores es insuficiente (ver: Salud, p.p. 53-56): hay pocos geriatras y no hay psicogeriatras; menos de la cuarta parte de los viejos cuentan con seguros de servicios médicos públicos o privados, impagables por cuenta propia. Con esta desprotección a costas y ante el acoso de la enfermedad, los senectos se convierten en el mercado idóneo de grupos sin escrúpulos y charlatanes que venden curas mágicas y milagrosas, inocuas en el mejor de los casos; pero que también pueden fomentar el surgimiento de síntomas obsesivos, paranoides y depresivos, para los cuales también ofrecen remedio y, por si fuera poco, dan *cursos* a sus clientes –mujeres de la tercera edad- para que aprendan a curar por sí mismos, les compren sus productos ¡y aparatos *médicos!* y hagan su propio negocio de salud, por ejemplo Shaya Michan, Bionatura, Bios Nova (ver referencias) que ofrecen curar literalmente todo: cáncer, sida, lupus, diabetes, catarro, úlceras, lagañas, esquizofrenia, depresión -por supuesto entre las más fáciles- Para cerrar con broche de oro, advierten a sus clientes que no vayan al médico ni mucho menos al psiquiatra “porque los deja peor” (Shaya Michan, “La luz del naturismo”, lunes a sábado, 9 a 10 horas, 940 A.M. radio).

De vuelta a los servicios médicos serios, se observa que los viejos son subdiagnosticados por médicos generales –como los de la institución receptora del servicio social, cuya opinión inicial era que al ser pacientes no recuperables y en etapas terminales, poco o nada se podía trabajar con ellos- e incluso trabajadores sociales que los revisan de manera superficial, bajo el estigma del prejuicio y el estereotipo, sin formación para detectar tempranamente los trastornos asociados a la vejez u otros que requieren un tratamiento diferencial. Como fue el caso de una residente del Vicentino, clasificada por una empleada del DIF como “demente”, cuando se comprobó trastorno de esquizotipia, muy evidente.

Uno de los requisitos de ingreso de todos los asilos (también el Vicentino) es un examen médico, ya que es imprescindible saber en qué condiciones llega la persona, cómo se le ha tratado, que no porte alguna enfermedad contagiosa que represente peligro para la comunidad, deslindar responsabilidades, etc. Sin embargo, no se contempla la evaluación psicológica; simplemente se da por hecho que la condición de estos pacientes incluye demencia senil (que suele confundirse con Alzheimer), depresión o algún trastorno mental. Así, los esfuerzos médicos privilegian tan sólo al funcionamiento corporal, dejando a un lado los aspectos de la salud mental y emocional. Ante un malestar de causa desconocida, o no investigado más a fondo, no es raro que los galenos concluyan con indiferencia -y un dejo de resignación- que *el problema es psicológico*.

Las alteraciones de conducta que a veces se presentan en la ancianidad son fenómenos patológicos muy perturbadores para los otros miembros de la sociedad. Quizá porque los confronta con su propio futuro y uno de sus posibles escenarios. Tales alteraciones pueden ser continuación de un trastorno de toda la vida, o secuela de una perturbación emocional u orgánica del funcionamiento cerebral. La causa es importante para el bien del paciente, para protección de sus allegados y de la comunidad. En las reacciones de origen claramente en una lesión orgánica, la forma que toman las conductas está determinada por características subyacentes de la personalidad que son liberadas por los cambios orgánicos. Zinberg y Kaufman (1987) encontraron que la lesión cerebral no puede dar lugar a una nueva personalidad. Un hecho que pude corroborar ampliamente en los internos de la institución estudiada. Por esto es muy necesario conocer lo más posible la personalidad del anciano afectado.

Aunque la mayoría de los internos del asilo Vicentino no cuentan con el apoyo de parientes -porque no los visitan, no saben de su paradero o porque simplemente no los tienen- el sistema de la institución tampoco involucra la intervención a familiares (en los pocos casos que se observan) ni a cuidadores; siendo estos últimos el grupo de personal que convive la mayor parte del tiempo con los ancianos, por tanto su atención debe merecer especial importancia, sin

embargo muestran signos de cansancio, estrés, desconocimiento, cierta desidia, desmotivación y resistencia al cambio. Estos empleados se limitan a atender el aspecto físico, pero cuando tienen oportunidad lo postergan, por ejemplo llevarlos al baño, lo cual genera mayor ansiedad en los pacientes; además evitan establecer relación personal con los internos, quizá como una forma de autoprotegerse emocionalmente. Algunos trabajadores, los menos, admiten su necesidad de recibir educación para una mejor comprensión de los trastornos mentales de los huéspedes y así realizar su trabajo de manera más eficaz. Tampoco es fácil encontrar y conservar cuidadores (camilleros) y enfermeras, no digamos especializados, sino interesados, o con un apremio económico tal como para desempeñar este trabajo.

El ambiente físico es otra limitación importante que influye en el estado psicológico de la comunidad de esta institución de atención prolongada a ancianos. Los espacios son cerrados, siempre comunes y reducidos en tamaño y número, aunados a los problemas de movilidad, incrementan la percepción de dependencia y el sentimiento de falta de libertad de los residentes, al igual que las manifestaciones de territorialidad. Aquí todo se comparte, hasta la ropa, de tal suerte que los ancianos cuentan con muy pocas pertenencias particulares (regularmente son artículos de higiene personal) y espacios para guardarlas, el temor de un robo es algo omnipresente. Son frecuentes las sospechas, acusaciones y pleitos por territorios -como es su lugar en el comedor- al grado de llegar a lastimarse físicamente (a bastonazos, arañones y mordidas). Esta es una de las pocas interacciones espontáneas entre ellos, donde se impone la incomunicación y el rechazo. Tampoco simpatizan mucho con los cuidadores, lo que es recíproco. Cada uno vive en su propia "burbuja", casi sin estímulos. Sólo se entusiasman ante la presencia de visitantes, compitiendo por su atención y regalitos; asumiendo así un rol pasivo y receptivo en el que lo único que se ejerce es el encanto personal (sonrisas, palabras de adulación, etc.) para ganar el favor de los voluntarios, que en mayor cantidad son del sexo femenino y se dirigen exclusivamente a las mujeres, y entre éstas a las más participativas, ya que no saben qué hacer con las otras, las que parecen "bultos", y menos con los varones

“no vayan a pensar que una les está coqueteando” (Voluntaria del grupo de los miércoles). A diferencia de lo que muchos de estos espontáneos (as) piensan, los ancianos no tienen como única meta el entretenerse –verbo muy cuestionable de conjugar con las actividades que les coordinan- No se trata de distraerse mientras se mueren, sino en palabras de la Madre Teresa de Calcuta “cada chispa de vida tiene un valor infinito, no importa lo enferma o desfigurada que esté la persona” (Costa, Fabrizio, 2003) este valor infinito radica en su propia experiencia vital, su participación y aportación a la urdimbre de la humanidad. Simplemente porque es uno de nosotros, así que es único, irrepetible, por tanto es imprescindible. Entonces, el trato uniformizante dentro de la disciplina cuasi militar de este tipo de instituciones, si bien mantiene vivo el cuerpo por más o menos tiempo, aniquila emocionalmente al sujeto que se ve obligado a adaptarse renunciando a aquello que lo hace diferente y especial en el mundo. Las conductas resultantes son de apatía, ensimismamiento, aislamiento y agresividad. La falta de motivación, de estímulos sensoriales variados, gratos y novedosos, la ausencia de familiares o al menos alguien emocionalmente significativo, y la conciencia -muchas veces vaga pero al fin y al cabo presente- de su propia temporalidad, es decir de la proximidad de la muerte, un hecho del que son testigos con bastante frecuencia, son factores que exacerban la inactividad, el tedio y el sentimiento de soledad en estos ancianos, generándoles temores y ansiedad; al mismo tiempo que aceleran su deterioro cognitivo. En este punto me planteo la cuestión acerca de que tal vez la degradación de las funciones intelectuales sea un mecanismo natural de protección ante el sufrimiento que pueda provocar el tener conciencia del proceso de destrucción y muerte cercana del individuo... esto lleva a otras líneas de investigación para el futuro.

Según los parámetros de nuestra cultura, estas personas son irrecuperables para la vida productiva tal como se le concibe económica y socialmente. Considero que esta concepción está muy lejos de la verdad, ya que el trabajo con ellos es fuente de aprendizaje y experiencia formativa para generaciones más jóvenes que habrán de beneficiarse de sus dividendos al afrontar su propia vejez con mayor conocimiento y herramientas más sofisticadas.



Una de las mayores dificultades de los ensayos intergeneracionales la encontré en los estereotipos y prejuicios que nuestra sociedad tiene sobre la vejez, así como el culto casi deificante a la juventud.

Los denominados “servicios sociales” que las escuelas particulares imponen a sus alumnos con el fin de que éstos adquieran conciencia de la realidad social a costa de exhibir a los grupos en desventaja como poco más que piezas interactivas de museo, cuando lo lógico es que vayan porque ya tienen dicha conciencia y se benefician mutuamente de la experiencia: un aprendizaje significativo para los jóvenes y bienestar para los senectos. Lo cierto es que estos estudiantes muy poco o nada quieren saber de los viejos, no saben cómo tratarlos -ni han sido formados para ello en el seno de sus educadores primarios: familia, escuela, comunidad, etc.- apenas soportan un rato con los ancianos, su cercanía les repugna y evitan tocarlos; sólo persiguen su calificación aprobatoria o los créditos académicos, y no volver jamás. Lo paradójico es que su sola presencia es terapéutica para los ancianos, quienes se observan motivados, dispuestos a socializar y a realizar actividades.

Es indignante e inaceptable que algunas prestadoras privadas de servicio comunitario lo hagan, intuitivamente, con la convicción de que están haciendo un favor a los pobres (que además son viejos); una obra de caridad que más bien beneficia a la psique, y a la conciencia moral, de quien la aplica y coloca al receptor en el rol de patifño que debe agradecer cualquier cosa que le otorgue y honrar a su dadivosa bienhechora voluntaria, o sea sin compromiso.

Estas personas deberían tener vetada la entrada. No obstante, existe otro tipo de voluntariado, la mayoría, que hacen su mejor esfuerzo para beneficiar a los internos, pero de manera aislada. Así lo han hecho por años. Por tanto, presentan cierta resistencia para integrar su trabajo dentro de un programa sistemático, más amplio, estructurado y guiado profesionalmente, con la metodología apropiada.

Al parecer, los estudiantes de nuestra comunidad académica tampoco se han interesado en trabajar para ancianos en las circunstancias descritas, pues no responden a la convocatoria de este programa de trabajo social de la Facultad de Psicología de la UNAM, que requirió inicialmente a tres prestadores del servicio pero que durante dos años de vigencia solo contó con uno (abril-noviembre 2007). Cabe señalar que se trata de un programa multidisciplinar y de una institución que necesita apoyo en más de un área: nutrición, odontología, psicología, entre otras.

En lo que respecta a nuestro quehacer profesional, la Facultad de Psicología no contempla en sus programas de estudio al segmento poblacional de los adultos mayores, cuya presencia y demandas crecientes bien justifican la creación de una especialidad, módulo, materias, temas, prácticas, más instrumentos de evaluación, investigación, entre otros desarrollos.

Además de la falta de colegas, la limitación de recursos de la Institución incrementó mi carga de trabajo, restándome buena parte de tiempo para cubrir todos los objetivos, concretamente:

- a. Identificación y contacto con entidades afines, de donde se generaría un directorio de apoyos y servicios externos.
- b. Diseño y producción de una campaña de prevención primaria en materia de gerontogeriatría.

No obstante, tendí vías para nuevas líneas de trabajo y aportaciones posteriores, mediante propuestas que realicé por escrito y cuya aprobación por parte del asilo quedó pendiente, con excepción de dos ya autorizadas (que se señalan en la siguiente lista con el símbolo ●):

Intervención directa en pacientes

- Efectuar más actividades que impliquen cambio de ambiente para los pacientes. Esto significa llevarlos a los alrededores del asilo y que el interno lo perciba como un privilegio o logro particular. Se requiere ayuda de cuidadores.
- Realizar entrevista y diagnóstico a los pacientes de nuevo ingreso, incluyendo sesiones con los familiares disponibles.

Institución y personal operativo

- Participación psicológica en el proceso de selección de personal operativo (los que tienen contacto directo y cotidiano con los huéspedes), consistente en entrevista, aplicación de pruebas psicométricas, curso de inducción y seguimiento.
- Realizar juntas de trabajo y pláticas periódicas que incluyan a voluntarios y cuidadores, con el fin de unificar criterios, establecer objetivos por paciente, aplicar métodos, hacer modificaciones, considerar propuestas y evaluar la evolución.
- Actividades para el personal: a) programa de estímulo y reconocimientos
 b) talleres y capacitación continua
- Capacitación para empleados y voluntarios (opcional para éstos últimos), consistente en la búsqueda, selección, información detallada o inscripción a cursos y talleres relacionados con la población tratada, por ejemplo:

“Principales problemáticas y síndromes gerontogerítricos del adulto mayor”

Imparte: Dr. Jesús Menéndez Jiménez

Fecha: 10 al 14 de septiembre de 2007

Horario: 10:00 a 17:00 hrs.

Lugar: Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Costo: \$1,000

“Curso de Tanatología”

Imparte: S. José de Jesús Aguilar Valdez

Fecha: todos los miércoles del 15 de agosto al 17 de octubre de 2007

Horario: 17:00 a 19:00 hrs.

Lugar: Parroquia de San Cosme, D.F.

Sin Costo.

- Taller de reducción de estrés para personal operativo: justificación, objetivos, esquema general y ejemplos de contenidos del programa. Duración de ocho sesiones de dos horas semanales.

Comunidad

- Programa de prevención primaria/difusión y educación de trastornos mentales en los ancianos, para familiares, personal y público interesado.

Proyectos de trabajo interdisciplinario

- Búsqueda, selección y obtención de materiales didácticos y de juego especiales. Por ejemplo, se tienen informes de que los estudiantes de Diseño Industrial de la Universidad Iberoamericana han desarrollado una línea de estos productos.
- Integrar la labor de los voluntarios en un mismo programa terapéutico.
- Ampliar el reclutamiento y preparación de voluntarios universitarios, con objeto de que se cuente con grupos de ellos todo el tiempo o la mayor parte, durante todo el año. Asimismo, también podrían apoyar en la elaboración de material para campañas de prevención primaria y su difusión.

Profesionalización del servicio

- Contar con el apoyo de un profesional que asesore, atienda y coordine todo lo anterior ☺
- CONTINUAR CON EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA UNAM ☺

Al principio y al final del período del servicio social se me dificultó adaptarme a las condiciones físicas del trabajo, por carecer de un espacio asignado para entrevistas y para labores de escritorio. A los pocos días de comenzar me acondicionaron un espacio con escritorio en un cuarto donde se aplicaban inyecciones, motivo de interrupciones más o menos constantes, finalmente me solicitaron desocupar dos meses antes de terminar el servicio, ya que iban a alquilar el área. También llegué a contar con un pequeño dormitorio para las entrevistas, pero la mayoría de los internos no se mostraron dispuestos a trabajar en este sitio que les ocasionaba estrés porque allí llevan a los moribundos. Así, decidí continuar trabajando como al principio.

La mayor parte del trabajo documental, principalmente los reportes diagnósticos, lo tuve que realizar extra-horario, en casa y en bibliotecas, debido a las limitaciones de equipo de oficina de la Institución, al que tuve acceso siempre que lo solicité, pero consciente de sus prioridades no hubiera resultado admisible -ni posible- que lo usara todo el tiempo que lo necesitaba, pues requería muchas horas de trabajo. Debí adaptarme a distracciones e imprevistos. Durante los primeros meses, realicé las entrevistas en pasillos, dormitorios y comedor, pero algunas voluntarias visitantes interrumpían constantemente, lo cual también retrasaba mi calendario. Por su parte, los ancianos demandaban cada vez más mi atención particular, con efectos muy positivos para su estado de ánimo, lo cual consideré prioridad a pesar de las demoras que representó en mi programa de actividades. A fin de cuentas encontré muy enriquecedor y eficaz el trabajo dentro de un estilo informal, en ocasiones casi surrealista (por ejemplo, fui testigo de la multiplicidad de usos que pueden dársele a un vestíbulo sin puerta contiguo a la cocina: alacena, bodega, comedor, paso al patio y velatorio). Esto me dio otra perspectiva del ejercicio de la Psicología, de la vida y también de la muerte.

Reitero que es imprescindible que al ingreso de cada residente se realice su correspondiente evaluación psicológica y reporte diagnóstico preliminar, y posteriormente su actualización continua, porque de ahí se desprenderán los objetivos particulares y se justificarán las actividades terapéuticas más adecuadas

para cada caso. Esto servirá como base y guía para evaluar el avance y modificar lo necesario. Además, permitirá a futuros prestadores del servicio dar seguimiento y contar con datos para más líneas de investigación. Empero, se debe considerar que esto requiere considerable cantidad de tiempo de trabajo en escritorio (adicional al horario de prestación del servicio en campo) que puede redundar en retrasos en el programa. En mi caso, elegí esto último al dar más importancia a la convivencia con los pacientes cuyo tiempo de vida es especialmente reducido; decisión que reforcé ante el fallecimiento de una señora con quien llevaba cierto avance en el diagnóstico. En mi opinión, esta población, por sus circunstancias, requiere que el aspecto humano y las diferencias individuales estén por encima de la ortodoxia académica.

La coordinación de los nuevos voluntarios es algo que estaba fuera del programa, pero resultó de gran importancia, por el impacto positivo que la mera presencia de jóvenes tiene en los pacientes. Opino que el tiempo que se dedique a capacitarlos y a supervisarlos es una buena inversión y favorece una observación más objetiva de la evolución de nuestro trabajo en su totalidad.

En este universo es imperativo hacer mucho con lo que se tiene, que es muy poco. Por tanto, resulta indispensable optimizar los recursos existentes: cuidadores, espacios, visitantes, servidores voluntarios.

En cuanto a investigación: al ser un segmento de población emergente, está todo por hacerse, la UNAM como organismo líder puede y debe hacerlo. La bibliografía nos brinda información teórica valiosa, pero ésta resulta insuficiente ante la experiencia en vivo. Es necesario actualizar, enriquecer y sistematizar nuestros conocimientos e intervenciones en adultos mayores, de manera profesional y científica. La formación de especialistas que esto requiere, tiene que provenir de una instancia sólida, que opere con los más altos parámetros y esté comprometida con la sociedad: nuestra universidad posee tales características, que por mucho están más desarrolladas en comparación de otras instituciones académicas y científicas.

Finalmente, es necesario dar continuidad al proyecto, dado que seis meses de servicio social y una sola persona para ejecutarlo no son suficientes para ver cambios significativos y duraderos. También es indispensable promover la creación de programas de este tipo para aplicar de forma multidisciplinaria, en mayor número de instituciones dedicadas a la atención de la población de ancianos.

REFERENCIAS

- Asociación Internacional de Caridades/México (2006). Manual y Reglamento de las Voluntarias Vicentinas. Monterrey, México: Voluntarias Vicentinas de México, A.C.
- Baltes, M.M. y Wahl, H.W. (1987). Dependence in aging. En Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., *Handbook of clinical gerontology*, (p.p. 204-221). New York: Pergamon Press.
- Baltes, P. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline*. *Developmental Psychology*, 23, p.p. 611-626.
- Belsky, J., (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid, España: Paraninfo
- Birren, J., Kenyon, G., Ruth, J.E., Schroots, J. y Svensson, T. (2001) *Aging and Biography: explorations in adult development*, (p.p. 167-186). New York: Springer
- Bluck, S. y Habermas, T. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126, p.p. 748-769
- Butler, R.N., (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, p.p. 65-70
- Butler, R.N., (2001). Life review. En G.L. Maddox(ed.), *The encyclopedia of aging: A comprehensive resource in gerontology and geriatrics*, (p.p. 790-795). New York: Springer
- Centro de Estudios Económicos para América Latina y el Caribe (2007). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe [en línea]. Santiago, Chile: CEPAL. Recuperado en septiembre, 2008. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones>
- Centro de Estudios Económicos para América Latina y el Caribe (2000). Equidad, desarrollo y ciudadanía [en línea]. Santiago, Chile: CEPAL. Recuperado en junio, 2009. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2008), [base datos]. Estimaciones y proyecciones vigentes CELADE [en línea]. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/basedatos>
- CEPAL - ONU (2006). Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. [en línea]. Recuperado en junio, 2008. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/internacional>
- Coleman, P.G. (1999). Creating a life story: The task of reconciliation. *The Gerontologist*, 39, p.p. 133-139

CONACYT (octubre, 2006). Envejecimiento activo: calidad de vida para los adultos mayores, [en línea]. México. Recuperado en julio, 2009. Disponible en: <http://www.conacyt.mx/comunicación/revista/200/articulos/envejecimiento>

CONAPO (2005). *Proyecciones de la Población de México 2000-2030*. México. Consultado en marzo, 2007. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>

CONAPO (2006). *Estimaciones y Proyecciones 2005-2050*. México. Consultado en Noviembre 2008. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>

Costa, Fabrizio (Dir.) y Bernabei, Luc (Prod.). (2003). *Madre Teresa* (110 min.). Italia

D'Hyver, C. (2000). *Manual Clínico de Geriátria*. México: Centro de Reproducciones Gráficas

DIF (2006). Directorio Centros DIF. Recuperado en abril, 2007. Disponible en: <http://www.intranet.dif.df.gob.mx>

Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton Company

Erikson, E., (1985). *El Ciclo Vital Completado*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Esquivel, M.T. y Sánchez- Mejorada, C. (1995). Condiciones de vida y política social para la población de la tercera edad. *Sociología*, 10 (29), 103-137

Fabio Bertranou (2003). *Protección Social, Pensiones y Género* [en línea]. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Equipo Técnico Multidisciplinario. Santiago, Chile: CEPAL. Recuperado en noviembre, 2008. Disponible en: <http://www.eclac.org/mujer/proyectos/pensiones/reunion/Bertranou.pdf>

Federación Mexicana de Alzheimer (2007). Estadísticas [en línea]. Recuperado en marzo de 2007. Disponible en: <http://www.alzheimerfedma.com/estadisticas/mexico.html>

Ferrer Cascales, R. (2001). *Psicología de la salud desde una perspectiva del ciclo vital* (p.p. 173-224). En Itassen, K. y Thompson, R.A. *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*.

Madrid, España: Editorial Médica Panamericana

García, L., Nebreda, O. y Perlado, F. (1993). *Enfermedad Mental en el Anciano*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos

Gómez Bedoya, María (marzo, 2008). *El aprendizaje en la tercera edad*, (p. 18). *Universidad Nebrija*, [en línea]. Recuperado en mayo de 2008. Disponible en: <http://www.mepsyd.es/redele/biblioteca2009>

Hareven, T. y Adams, K. (1999). La generación de enmedio; comparación de cohortes de ayuda a edad avanzada dentro de una comunidad estadounidense. *Desacatos*, revista de antropología social, número 2, México.

IMSERSO (2007, octubre 23). Monográfico sobre México, [en línea]. España. Recuperado en julio de 2009. Disponible en: <http://www.imsersomayorescsic.es/internacional>

INAPAM (2009, junio 29). Más del INAPAM [en línea]. SEDESOL. México. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/index>

INAPAM, 2005. La población de adultos mayores: retos y oportunidades, [en línea]. SEDESOL. México. Recuperado en marzo de 2007. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx>

INEGI (2002). XII Censo General de Población y Vivienda [en línea]. México. Recuperado en marzo, 2007. Disponible en: <http://www.inegi.org>

INEGI (2005). Indicadores sociodemográficos de México 1930-2005, [en línea]. México. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: www.inegi.org.mx

INEGI (2007). Estadísticas vitales. Cifras preliminares. [en línea]. México. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal, Instituciones de Asistencia (2009, septiembre). Disponible en: <http://www.jap.org.mx>

INEGI (2008). Resultados ENIGH 2008 [en línea]. México. Recuperado en julio, 2009. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos>

Lowick Russell, Jenny (2003). *Maltrato e Imagen del Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. México: Mimeo

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, p.p. 100-122

Mentgen, J. (1989). Colorado Center for Healing Touch. Disponible en: <http://www.healingtouch.net>

Monforte, J.A., Franco, M.A. y Conde, V., (2001). *Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias*. Madrid, España: IMSERSO

Montañés, J. y Latorre, J.M. (2004). *Psicología de la Vejez*. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha

Montorio, I., Izal, M. y Pérez, A. (2006). Incidencia de la depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella. *Revista española de geriatría y gerontología*, 24 (1), 27-33

Organización de las Naciones Unidas (2007, marzo 13). Centro de noticias ONU/documentos [en línea]. Recuperado en mayo de 2008. Disponible en: <http://www.un.org/spanish>

Organización de las Naciones Unidas (2008). Estadísticas Mundiales [en línea]. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: <http://www.un.org/estadisticasmundiales>

Organización Mundial de la Salud (1948). Carta fundacional [en línea]. Recuperado en septiembre de 2009. Disponible en: <http://www.es.wikipedia.org>

Organización Mundial de la Salud (2006, septiembre 29). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? [en línea]. Recuperado en septiembre de 2009. Disponible en: <http://www.who.int/features>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2007, julio). (OCDE) Reunión del Consejo de Ministros en Roma. [en línea]. OCDE. Recuperado en junio, 2009. Disponible en: <http://oecd.org/dataoecd/>

Padilla, L. (2009, marzo 25). *Inauguran la Universidad de la Tercera Edad*. *El Economista*, p.p. A/9

Palmore, E. (1999). *Ageism: negative and positive*. New York: Springer

Pillemer, D.B. (2003). Momentous events and the life story. *Review of General Psychology*, 5, p.p. 123-134

Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Alvaro Obregón. (1997, abril 4). *Diario Oficial*, pp. 3DF/3, 3DF/8.

Reques, P. (1997). El envejecimiento de la población: una perspectiva geodemográfica. En Crespo, D., *El envejecimiento, un enfoque multidisciplinario* (p.p. 1-31). Barcelona, España: Prous Science.

Rodríguez, G. (2007, noviembre 20). *Participación social de las personas mayores*. Portal Mayores [revista electrónica]. Madrid, España: IMSERSO. Recuperado en 2009, abril 9. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Rowe, J.W. y Kahn, R.I. (1987). *Human aging: usual and successful aging*. *Science*, 237, p.p. 143-149

Rowe, J.W. y Kahn, R.I. (1997). *Successful aging*. *The Gerontologist*, 37, p.p. 433-440

Ruth, J. E. y Oberg, P. (1996). Ways of life: Old age in a life history perspective. En

Salvarezza, L. (1998). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Satudinger, U. (2001). Life reflection: A social cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5, p.p. 148-160

Schooyans, M. (2000). El crash demográfico. De la fatalidad a la esperanza. En *Problemas de la civilización contemporánea. Vol II* (p.p. 97-153). México: ITAM

Secretaría de Desarrollo Social – México (2005). Estrategia Contigo/indicadores de bienestar México [en línea]. Viña del Mar, Chile: SEDESOL. Recuperado en junio, 2009.

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (2006). Informe a la Comisión de Atención a la Tercera Edad, Jubilados y Pensionados [en línea]. Distrito Federal, México: autor. Recuperado en junio, 2009. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx>

SEDESOL (2005). Atención a los adultos mayores, [en línea]. México. Recuperado en junio de 2009. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/archivos>

Sistema de Información del Desarrollo Social del D.F., Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para adultos mayores (2003, noviembre 18). Disponible en: www.sds.df.gob.mx/archivo/legislacion/leyes.../ledpaamdf.pdf

Sistema de Información del Desarrollo Social del D.F., Pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años residentes en el distrito federal- publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2007, febrero 16). Disponible en: <http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=82>

Spitzer, R.L. (Comp.) (2002). *DSM-IV. Tr. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association*, (Ed. 1ª) Barcelona, España: MASSON

Taylor, S.J. y Bodgan, R., (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, (p. 343). Barcelona, España: Paidós

Tiessen Kentzler, E. (2000). *Análisis de la Situación Demográfica del Distrito Federal y el Envejecimiento Demográfico de México*, (p.p. 28-61). Fundación de Estudios Urbanos y Metropolitanos, [en línea]. México: Chriestleb, A. Recuperado en 2009, septiembre. Disponible en: <http://www.insp.mx/bidimasp/documentos/5/>

Triadó, C. y Villar, F. (Comp.) (2006). *Psicología de la Vejez*. Madrid, España: Alianza

UNAM (2006). *Programa Universitario de Estudios de Género [en línea]*. México. Recuperado en agosto de 2009. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx>

Vive más vive mejor, Tarjeta paga todo para el D.F. (2007, septiembre). Consultado en septiembre, 2009. Disponible en: www.vivemasvivemejor.com/.../tarjeta-paga-todo-para-el-df/

Voluntarias Vicentinas de la Santa Cruz del Pedregal (2009, septiembre). Disponible en: <http://www.vicentinaspedregal.org.mx>

Webster, J.D., (2003). *The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions*. *Memory*, 11, p.p. 203-215

Wikipedia (2009). Países por densidad de población [en línea]. Recuperado en abril, 2009. Disponible en: <http://www.es.wikipedia.org/>

Wolberg, Lewis R. (1977). *The technique of psychotherapy*. New York and London: Wolberg, Grune & Stratton. Mexico: traducción de la Universidad Iberoamericana.

Zinberg, N.E. y Kaufman, I. (1987). *Psicología Normal de la Vejez*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

ANEXO 1

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO MUNDIAL EN EL SIGLO XXI

“En las últimas décadas estamos asistiendo a un descubrimiento de la vejez que está propiciando un cambio de concepto sobre la misma, tanto social como científico. Ello, en parte se ha debido a que la pirámide de población se está invirtiendo y las personas mayores se están convirtiendo en un sector de la población cada vez más influyente desde el punto de vista social, político, sanitario, económico...etc. Todos los datos estadísticos apuntan en este sentido.”

Montañés y Latorre, 2004

El envejecimiento de la población mundial se presenta como un hecho innédito en la historia de la humanidad. Una breve revisión de los principales marcadores demográficos y sus proyecciones para las próximas cuatro décadas nos da idea de la dimensión cuantitativa del fenómeno, evidenciando la magnitud de los desafíos que aporta la oleada de personas mayores y la necesidad de realizar esfuerzos sin precedente para adaptarnos a los cambios que, con toda seguridad, redefinirán el acontecer de las principales áreas de la vida humana.

Aunque la vejez es un suceso global la variabilidad entre regiones, países e incluso localidades supone formas muy desiguales de vivirla. Factores específicos como: geografía, cultura, entorno socioeconómico y biología, entre los principales, son variables que interactúan al determinar la manera propia de experimentar y proyectar la tercera edad.

Las estimaciones demográficas han venido alertando sobre la magnitud y alcances del envejecimiento de la población mundial. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas en el 2000 una de cada diez personas en el mundo tenía más de 60 años, para el 2050 este segmento conformará casi la cuarta parte de la población mundial, misma que comenzará a disminuir desde esa década, y alrededor del año 2150 los viejos representarán un tercio del número total de habitantes del planeta; de manera que, de seguir esta tendencia, la humanidad podría desaparecer hacia el 2400 (CEPAL, 2007).

En 2005 los tres países más envejecidos del mundo eran Italia, Japón y España, en tercer lugar; México ocupaba la posición 15. En el 2050 aquéllos seguirán en los primeros tres sitios y nuestro país habrá *avanzado* al décimo lugar (CEPAL-ONU, 2006). En otras palabras: México será uno de los diez países más viejos del planeta.

Las fuentes (ONU, 2008 y CEPAL, 2007) calculan que en los próximos 40 años la población mayor de 65 años se va a triplicar (cuadro1) y que la superior a los 80 se va a quintuplicar, con las inevitables consecuencias sociales, económicas, políticas, sanitarias, urbanísticas y familiares que implica este envejecimiento demográfico, al que hay que afrontar eficazmente.

EL ENVEJECIMIENTO MUNDIAL, 2000-2050

	2000				2050			
	Población total (millones)	Pobl. 65+ (millones)	% Pobl. 65+	Edad media	Pobl. Total (millones)	Pobl. 65+ (millones)	% Pobl. 65+	Edad media
MUNDO	6.086	421	6,9	26.8	9.076	1.465	16,1	37.8
Africa	812	27	3,3	18.4	1.937	129	6,7	27.4
Asia	3.676	216	5,9	26.2	5.217	911	17,5	39.9
Europa	874	131	15,6	37.9	792	225	30.5	48.6
América Latina y el Caribe	523	29	5,6	24.4	783	144	18,4	39.9
México	99,684	5,4	5,3	24.8	121,900	26	21,32	42.7
Estados Unidos	315	39	12,4	35.4	438	93	21,1	41.5
Oceanía	31	3	9,7	31.2	48	9	19,3	40.5

* Europa meridional: España, Italia, Grecia, Portugal, Serbia.

Nota: En 2008 el número de habitantes en México fue de 107 677 000

Fuentes: ONU, 2006; CONAPO, 2006

Cuadro 1

Definición de envejecimiento de la población y transición demográfica

Según los parámetros de la ONU se considera que la población es vieja cuando más del 7% de sus habitantes tiene 65 años y más, o si el total de personas a partir de los 60 años de edad rebasan el 10%. Con base en ello, el envejecimiento demográfico se describe sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población absoluta, lo que resulta en una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades cuyos rasgos piramidales -base amplia y cúspide angosta- se van transformando a una fisonomía rectangular y posteriormente tienden a la inversión de su forma inicial, quedando una cúspide más ancha que su base. Esto ocurre durante la llamada "transición demográfica" que es el proceso que inicia con tasas elevadas y sin control a tasas reducidas y controladas de natalidad y mortalidad hasta que en su última fase el porcentaje de niños menores de cinco años es inferior al de adultos mayores (ONU, 2007).

En las regiones en vías desarrollo esta transformación apenas comienza y se espera terminará en 2050. Esta velocidad de envejecimiento, plantea problemas importantes de recursos, sociales y sanitarios, pues va a un ritmo en promedio cuatro veces mayor al que registran los países más avanzados que lo han hecho gradualmente durante casi dos siglos, teniendo así mucho más tiempo, experiencia y medios para prepararse, asimilar y amortiguar los cambios de la edad (cuadro 2).

VELOCIDAD DE ENVEJECIMIENTO

	7%	14%	Años requeridos
México	2010 *	2030*	20*
Japón	1970	1996	26
Reino Unido	1930	1975	45
España	1950	1996	46
Estados Unidos	1944	2010	66
Suecia	1890	1975	85
Francia	1865	1980	115

Fuentes: OCDE, 2007.

*Valores estimados por la OCDE, 2007

Cuadro 2

El envejecimiento poblacional depende de la dinámica que siguen los tres factores demográficos principales:

a) Descenso en el índice de fecundidad.

Constituye esencialmente el origen primero de todo envejecimiento demográfico. La disminución de la capacidad procreadora de las parejas en edad fértil de una población conlleva un aumento relativo del grupo de personas mayores respecto a la población general. Representa un envejecimiento por la base de la pirámide poblacional, que puede medirse indirectamente por el número de hijos por mujer (Reques, 1997); de hecho, las sociedades que pretendan lograr condiciones sanitarias óptimas necesitan que la mujer en edad fecunda se mantenga en el rango de 2.1 hijos para que las generaciones se reemplacen (Schooyans, M. 1999).

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 2008	HIJOS POR MUJER
Mundo	2.55
Africa	4.68
Asia	2.35
Japón	1.54
Europa	1.43
España	1.23
Italia	1.25
América Latina y Caribe	2.38
México	2.1
América del Norte	1.98
Oceanía	2.23

Fuentes: ONU, 2008 ; INEGI 2008

Cuadro 3

b) Disminución de la mortalidad.

La creciente esperanza de vida es consecuencia de una baja de la mortalidad, lo cual depende, entre otros, de componentes económicos, sanitarios y sociales. Este aumento en la esperanza de vida lleva asociado un mayor número de ancianos en términos absolutos.

El concepto de esperanza de vida se entiende como una medida estadística hipotética que estima “el número medio de años que le quedan de vida a una persona que ha alcanzado determinada edad”, tomando como base las tasa de

mortalidad por edad para un determinado año, en las condiciones de mortalidad existentes en ese momento, de ese modo se puede hablar de esperanza de vida al nacer (tabla 1), a los 25 años, a los 50 años, etcétera. Y al contrario que el descenso del índice de fecundidad, el de esperanza de vida representa un envejecimiento por la cúspide de la pirámide poblacional (Reques, 1997).

Hemos de distinguir entre los términos *longevidad* y *esperanza de vida*. Longevidad, o ciclo vital, significa la máxima duración posible de la vida. Por los datos existentes sabemos que el valor de la longevidad, durante los últimos cien mil años de la humanidad, ha permanecido relativamente estable, alrededor de los 120 años. En cambio la esperanza de vida se va modificando dependiendo del progreso médico, tecnológico y socioeconómico.

MEDIA MUNDIAL DE ESPERANZA DE VIDA EN LA ERA ACTUAL

AÑO (d.C.)	EDAD EN AÑOS
1 – 1600	25
1700	30
1850	48
2009	69.5

Fuente: ONU, 2008

Tabla 1

c) Los movimientos migratorios.

La capacidad para atraer foráneos y retener a los propios habitantes, refleja las diferencias demográficas, políticas y económicas de los distintos enclaves territoriales. La emigración o la inmigración provocan cambios en la estructura poblacional en sentido inverso. La emigración se asocia a edades adultas y activas de la población, lo que resulta en un descenso relativo de adultos medianos y jóvenes y un aumento del grupo no activo (niños y ancianos); pero también conlleva, al ser un segmento en edad fértil, una disminución de la natalidad y del índice de fecundidad.

El peso y dinámica específica de las tres variables anteriores –fecundidad, esperanza de vida y migración– conforman las distintas pirámides poblacionales.

Así, un descenso de la fecundidad reduce la base, conformada por los grupos infanto-juveniles; la migración merma la población de adultos en edad reproductiva y económicamente activa; y la elevación de la esperanza de vida, al ensanchar la cúspide, origina el incremento de la cantidad de viejos. Cuando estos tres factores se dan de manera conjunta en una población (como ocurre en Japón, Italia y España) provocan el debilitamiento progresivo de su capacidad de renovación, que es característico de una estructura demográfica envejecida o regresiva con una típica forma de urna en su pirámide poblacional (Monforte, Franco y Conde, 2001).

Esta breve panorámica, permite sentar las bases en forma cuantitativa sobre la población que ahora, y en un futuro no lejano, puede ser objeto de programas e intervenciones específicas en nuestro medio, destinadas a la prevención y terapéutica de la salud mental comunitaria y mejoramiento (o recuperación) de la calidad de vida de los mayores y la sociedad en general; considerando que en términos absolutos casi el 20% de la humanidad del 2050 estará conformada por ancianos y la mayoría de ellos, de nosotros, las tres cuartas partes de los futuros viejos, estaremos en los países del mundo *no desarrollado*.

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN MEXICO

En el año 2000 México ocupaba el tercer lugar mundial en velocidad de envejecimiento (IMSERO, 2007), tendencia que se ha mantenido consistente durante la presente década (ONU, 2007 y OCDE, 2007).

Aunque los cálculos varían según la autoría de cada estudio, todas las cifras se ubican en el mismo rango: dentro de 40 años más o menos la cuarta parte de los habitantes de México serán personas viejas. Y esto sucederá a una velocidad relativa casi seis veces mayor que Francia y más de dos veces superior al tiempo que le llevó a España e Italia –los países más envejecidos de Europa. A diferencia de esas naciones, la población mexicana envejecerá antes de que el país alcance los niveles adecuados de desarrollo para enfrentar este reto, ya que atraviesa

actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica -en cantidades absolutas la población de mayores de 60 años se ha cuadruplicado en los últimos 50 años- y se acerca paulatinamente a la última etapa: donde las tasas de natalidad y mortalidad son bajas y están muy próximas, de manera que el crecimiento es prácticamente nulo. Y, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2006), la fase final de la transición demográfica de nuestro país se completará a mediados del presente siglo.

México se adentra en la fase final de la transición demográfica, con una tasa de crecimiento cada vez menor. En ese proceso, la pirámide de población se verá transformada, con un estrechamiento de su base y una ampliación de su cúspide (gráficas 1-4), lo cual tendrá profundas consecuencias en la formación de un amplio espectro de demandas sociales. El cambio en la estructura por edad presentará beneficios tangibles alrededor del decenio de 2030, al generar una ventana de oportunidad o *bono demográfico*, debido a una relación cada vez más favorable entre la población en edades dependientes y la población en edades laborales (15 a 64 años) que será mayoría durante esos años, y cuyo desempeño definirá la experiencia de vejez que vivirá este país. En contraste con la disminución continuada de la tasa de crecimiento general, se observa un aumento abrupto de los grupos de 60 y más años de edad, con una elevación significativa en el subgrupo de más de 75 años (cuadro 4), lo que evidencia que la longevidad se extenderá cada vez más allá del rango de los llamados *viejos jóvenes*. Se puede anticipar que se irá haciendo familiar la presencia de más personas centenarias; y la proporción será de cinco viejos (mayores de 60) por cada cuatro niños (menores de 15 años). Así, una pareja con dos hijos tendrá además de dos a tres abuelos o tíos ancianos en su núcleo familiar inmediato.

PERSONAS DE 75 Y MAS AÑOS EN MEXICO

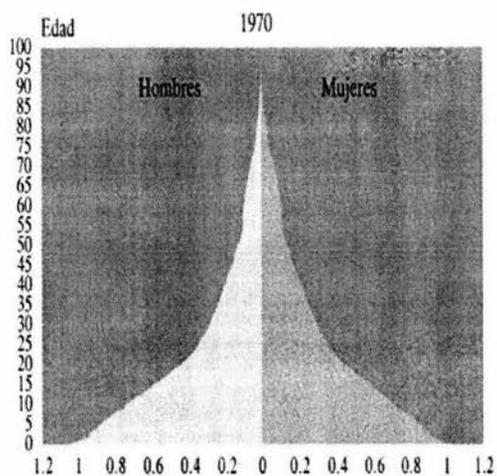
AÑO	2000	2025	2050
Total del segmento	1,707,142	3,698,734	12,654,206
% Total de la población	1.73 %	3.54 %	8.63 %

Cifras en relación a la población absoluta del País

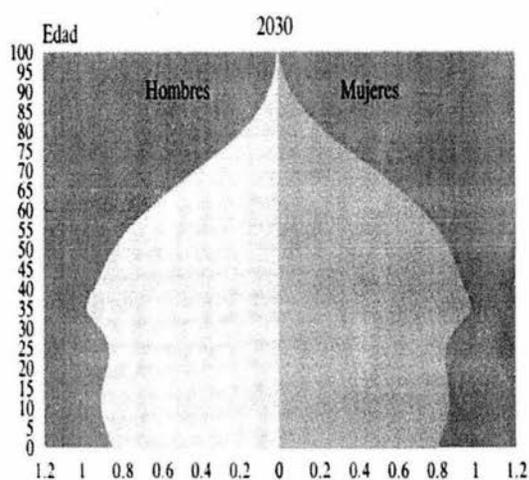
Fuente: CELADE, 2008

Cuadro 4

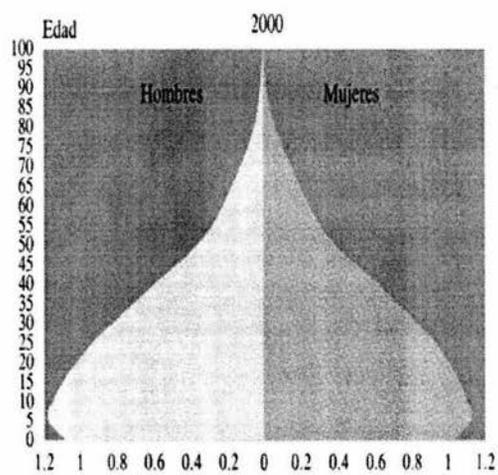
POBLACION POR SEXO Y EDAD



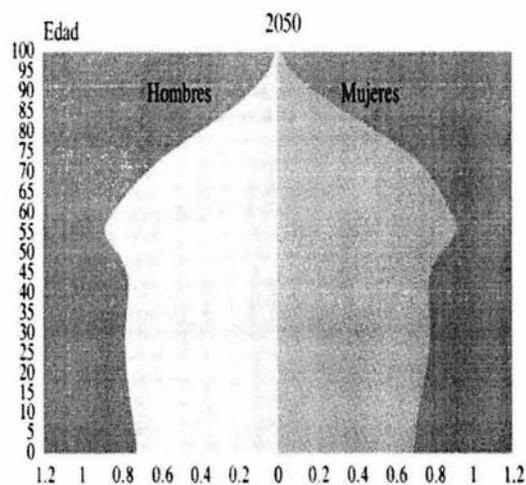
Gráfica 1



Gráfica 3



Gráfica 2



Gráfica 4

Fuente: CONAPO, 2006; IMSERSO, 2007

Al igual que en el mundo *desarrollado*, el envejecimiento progresivo de la población mexicana se debe a los grandes cambios de los componentes demográficos fecundidad, mortalidad/esperanza de vida y migración.

En México se conservó un patrón de **fecundidad** natural en todas las generaciones nacidas antes de 1940 y se alcanzaba alrededor de ocho hijos, mientras que en 1960 era común que las mujeres de 30 años ya hubieran terminado de procrear un promedio de 6.87 hijos, en la actualidad a esa misma edad están teniendo al primero de una media de 2.16 niños por mujer. A estas tasas generales de fecundidad corresponden respectivamente unas tasas netas de reproducción de 2.5 y 1.3, lo que significa que la natalidad absoluta se redujo a la mitad en tres generaciones (CELADE, 2008).

Las proyecciones para los próximos veinticinco años indican que el descenso continuará y antes del año 2020 el índice de fecundidad de México será igual o inferior a 2.1 hijos por mujer que, de mantenerse, llevará a un nivel de reemplazo generacional de proporción dos a uno (reducción a la mitad). Es decir que al comenzar a reducirse la cantidad de niños y jóvenes, la población total eventualmente se irá debilitando.

La notable **disminución de la mortalidad**, y el concomitante aumento de la esperanza de vida, sostenidos desde 1930, contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas (longevidad). La reducción de la mortalidad, debida a los avances médicos y la mejora de los servicios sanitarios, comienza a rendir frutos, principalmente entre los adultos mayores. El aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa de modo directo el envejecimiento de la población.

Con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la esperanza de vida se elevó 28 años entre comienzos del decenio de 1950 y lo que va del 2000, aumentando de 47 a 75 años (cuadro 5), una cifra prácticamente igual que el promedio de las regiones más

desarrolladas, tres años más que América Latina en conjunto y cinco y medio años arriba del valor medio mundial (CELADE, 2008; INEGI, 2005; ONU, 2007).

EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN MEXICO

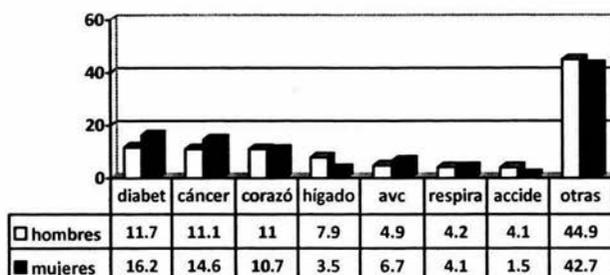
Década	1930	1950	1970	1990	2005	2025	2050
Años por vivir	34	47	61	71	75	76*	79*

Fuentes: INEGI, 2005; CELADE, 2008 y ONU, 2007; CONAPO, 2006 Cuadro 5

La evolución de la esperanza de vida presenta también una persistente especificidad de género, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres es de 4.7 años. Actualmente México registra un promedio de 75.3 años: 77.6 años las mujeres y 72.9 los hombres (INEGI, 2007). La llamada *feminización del envejecimiento* consiste en que la mayor proporción de ancianos son mujeres y se está presentando en todo el mundo. En la actualidad son mujeres el 55% de las personas mayores de 60 años y 60% del grupo de 75 y más. De mantenerse esta pauta, en el 2030 México tendrá 12 millones de mujeres de 60 y más años (CONAPO, 2006).

La diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y los accidentes de transporte en conjunto son a la fecha las causas de más de la mitad de las defunciones anuales. Destacan las enfermedades del hígado que muestran un mayor porcentaje en los hombres respecto a las mujeres; en tanto que en la diabetes mellitus la relación se invierte con un porcentaje mayor en las mujeres (gráfica 5).

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS POR PRINCIPALES CAUSAS
SOBRE LA POBLACION TOTAL, 2007**



Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. 2007. Cifras preliminares. Gráfica 5

Si bien México experimenta **movimientos migratorios**, el examen de sus efectos sobre el proceso de envejecimiento se ve dificultado por la falta de estudios sistemáticos que permitan hacer pronósticos. Además, el carácter variable y reversible de muchos flujos —algunos de ellos con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino— parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias. Las personas que se desplazan son en su gran mayoría adultos jóvenes, lo que tiende a envejecer a las poblaciones de origen, principalmente las correspondientes a zonas rurales. Las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y varían según el momento histórico en que se produzcan; así, el impacto directo de la inmigración a las grandes urbes (como es el Distrito Federal) que en un principio estimuló su desarrollo, al sostenerse a través de varias décadas está derivando en sobrepoblación y envejecimiento, con todos los problemas económicos, sociales y sanitarios que se asocian a ello. Por otra parte, en la década de 1980 comenzó un flujo creciente de emigrantes de las megaciudades del país hacia otras poblaciones de mediano tamaño, en busca de mejor calidad de vida que se tradujese en trabajo, reducción de tiempos de traslado, menos contaminación y más seguridad... Sin embargo, los viejos se quedan atrás, permanecen en casa; siendo cada vez más frecuente que los niños queden temporalmente al cuidado de los abuelos.

El escenario del Distrito Federal

"Esta ciudad es territorio de vanguardia en la transición demográfica y laboratorio para la formulación de políticas de población en el país"
Enrique Tiessen (2000)

El Distrito Federal, capital del país, se encuentra dentro de la llamada *zona metropolitana del Valle de México*, que también incluye varios municipios - densamente poblados - de los Estados de México e Hidalgo. Esta área urbana se proyecta como un escenario relevante del envejecimiento, ya que concentra al mayor porcentaje de adultos mayores en el país y es una de la tres ciudades más pobladas del planeta, por efecto de sus 20 millones de habitantes, de los cuales casi un millón son viejos (INEGI, 2008). Aunque en la práctica se trata de una mismo sistema urbano, en términos estrictos la entidad del Distrito Federal ocupa el 1% del territorio nacional y alberga a 8 millones 750 mil personas, a cada una de las cuales corresponde 1.7 m² de terreno; este dato es un indicador importante de la calidad de vida, para darnos una idea de nuestra situación en el mundo: en Dinamarca, por ejemplo, la densidad es de 80 m² por individuo (Wikipedia, 2009). En la Ciudad de México se genera el 21% de la producción nacional (PIB) y las actividades predominantes son los servicios comunales, sociales y personales. La escolaridad promedio de los capitalinos es de 10.2 años, dos arriba del nacional, esto significa que la media de los pobladores alcanzan a terminar hasta el primer grado de educación media superior, o sea la preparatoria o bachillerato (INEGI, 2008). Las fuentes consultadas estiman que hacia mediados de este siglo en el Distrito Federal habitarán dos senectos a razón de 1.25 niños. Pero las cifras actuales no son menos impresionantes: 890 mil adultos mayores, de los cuales casi tres cuartas partes pertenecen al grupo de 60 a 74 años de edad (INEGI, 2005 y tabla 2).

Evolución del número de personas de 60 años y más en el Distrito Federal

Año	Total Habitantes (millones)	Mayores de 60 por cada 100 habitantes
2000	8.6	8.73
2010	8.8	11.53
2020	8.7	16.04
2030	8.6	21.31

Esperanza de vida, fecundidad y natalidad

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática informó que, a mediados de 2008, en el Distrito Federal se alcanzó una esperanza de vida al nacer de 75.9 promedio (superior al nacional), con una expectativa de 73.4 años para los hombres, y de 78.4 para las mujeres. La tasa global de fecundidad de 1.7 hijos por mujer y la tasa bruta de natalidad de 14.8 nacidos vivos por cada 100 mil habitantes en esta ciudad, son las más bajas a nivel nacional (INEGI, 2008).

Mortalidad y principales enfermedades

De acuerdo con el Plan de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2007-2012 (Secretaría de Salud del D.F., 2008), las seis principales causas de mortalidad en la entidad son: las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del hígado y los accidentes.

Migración

Durante casi todo el siglo pasado se vivió la inmigración de pobladores de los Estados al Distrito Federal. Las razones prevaletentes eran trabajo y/o estudios. Pero desde 1985, año del gran terremoto, esta dinámica comenzó a invertirse, aumentando paulatinamente la tendencia de las personas a establecerse en otras entidades del país. Así, durante el primer año de este siglo 491,199 capitalinos se fueron definitivamente; y 187,363 sujetos se mudaron desde otros Estados (INEGI, 2005). En lo que va de la presente década se ha mantenido esa relación de casi dos tercios más de emigrantes al interior respecto a los inmigrantes desde otros puntos de la República. En cuanto a los que han emigrado al extranjero, se prevé que los que regresen, una vez que finalice su edad laboral, verán al Distrito Federal como uno de los destinos más atractivos para vivir su vejez debido a su infraestructura de servicios urbanos y, sobre todo, médicos.

Estos datos, como se vio anteriormente, sin lugar a dudas cumplen con los parámetros que indican un proceso avanzado de envejecimiento poblacional en el Distrito Federal:

1. Baja el índice de fecundidad y la cifra de nacimientos, de hecho esta ciudad presenta los más bajos de todo el país.
2. La capital ostenta el segundo lugar nacional en esperanza de vida, es la localidad más poblada de la República y oscila entre el segundo y el tercer sitio mundiales; lo que significa que una sola ciudad tiene un número absoluto de viejos mayor o muy cercano al total de los que viven en todo un país (por ejemplo, Dinamarca, Irlanda o Portugal). Las tasas de mortalidad en general van en picada, sin embargo los índices de mayor riesgo de fallecimiento se ubican en grupos muy jóvenes, menores a los 34 años (INEGI, 2007).
3. Aunque la migración es incipiente, el saldo apunta a una mayor emigración, y los que se van están en plena edad productiva.

En conclusión, el envejecimiento demográfico: provocará un desbalance creciente entre la población trabajadora y la de edades avanzadas, lo que impondrá fuertes presiones a la población en edad laboral y a los sistemas de jubilación; implicará una cuantiosa reasignación de recursos hacia los servicios de salud y seguridad social; está dando lugar a cambios significativos en los patrones de consumo y demanda de servicios, por lo que se requiere de nuevas formas organizativas para solventar las necesidades de este grupo de la población que a su vez influyen en diversas áreas de la sociedad: mercado de trabajo, vivienda, alimentación, transporte, familia, educación, sistemas de salud y política, entre otros.

SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO

“Según estudios varios, los ancianos en México, por sus condiciones de vida, constituyen un grupo de población particularmente pobre, con bajos niveles educativos ,condiciones habitacionales desfavorables y marginados de la seguridad social.”

Esquivel y Sánchez- Mejorada, 1995

Desde el fin de la guerra fría los países se clasifican en ricos y pobres. Pero la pobreza no sólo es económica. A fin de cuentas se trata de cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha. Así que el motivo de la pobreza se encuentra no sólo en el ingreso, sino también en lo que puede considerarse una falla de las capacidades básicas, es decir lo que se hace con lo que se tiene, un capital que incluye el aspecto financiero y la variedad de activos humanos y sociales que influyen sobre la calidad de vida de las personas, concepto que la Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones" (CONACYT, 2006). Esto nos pone ante un concepto complejo que incluye la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características de su entorno.

Condiciones económicas

Los especialistas definen tres líneas de pobreza: alimentaria, patrimonial y de capacidades (o extrema pobreza). En el nicho de la pobreza alimentaria, que toma en cuenta los valores monetarios para cubrir las necesidades de alimentación correspondientes a los establecidos en la canasta de alimentación de INEGI-CEPAL (SEDESOL, 2005), se encontraron en México 36 millones de personas. En la línea de pobreza de capacidades, que incluye a la anterior y suma otras medidas referentes a la alimentación y la salud, se contabilizaron 47 millones de habitantes. Finalmente, en la pobreza de patrimonio, que considera alimentación,

salud, educación, vestuario, vivienda y transporte, hay poco más de 60 millones de mexicanos.

En este contexto, la franjas de población más afectadas son las correspondientes a los extremos de la vida: la infantil y la de mayores de 75 años. En este último grupo el proceso comienza hacia los 60 años de edad. Sin embargo, diversos estudios (Esquivel y Sánchez-Mejorada, 1995) mencionan la existencia de la *transmisión generacional del estatus del pobre*, esto es que cuando se nace pobre y así se vive la infancia y, por lo menos, parte de la juventud, en hogares con ciertas pautas de carencia esto ejercerá una influencia determinante en la persona, quien *heredará* rasgos del atributo de ser pobre, mismos que arrastrará de por vida y se manifestarán plenamente en la vejez.

Entre los pobres, los más pobres y vulnerables son los viejos. De acuerdo con estimaciones oficiales (CONAPO, 2006), más de la cuarta parte de los adultos mayores mexicanos no reciben ingreso alguno, poco más del 60% del total reciben entre medio y tres salarios mínimos, o sea de 27 a 161 pesos diarios, el 6% perciben de 162 a 220 pesos al día, y sólo 3 senectos de cada cien cuentan con más de 16,200 pesos al mes (más de diez salarios mínimos).

En México la tasa de actividad y ocupación de los mayores es de 29 personas de cada cien. Y de ese porcentaje sólo una quinta parte (5.8) cuenta con un trabajo formal; el resto, una mayoría que los cuadruplica numéricamente, subsisten realizando ocupaciones informales que les permitan obtener los ingresos mencionados en el párrafo anterior. También hay adultos mayores que son patrones, pero se trata de una minoría: 4% de los activos que trabajan por su cuenta (CONAPO, 2006). En este rubro son más los varones que las mujeres, pues las dificultades laborales que ellas afrontan se enfatizan en las edades avanzadas, principalmente por su más baja escolaridad, los usos sociales y sus responsabilidades en el ámbito doméstico que, como vemos, continúan a lo largo de toda su vida.

Pensionados y jubilados es un tema indisolublemente ligado a la vejez y su futuro hace cimbrar a los cimientos mismos del sistema socioeconómico. El universo de pensionados y jubilados en México es el 25% del total de los mayores de 65 años, y de éstos más de la mitad reciben un salario mínimo como tope. Para la mayoría, el dejar de laborar representa la ruptura con los medios económicos y sociales de la comunidad; en la medida que el trabajo origina prestigio social y autosuficiencia, el retiro es la entrada a la población pasiva, carente de rol significativo.

Aún así, se trata de un grupo privilegiado, porque la mayoría de los mexicanos en edad de retiro ni siquiera tienen ni tendrán derecho a una pensión, condenados así a la marginación y expuestos al maltrato. La Comisión de Atención a la Tercera Edad, Jubilados y Pensionados, informa que en 2006, el 35% de los adultos mayores registrados en el Distrito Federal, vivían en condiciones de extrema pobreza y subsistían de limosnas (Secretaría de Salud del Gobierno del D.F., 2006)

Para atenuar, más no resolver, lo apremiante de la situación de envejecimiento y pobreza en la capital mexicana, se aprobó la ley universal que establece el derecho a la pensión alimenticia de 822 pesos al mes para los adultos mayores de 68 años y más residentes en esta ciudad. El gobierno federal también cuenta con el programa "70 y más", a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social que entrega 500 pesos mensuales a un millón 800 mil personas de la tercera edad que habitan en los llamados *bolsones de pobreza urbana* (SEDESOL, 2005). Estas ayudas son importantes, aunque por mucho insuficientes, si se toma en cuenta el costo de ser viejo y peor todavía si además se está enfermo.

Entorno sociambiental, dependencia y maltrato

La visión del envejecimiento como dificultad y la necesidad de planificarlo se basa en que, durante las últimas etapas del ciclo de la vida, se incrementan fuertemente ciertos riesgos: pérdidas en las capacidades físicas y mentales, disminución de la autonomía, la adaptabilidad y la movilidad, menoscabo de roles familiares y sociales, retiro del trabajo, pérdida de capacidad económica, cese de

otras actividades, deterioro en la salud con consecuencias incurables y progresivas.

Por tanto, se busca minimizar los riesgos característicos de la vejez, aminorar sus consecuencias y acrecentar las posibilidades para una vejez con el máximo bienestar posible, no sólo para la persona que envejece, sino para todo su entorno familiar y social.

Tradicionalmente corresponde a las familias hacerse cargo de sus viejos en un país donde sólo dos terceras partes de sus habitantes cuentan con un empleo que les aporta ingresos promedio de 2.5 salarios mínimos por trabajador (CEPAL, 2007). Sin embargo, los familiares, si los hay, poco a poco se van desligando de la responsabilidad de atender a sus mayores.

Uno de los rasgos más preocupantes del envejecimiento demográfico es que este fenómeno se acompaña del empobrecimiento de los adultos mayores en todas las esferas de su vida: económica, social, familiar, afectiva, sanitaria. Con los agravantes de la disminución física que incide en las limitaciones de movilidad que presentan los mayores de 60 años ante los obstáculos urbanos ¿cómo trasladarse cotidianamente de manera segura en el Metro y los microbuses? ¿torear los autos? ¿subir y bajar los 40 escalones de cada lado de un puente peatonal... en caso de que exista un puente peatonal? Para quienes padecen cierta discapacidad, estos problemas son literalmente insalvables, tanto que ni siquiera es suficiente la ayuda de un cuidador, en caso de contar con él.

Los estudios sobre la imagen del envejecimiento indican que en la actualidad la visión hegemónica en las sociedades occidentales es negativa y se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social (Bertranou, 2003). La literatura especializada coincide que entre las causas de mayor peso se identifica la construcción social de la vejez como **dependencia**. De hecho, la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, es decir, cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible hablar de calidad de vida en términos

subjetivos. Por decirlo de otro modo, la perspectiva de bienestar que, como podemos apreciar, se revela como muy amplia y permite incrementar los marcos donde se inscribe el bienestar en nuestras vidas, poco podría perfilarse si las condiciones básicas para que sea una realidad no se cumplen (vivienda, alimentación servicios básicos, entorno comunitario, entre otras) por mucho que se desarrollen las habilidades y conocimientos sobre el control de las condiciones de vida que, al considerarlas en su sentido amplio, generalmente se supone la unidireccionalidad de los flujos de apoyo e intercambio, desde los adultos jóvenes hacia las personas mayores, sin considerar los aportes que hacen los ancianos al grupo familia. El análisis de los datos muestra una realidad diferente: la gran mayoría de los ancianos latinoamericanos vive en hogares multigeneracionales. En las zonas urbanas de América Latina entre 67 y 87% vive en esa condición, en México son casi el 80%, y aun cuando parezca extraño los adultos mayores sostienen buena parte de esos hogares (CEPAL, 2000). En 2005 se registraron en el país 6.1 millones de familias donde vive al menos una persona de 60 años o más, lo que representa el 24.6% del total de hogares (INEGI, 2005). La ausencia de personas de edad aumentaría la incidencia de la pobreza a niveles elevadísimos, en particular en aquellos hogares donde el aporte del adulto mayor supera la mitad del ingreso total. Aun cuando falta de investigación empírica acerca de las actividades productivas realizadas por las personas mayores fuera del mercado existe algún consenso en que las personas de edad, hombres y mujeres, en forma altamente diferenciada, realizan actividades relacionadas con el cuidado de niños, la manutención y mejoramiento de los hogares, el trabajo voluntario, la ayuda informal a las familias y los amigos, la asistencia a personas enfermas, a través de las cuales obviamente se producen bienes valiosos y necesarios aún cuando no sean pagados.

“Son socialmente productivos al ejercer una solidaridad que conlleva en muchos casos la guarda de los nietos (para que las nueras y las hijas trabajen) y el apoyo económico a los hijos que lo necesiten. Además, son activos, intervienen en el desarrollo de la sociedad, en la configuración de nuevas formas de ocio y entretenimiento y son

transmisores de pautas y valores, memorias históricas y saberes de los que es beneficiaria la sociedad en su conjunto” (Rodríguez, 2007).

Lo anterior lleva a cuestionar la imagen generalizada de inactividad, improductividad y en definitiva, inutilidad social de las personas mayores, incluidos los enfermos crónicos. En las personas mayores, desempeñar un papel activo en los asuntos sociales, defendiendo sus demandas para el acceso equitativo a oportunidades diversas y a ocupar espacios centrales antes que marginales en la comunidad es un factor primordial de satisfacción personal y bienestar subjetivo (Bertranou, 2003).

El uso del espacio urbano de los adultos mayores es fundamental, pero en nuestro país está muy limitado, particularmente en el Valle de México, donde las barreras arquitectónicas, el hacinamiento, insuficiencia de espacios recreativos apropiados, mobiliario urbano, calles, banquetas, transporte público, distancias, por citar algunos aspectos indispensables para el desempeño cotidiano de las personas mayores, no sólo son un obstáculo sino un peligro para personas cuya disminución física las condena al confinamiento absoluto. Factores que demeritan en gran medida la calidad de vida de los viejos en toda sus condiciones (sanos o enfermos).

En el Distrito Federal, 16.2% de las personas adultas mayores han experimentado al menos un incidente de **maltrato**, principalmente las mujeres (Bertranou, 2003). Sin embargo, considerando que el conocimiento al respecto es todavía incipiente, Lowick Russell (2003) propone un conjunto de indicadores mínimos que surgen de la investigación internacional y latinoamericana sobre el fenómeno del maltrato y la discriminación contra las personas mayores. Se trata del cálculo de las tasas de los diferentes tipos de maltrato: violencia física, psicológico-emocional, financiero, sexual, abandono, estructural (quienes no cuentan con pensión) y societario (pobreza extrema o indigencia).

El hecho en sí del maltrato y su magnitud evidencian la necesidad urgente de leyes y políticas apropiadas. La medición de las formas específicas del

maltrato, y en diferentes contextos (familiar, institucional, social, a niveles micro, medio y macro) son importantes para el diseño de programas de prevención, de atención y capacitación, pues ellas dan cuenta del tipo de oferta de servicios que se requiere, la calidad de los recursos humanos, la población objetivo de esos programas y de las áreas problemáticas que van surgiendo. Los diferenciales en la magnitud del maltrato, según las variables seleccionadas, permiten orientar las medidas preventivas hacia los sectores de personas mayores que viven en situaciones de mayor riesgo. A su vez, permite identificar las características de las personas mayores afectadas que son demandantes potenciales de servicios y orientar la oferta de estos de acuerdo con esas características.

Siguiendo a CEPAL, en su diagnóstico sobre la situación de las personas mayores y políticas en América Latina y el Caribe, encontramos que *“en la región se ha considerado fundamental incluir la situación de los entornos sociales (maltrato de personas mayores, imagen del envejecimiento y participación) y de los entornos físicos (vivienda y uso del espacio urbano) como ámbitos de intervención que requieren cambios debido a que las evidencias indican que existen brechas con otras generaciones y entre las mismas personas mayores que es urgente disminuir”*. (Bertranou-CEPAL, 2003).

Educación

De los que no sabían leer y escribir en el año 2005, más de la mitad son mayores de 65 años, es decir personas que nacieron antes de 1940, época en que la asistencia a la escuela estaba concentrada en las grandes ciudades y sólo para ciertos niveles socioeconómicos. Dos tercios de los ancianos actuales no completaron la educación primaria, siendo su promedio de estudios es de dos y medio años. La más baja o nula escolaridad del país corresponde a las mujeres mayores del medio rural (INEGI, 2005); un dato a tomar muy en cuenta considerando que las mujeres mexicanas sobreviven una media de cinco años a los hombres y además son mayoría en el medio laboral informal.

A mediados de la presente década, el promedio de escolaridad para las mujeres de 7.9 años, mientras que para los hombres es de 8.4 años (INEGI, 2005).

De mantenerse esta tendencia, en los próximos lustros el perfil de los futuros adultos mayores -y de la sociedad entera- será notablemente mejor al actual.

Empujados por la necesidad, los viejos de hoy tienen conciencia de que su participación socioeconómica empeora rápidamente en relación inversamente proporcional al progreso tecnológico. Lo nuevo caduca enseguida. Estar al día en cualquier campo de actividad es un imperativo que implica un reto, pues requiere agilidad mental, plasticidad, disposición al cambio y adaptabilidad superiores a las de antaño, facultades que en los viejos disminuyen irremisiblemente. En estos tiempos, tener las condiciones de acceso a la actualización, mantenerse vigente y el deterioro por la edad son los desafíos de los *nuevos viejos*.

Con el fin de contribuir a un envejecimiento activo el gobierno del Distrito Federal abrió en marzo de 2009 la Universidad para la Tercera Edad, con una capacidad de matrícula para 800 alumnos *mayores* a los que imparte cursos en finanzas, contabilidad, historia del arte y computación, además de contar con áreas para que puedan ejercitarse. En esta Universidad los adultos mayores podrán estudiar diplomados y cursos trimestrales en materias como historia universal, historia del arte, psicología administración de negocios, computación, idiomas; también, talleres de tanatología, nutrición, yoga, danza, gimnasia cerebral, museografía, inteligencia emocional, sexualidad en el adulto mayor, gerontología, manejo del tiempo libre, hipertensión y diabetes, entre otros. Se anuncian además seminarios para familiares, profesionales del área y gente joven que quiera aprender a tratar y a cuidar adultos mayores. Los costos no pasan, por ahora, de 150 pesos por clase por trimestre. El recinto, ubicado en la Delegación Benito Juárez, cuya proporción de población vieja (16%) es la más alta en el Distrito Federal, cuenta con instalaciones adecuadas a las necesidades de los adultos mayores como rampas con barandales, tiene áreas deportivas y de esparcimiento, incluso cafetería.

A continuación, fragmentos de dos entrevistas realizadas por el periódico El Economista (Padilla, 2009) a personas mayores durante su inscripción a la citada Universidad:

“ El caminar de esta mujer es lento, su habla también, pero ansiosa espera su inscripción a clases de Tai-Chi, Historia de México y Computación, ‘porque es lo que está de moda, es lo último, es lo más moderno’... además es el medio por el que puede comunicarse con su nieta en París”.

“Estar pensionado puede ser muy ‘padre’ pero llega uno a sentirse inútil y eso es frustrante, necesita una cierta actividad para no desmoralizarse, para no caer, para seguir siendo joven”, detalla Salvador.

El panorama que se presenta evoca las condiciones de los países desarrollados, un centro de desarrollo de primer nivel para ancianos cultos, modernos y aceptablemente sanos.... Sin duda se trata de un modelo deseable y es un logro que ya se esté dando atención a ese nicho de la población, el tipo de senescentes ideales que nuestro país quiere tener. Sólo que por el momento la mayoría de los viejos mexicanos viven en otras condiciones, probablemente no les interesa aprender museografía o francés ni tienen las bases académicas para hacerlo (tampoco los 150 pesos), y hay que satisfacer sus demandas más apremiantes. Se necesitan, además de este, programas educativos para adultos mayores más realistas y con mayor cobertura.

Salud

Los servicios de salud están experimentando cambios, debido a que cada vez “se requieren menos establecimientos obstétricos y pediátricos, y más hospitales especializados en los padecimientos propios de las personas adultas mayores, cuyos costos son más elevados que los servicios de pediatría y ginecobstetricia de alta demanda en el pasado, más asilos, albergues y más servicios de recreación para ancianos” (Tiessen, E., 2000). Con la extensión de la longevidad, el peso de la enfermedad se concentrará más en las edades

avanzadas, en consecuencia, se elevará el número de años que los adultos mayores vivirán con padecimientos crónico-degenerativos y/o con discapacidades. El aspecto del envejecimiento que más impactará será el de las condiciones de salud, lo que supone que se multiplicará sensiblemente la cantidad de profesionales especializados, ya que el país sólo cuenta con 300 geriatras (INAPAM, 2009) . La concomitancia entre las transiciones demográfica y epidemiológica resulta justamente en el envejecimiento demográfico bajo un desplazamiento de las causas en la morbilidad y la muerte de las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes, junto con las lesiones, afectando principalmente en las edades más avanzadas. La morbilidad y las consecuencias no letales de la enfermedad deberán ser los elementos centrales en el estudio del envejecimiento. Los costos de la atención y los sistemas de salud deberán adaptarse tomando en cuenta estas transformaciones.

Los aspectos más relevantes relacionados con la salud pública en el Distrito Federal, en relación con los adultos mayores, son: la contaminación del aire y del agua; desnutrición y, paradójicamente, obesidad; y adicciones y secuelas del consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilegales.

En esta megalópolis no se cuenta con un hospital específico para la asistencia médica a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, sino que son atendidos de manera general, mediante consulta externa, en todos los centros de salud, clínicas y hospitales ubicados en la ciudad, donde el porcentaje de adultos mayores que cuentan con servicios médicos (sumando los públicos y los privados), es de 23.41% (CNDHDF, 2009) y se busca que esta cifra aumente con el crecimiento de la red de los servicios de salud que el gobierno del Distrito Federal está desarrollando.

Salud mental y discapacidad

Particularmente importante en el Distrito Federal es la alta incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, como son la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol, las autolesiones, la esquizofrenia y el trastorno bipolar

(CNDHDF, 2008). La exposición continua de la población a una serie de factores estresantes, como el entorno físico superpoblado y pobre, los altos niveles de violencia, los accidentes, la inseguridad o el desempleo, hace más propensos a los habitantes de la urbe a padecer este tipo de enfermedades. Numerosos estudios reportan que los casos de enfermedad mental tienden a aumentar en contextos de pobreza, violencia, drogadicción y envejecimiento de la población.

En el 2005, el 10 por ciento de las personas adultas mayores capitalinas tenían algún tipo de discapacidad, que les impedía desarrollar sus actividades cotidianas. Este dato, del Consejo Nacional de Población, varía de acuerdo a la edad y el sexo, puesto que los hombres al envejecer enfrentan mayores niveles de discapacidad que las mujeres.

En el ámbito de la salud mental existe una brecha importante entre las necesidades de la población y los programas/servicios para satisfacerlas. La prevención, promoción y detección de problemas psicosociales se abordan de manera incipiente y limitada. Preocupa en particular que dentro de la red hospitalaria a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal no se cuente con hospitales especializados en la atención de la salud mental, a la luz del sensible aumento de los índices indirectos de enfermedades psiquiátricas: número de suicidios, casos de parálisis general progresiva, cirrosis hepática, alcoholismo, farmacodependencia y homicidio. Problemas que se presentan cada vez con más frecuencia en el grupo de los adultos mayores.

También se estima que el 50% de quienes tienen 60 y más años y cerca del 80% de los mayores de 75 padecen alguna patología mental que amerita atención clínica. Tres cuartas partes de ellos con distintos grados de depresión, que puede ser de inicio previo a la senectud, secundaria a otros trastornos físicos o resultante del uso de fármacos (INAPAM, 2009). Los ancianos son el grupo con mayor riesgo de sufrir demencia, de hecho el 10% de los senectos presentan algún tipo, y el más frecuente es el síndrome de Alzheimer (la mitad de ese diez por ciento) distribuido de la siguiente manera (tabla 3):

Edad	60-64	65-69	70-74	75-80	80+
% Alzheimer	1.0	1.5	2.25	3.38	5.07

Fuente: Asociación Mexicana de Alzheimer, 2007. Tabla 3

Esto significa que cada cinco años más de vida, el riesgo de manifestar la enfermedad aumenta 50%

Otra afección psiquiátrica muy frecuente entre mayores es la llamada *Parafrenia de la Vejez* (DSM-IV, 2002). El 10% de ellos sufre síntomas agudos y de esa cantidad el 90% son mujeres.

Las enfermedades mentales que devienen de otras alteraciones, principalmente en ancianos, son: depresión, manía, obsesión, esquizofrenia y psicosis. Y las físicas con mayor comorbilidad: cardiovasculares (32%), Diabetes Mellitus (15%) y cáncer (15%). (INAPAM, 2005)

Tipo de residencia

En México es tradicional que los viejos habiten con sus familias, conformadas por miembros de diferentes edades, así viven el 77% de nuestros ancianos; del restante 23%, unos residen únicamente con su pareja, otros solos (en vivienda o en la calle) y algunos en instituciones.

Los ancianos institucionalizados:

Los senectos que viven de manera permanente en asilos, casas de descanso y reclusorios, entre otros, han sido hasta cierto punto un grupo social olvidado de la reflexión política y académica. Hace muy poco que se le da importancia al tipo de vivienda en el que se encuentra la población en general y los de 60 años y más, en particular. Al comienzo de este siglo los adultos mayores residentes en viviendas colectivas a nivel nacional eran 23 mil personas, de las cuales 45% vivían en asilos, 18 por ciento en conventos y monasterios, 12 por ciento en hospitales y 8 por ciento en cárceles (Tiessen, 2000).

Se tiene muy poca información sobre el perfil sociodemográfico de este segmento de nuestra población anciana. Aunque en nuestro país existe gran cantidad de casas de cuidados prolongados, coloquialmente conocidos como asilos, que tienen diferentes requisitos de admisión: sólo para hombres, sólo para mujeres, mixtos, sólo para religiosas, para individuos con precariedad económica, para ancianos con recursos económicos, para ancianos sin familiares, para ancianos funcionales o no discapacitados, de determinada etnia, etcétera.

Lo cierto es que la gran mayoría de la población institucionalizada es femenina. La diferencia entre hombres y mujeres en los asilos gubernamentales como el DIF es relativamente poca, mientras que en las casas de la Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal los cálculos aproximados reportan mucha mayor presencia de mujeres que de hombres. Estas personas llegaron ahí a través de un responsable, pero por voluntad propia (en caso de que goce de sano juicio). A pesar de ello, el personal que los atiende manifiesta que cerca de la mitad de la población que vive en estas instituciones se considera prácticamente abandonada afectivamente por sus familiares. Alguien paga sus cuotas y por requisito la mayoría debe tener un familiar que se haga responsable, pero en la práctica no hay mayor contacto de los familiares con su anciano institucionalizado.

La evidencia nos muestra en un primer momento que los hombres están muy en desacuerdo con residir ahí, mientras que las mujeres reportan una mayor conformidad. Incluso, algunas mujeres ahorraron durante su vida para poder descansar en este tipo de casas o desvían lo poco que tienen de pensión para obtener techo, alimentación y servicios pagados por ellas mismas. La constante presencia de mujeres en estos asilos es un efecto del proceso de feminización de la vejez que deriva de las diferencias en la esperanza de vida entre sexos; pero también de los arreglos matrimoniales en edad avanzada. Socialmente es aceptado un hombre mayor casado o unido a una mujer mucho más joven, mientras que una mujer mayor difícilmente puede consolidar este tipo de relaciones.

Evidentemente, ser un anciano institucionalizado representa tener diferentes tipos de apoyo, en contraste con aquel que vive solo o el que vive con *alguien*. En el mejor de los casos, estas personas cuentan con servicios médicos, de atención personal, alimentación y cierto entretenimiento. De cierto, este tipo de instituciones surgen bajo la problemática de admitir gente que no puede valerse por sí misma y que necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, ya sea porque pueden padecer enfermedades limitantes o sufren algún tipo de deterioro mental. Sin embargo, “existen evaluaciones que reportan que gran parte de estas instituciones no gozan de las mínimas condiciones necesarias para dar una atención digna a su población. Incluso los que cobran mayores montos son también los que tienen una mayor deficiencia en sus servicios y condiciones necesarias (...) Aunque existen pocas instituciones de cuidados prolongados a nivel de las organizaciones gubernamentales, lo cierto es que la información que se puede tener sobre los ancianos que residen en ellas es prácticamente nula. No existen los canales para obtener un mayor conocimiento sobre esta gente. Sea en asilos, cárceles, hospitales o cuarteles, la información requerida debe atravesar los conductos burocráticos que muchas veces obstaculizan el conocimiento sobre este segmento olvidado de la población” (Tiessen, 2000).

El espectro de apoyos intra y extra domésticos de los ancianos institucionalizados es muy limitado; los apoyos que tienen deben ser considerados institucionales en donde aun con el contacto humano las relaciones no pueden catalogarse como afectivas. Incluso es pertinente cuestionar que el apoyo institucional, por instrumental o material que sea, llegue a ser suficiente.

Este sector de la población necesita ser visible también a los ojos de las familias, la comunidad y los planeadores de políticas gubernamentales. Además, cualquier tipo de programa debe considerar el hecho de que parte de esta población carece, en la práctica, de familia. La orientación entonces debe dirigirse a recuperar el sentido de responsabilidad social. Se requieren estudios rigurosos realizados con objetividad desde perspectivas incluyentes y científicas, así como una mayor supervisión orientada a controlar el surgimiento y atención de esta clase de instituciones; así como diseñar indicadores de evaluación para aquéllas donde

reside gente saludable, diferenciándolas de otras donde el anciano no puede manifestar su inconformidad o posibles situaciones de maltrato. Esta población muchas veces no cuenta con una red que los conecte con el mundo exterior, sus relaciones familiares son prácticamente inexistentes siendo sustituidas por relaciones estructuradas por la fuerza de la convivencia.

El envejecimiento individual y el colectivo tienen un aspecto en común. Llegar a la vejez señala un éxito y a la vez es un logro muy relativo. En una persona su capacidad de sobrevivir hasta las edades avanzadas, cumple el deseo de vivir muchos años, pero al costo de envejecer. Y nadie quiere envejecer. Por el lado de lo colectivo, se desea reducir la mortalidad y la fecundidad para reducir el crecimiento de la población y posibilitar el desarrollo socioeconómico. Pero esta dinámica causa el envejecimiento demográfico y las desventajas que conlleva. En el momento actual, el proceso de envejecer es altamente heterogéneo y caracteriza a una población que demanda mayor atención y presenta nuevas necesidades, sumadas a las ya de sobra conocidas: dependencia, fragilidad, descenso del poder adquisitivo, soledad, pérdida del rol social, problemas de vivienda... lo que se traduce en requerimientos sociosanitarios altamente especializados.

Por todas estas razones se deduce que al abordar la temática de los adultos mayores, se debe hacer desde una concepción que integre las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo, donde su bienestar se entienda como un proceso de interacción entre él y su ambiente, de forma que permita la promoción y desarrollo de las capacidades de la persona y la mejora de las condiciones del entorno.

ANEXO 2**EXAMEN PSICOLOGICO**

Mujer

71 años

Nació en D.F.

Divorciada

Un hijo (no la ve desde hace 30 años)

2° Primaria

Ocupación previa: hogar

Nivel socioeconómico: medio

Responsable: hermana mayor

Tiempo en este asilo: tres años

Antecedentes:

Accidente vascular cerebral con parálisis secundaria desde hace 30 años, afecto severamente la capacidad motora del habla.

Trastorno psiquiátrico indeterminado con abuso de fármacos prescritos por médico y episodios de violencia física.

28 años internada en otra institución (en Cuernavaca) donde recibía fisioterapia y se sentía a gusto, se le trasladó hace dos años por falta de recursos económicos.

Problemática actual:

Sedentarismo total y falta de estímulos. Extraña su vida anterior en Cuernavaca, donde realizaba ejercicios e interactuaba en grupo. Solicita ayuda y atención individualizada. Gran dificultad para comunicarse verbalmente, tampoco puede escribir, ni caminar –aunque sí puede mover las piernas, incluso tiene una bicicleta pero no cuenta con a alguien capacitado que le ayude a ejercitarse- .

La falta de independencia le provoca gran ansiedad, sobre todo porque percibe que ignoran sus demandas y no le tienen paciencia.

Le interesa mucho su aspecto y arreglo personal.

Aparentemente no le preocupa el distanciamiento del hijo.

Quiere tener una amiga con quien conversar en privado y variar la rutina.

Estado mental:

Memorias bien conservadas.

Buena orientación en tiempo, lugar y personas.

Alerta.

Pensamiento lógico y coherente.

Centrada en sí misma, muy escasa empatía.

Percepción sensorial correcta.

Cooperadora.

Animo lábil (cambia con gran facilidad).

Aprehensiva, impulsiva, demandante y muy ansiosa.

Intelecto conservado acorde a su nivel y estímulos recibidos.

Capaz de fijar su atención y de comprender.

Juicio limitado.

Centrada en sí misma y en todo lo relacionado a su bienestar.

Coordinación gruesa aceptable en brazos.

Visomotricidad relativa (puede hojear revistas, jugar pelota y manipular objetos grandes y ligeros).

Kinestésica.

Duerme (aún sentada) por falta de estímulos.

Diagnóstico presuntivo:	Trastorno límite de la personalidad.
Pronóstico:	Pobre / estable con terapia de mantenimiento (apoyo-reforzamiento defensas, relajación, cambio de ambiente, relación).
Recomendaciones terapéuticas:	Estimulación física y perceptual. Desarrollo de relación personal significativa.
Estrategias:	Reforzar su Yo (narcicista). Mayor atención individualizada. Activación física. Ofrecerle novedad y reconocimiento social.
Objetivos:	Favorecer sus sentimientos de capacidad, autoestima, valor personal y logro. Lentificar su deterioro físico (fuerza, coordinación, reflejos). Disminuir su ansiedad. Brindarle afecto y sensación de bienestar.
Actividades específicas:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego de pelota –de papel- en grupo, como la “papa caliente”, encestar o meter a un aro, “quemados”, y similares, que impliquen gritos, velocidad, puntos, etc. ▪ Estiramientos; sostener posturas simples, por ejemplo uno o dos brazos arriba durante 5 segundos, las piernas, la cabeza, combinando con respiración de manera que inhale antes de la postura y exhale durante ella. ▪ Relajación sencilla: tensar músculos de diversas partes del cuerpo y luego aflojarlos por completo, así varias veces. ▪ Participar en los concursos de canto del grupo (ella lleva el ritmo con los pies y se le cuenta como canto, según lo haga, sabe que no hay concesiones). Quienes participan obtienen un boleto para la rifa de alguna cosa, por ej. una bolsita, pulsera, aretes, salida a la calle, etc.

- Proporcionarle revistas femeninas y comentarlas con ella.
- Ayudarle en su arreglo personal: manicure, maquillaje, peinado, etc.
- Conversar en privado (puede ser en el patio, según clima)
- Llevarla a la calle dentro de la cuadra.
- Celebrar en público sus logros o sugerencias acertadas.
- Masaje ligero (sólo persona capacitada).

HISTORIA VITAL

Mujer

71 años

N. 16 de julio de 1936, México, D.F.

Divorciada

2° Primaria

Hogar

Nivel socioeconómico medio-bajo

Católica

Una hermana y un hijo (33 años)

3 años en este asilo

PROBLEMATICA:

Hemiplejía secundaria a evento vascular cerebral.

Sufre problemas de comunicación y sedentarismo. Sus relaciones interpersonales son muy pobres.

Se siente limitada por el medio que la rodea; depender por completo de otras personas le hace experimentar gran ansiedad y deseos de realizar actividad física organizada. Se encuentra a disgusto con el ambiente pues no tiene con quién interactuar de manera satisfactoria.

Ocasionalmente manifiesta impulsos explosivos de agresividad y pelea con alguna compañera.

Se resiste a conformarse con su condición de invalidez, incluso sugiere actividades que cree puede realizar y pide la apoyen con algún tipo de rehabilitación física. Esta necesidad insatisfecha le genera gran malestar emocional y decaimiento.

ANTECEDENTES:

Hace aproximadamente 30 años sufrió un derrame cerebral posterior a un fuerte disgusto con su marido. La internaron en un asilo en Cuernavaca, donde vivió muy a gusto durante 28 años, recibiendo rehabilitación y participando en actividades lúdicas-físicas programadas. Tuvo que salir de ahí por falta de recursos económicos y la trajeron a este asilo, donde hace dos años se cayó de su silla y se afectó varias piezas dentales siendo necesaria la fabricación de una placa que todavía está pendiente por falta de dinero. La paciente niega cualquier tipo de adicción y toxicomanía previas a su accidente vascular. Sin embargo, cuando ingresó a esta institución, la familia reportó a uno de los médicos que se narcotizaba con pastillas desde niña hasta que en una ocasión, estando drogada, intentó suicidarse y asesinar a su hijo, quien no quiere saber nada de ella, al igual que el ex marido —éste se limitan a depositar la cuota mensual del asilo- Se señala que esta información es sólo verbal y anecdótica, pero no aparece en el expediente clínico.

SITUACION ACTUAL

El vivir en una institución de beneficencia privada con muchas dificultades para obtener recursos y sostenerse, implica que los medios disponibles se tienen que optimizar al máximo posible y es

imperante observar una disciplina cotidiana estricta, consistente en horarios fijos y estrictos para levantarse, recibir aseo, comer y acostarse. Esta señora ocupa una cama de dormitorio común (aproximadamente 20 personas). No hay privacidad ni privilegios particulares. Recibe todos los servicios del asilo.

La paciente está la mayor parte del día frente a una de las mesas del comedor, junto con otras tres o cuatro compañeras en circunstancias similares. No platican entre ellas. Ahí también hay una T.V. frecuentemente encendida, que se alterna con el uso de un radio; de la T.V. La residente sólo escucha los noticieros, la música también le gusta, pero no entiende lo que dicen en el radio. Una o dos veces por semana acuden grupos de voluntarias a entretener a los huéspedes y entregarles dulces, jabón y papel higiénico; a veces les cantan, les presentan pequeños espectáculos o les llevan donaciones en especie. Esporádicamente, dependiendo de turnos y condiciones favorables, la administradora de la institución la lleva (en grupo pequeño) al supermercado.

Su hermana asiste una vez al mes al asilo y le lleva insumos para su higiene personal, así como ciertos medicamentos y requerimientos varios.

Manifiesta que ella sola hace ejercicio con los brazos. Actualmente le duelen mucho las rodillas.

No toma medicina psiquiátrica (es decir, antipsicóticos, tranquilizantes o antidepressivos).

RESUMEN DE ENTREVISTA:

Se comienza con preguntas sobre sus datos generales y al comenzar a hablar la paciente pregunta si se le puede entender lo que responde, explicando su problema de salud y las secuelas de éste. En esta fase indica que cree ser viuda ya que su marido nunca la ha visitado. También informa que su hijo sí acude a verla (posteriormente se verificó que esto no es verdad).

Empieza relatando su grata experiencia en el asilo de Cuernavaca, mismo que añora debido a que ahí le enseñaban muchas cosas y se efectuaban diversas actividades de juego, a diferencia de este lugar donde no hay nada de eso. Por ejemplo: hacía ejercicio todos los días bajo la supervisión de un fisioterapeuta, jugaba a la pelota.

Dice haber tenido una andadera con la que podía caminar y se queja de que aquí se la quitaron y ya no cuenta con ayuda para realizar esta actividad, ni le permiten hacerlo sola —aunque está consciente de que no puede y requiere alguien que la asista, estaría dispuesta a intentarlo y correr el riesgo. También se queja de que durante las noches no cuenta con cómodo y de que nadie la ayuda en esas horas, pues aunque duerme con pañal éste no le es suficiente. Afirma que no es incontinente, pero que le ponen pañal para facilitar su manejo, porque los camilleros no siempre la llevan al baño cuando se los solicita.

Menciona que el derrame cerebral que la dejó en esta condición fue consecuencia de un coraje con su esposo. Hace 30 años. Al principio estuvo peor que ahora, pero gracias a la atención del asilo de Cuernavaca logró mejorar, es decir alcanzar mayor capacidad motora incluyendo el habla.

Culpa a un camillero del accidente en que perdió sus dientes, que la animó a pararse y caminar, con el resultado de que se fue de bruces. Al parecer, este trabajo está por fin en proceso con la dentista del Hospital Vicentino, aunque no se ha confirmado. La paciente llora abiertamente porque no tiene dinero, por sus dientes y porque no se le rehabilita. Informa que hace todo lo que puede por sí misma, como ejercicios con los brazos, lo que confirma en la acción, mostrando con orgullo dichos ejercicios.

Fue la menor de cuatro hermanos, dos hombres y dos mujeres. Sólo sobrevive su hermana, tres años mayor. El padre murió cuando la paciente tenía dos años, entonces la mamá trabajó haciendo tortillas para subsistir. Acondicionó un pequeño local en su casa y ahí metió una máquina chica de tortillería. Al crecer, ayudaba a su mamá en esa labor. Su hermano mayor les apoyaba económicamente, aún cuando él se casó; de hecho continuó viviendo en la misma casa, que se subdividió para alojar al nuevo matrimonio.

Al morir su madre, la niña contaba con 12 años. Continuó en su casa junto con sus hermanos solteros, el casado y la familia de éste

Posteriormente se casó también la hermana y la casa volvió a subdividirse para que ella y el marido pudieran habitar ahí. De esta manera todos vivían como en un clan, con sus espacios bien delimitados dentro de una misma construcción. Recuerda que tenían dos cocinas, porque vivían “juntos, pero no revueltos”.

Para entonces, ya era una jovencita y trabajaba en la fábrica de vajillas “El Anfora”. Cita que fue la última en casarse, a los 25 años de edad. Había sido muy noviera, así conoció al que sería su marido y lo describe como un “buen hombre” que le compró una casa en la Colonia Moctezuma, tuvieron un hijo y fueron felices. Hasta que él cambió y la hundió, pues “creo que él tenía una amante y se quiso deshacer de mí”. Así, relata que un día ella puso una regadera con servicio de agua caliente (que no tenían antes) y el hombre la regañó por eso, pelearon fuertemente y ella sufrió el derrame; él dijo a todos que estaba loca y la calumnió, presentando esos argumentos a las monjas del asilo de Cuernavaca que él le pagaba “y también paga este asilo... pero también el INSEN paga mi pensión”.

Respecto a su hijo, la paciente únicamente cita que vive sólo en un departamento.

Recibe visitas mensuales de su hermana, quien le trae pañales y algunos artículos necesarios para su salud e higiene personal. Sostiene que el hijo también la ha visitado, pero no da detalles en relación a esto. Su cuñada ha venido a verla, “pero mi esposo nunca... aunque ya lo perdoné porque me hundió... (llanto y pausa larga)... aquí calmo mis penas”.

A la interna le gusta mucho ir a la calle, cosa que solo sucede cuando la administradora del asilo la lleva al súper. También le gusta escuchar música de todo tipo, en especial la tropical, las cumbias y la Sonora Santanera, así como las canciones que tocan en la estación de radio “El Fonógrafo”, en

este punto accede a cantar el fragmento de una pieza de Cri-Cri, divertida por su falta de entonación. Otra cosa que le agrada es que le lean cuentos de todo tipo.

Se anima a pedir una pelota grande (como de 20 ó 30 cm.) para jugar e informa que tiene una bicicleta fija, pero no la puede usar porque necesita a alguien que la ayude. De inmediato se lamenta de que aquí no tiene amigas, pues las compañeras son de dos caras y muy majaderas. Revela: “Esther es muy buena, pero Paula es chismosa e intrigante, me calumnió, dijo que invité a un hombre a mi cama... (muestra disgusto)”, al tranquilizarla bromea y agrega que “ojalá fuera un hombre despampanante (ríe)”.

Finaliza agradeciendo reiteradamente la conversación y principalmente que haya sido a solas “para que no se enteren los demás... tengo que estar con ellos todo el tiempo y no los aguanto ya”.

DATOS ADICIONALES OBTENIDOS INDIRECTAMENTE.

Durante una crisis, intentó ahorcar a su hijo cuando éste tenía aproximadamente 8 años, al parecer quiso colgarlo de la regadera . El marido se dio cuenta y lo salvó. Fue entonces que ella sufrió el accidente vascular cerebral. Desde ese día el hijo, que ya cuenta con más de 30 años, no quiere ver ni saber nada de su madre.

Durante los años que vivió con su esposo, la paciente se comportaba en extremo controladora, posesiva y celosa; siempre afirmaba que él tenía amantes y acudía al negocio propiedad de aquél a hacer escándalos. Debido a tantos conflictos, el hombre ya no pudo manejar debidamente su negocio y quebró. El mismo informó que la convivencia con esta mujer era imposible y altamente estresante, además la familia de ella intervenía en contra de él, quien, una vez casados, se dio cuenta de que su mujer tomaba fármacos psiquiátricos en exceso y que esto lo hacía desde muy chica, pues ya estaba enferma –cosa que se le ocultó durante el noviazgo. Finalmente decidió internarla (no dice si ya había tomado esta determinación desde antes del derrame cerebral), una vez lo cual tramitó el divorcio y quedó a cargo de los gastos de ella hasta la fecha, motivo por el que su segunda mujer, con la que tuvo una hija, lo abandonó. El hombre se queja de que la paciente le arruinó la vida y se niega a verla desde que la internaron hace más de 30 años, incluso ha pagado a una hermana de él para que la lleve a consulta médica cuando es estrictamente necesario y no se cuenta con nadie más.

EXAMEN MENTAL

1. Impresión general.

- a) Presentación: relativamente limpia, viste pants austeros. Dependiente, en silla de ruedas, postura inclinada hacia su lado derecho. Aparente estrabismo, usa grandes lentes oscuros. Cabello corto pintado de rojo. Tez blanca. Complexión

media. Dentadura incompleta y en mal estado de higiene. Babea involuntariamente y se limpia ella misma, siempre tiene un pañuelo desechable en sus manos.

- b) Conducta: ansiosa e impulsiva, intenta controlarse. Demandante e intolerante, no puede postergar la gratificación. Se agita en busca de llamar la atención. A falta de estímulos externos que le interesen, simplemente se desconecta y se duerme en su silla. Intenta ser lo menos dependiente que se pueda y desea el reconocimiento de los demás. Informa dormir bien y tener buen apetito ("¡Como de todo, todo me gusta!").
- c) Actitud: abiertamente cooperadora y confiada, buena disposición para interactuar y realizar ejercicio.

2. Estado de conciencia

Alerta. Se da cuenta cabal de sí misma, de las demás personas y de su entorno.

3. Atención y concentración

Atención bien conservada, con capacidad de mantenerse fija y enfocada donde lo requiere. Buen tiempo de reacción.

Su concentración está significativamente más disminuida. Con mucha dificultad para realizar operaciones.

4. Discurso y fondo de información

Vocabulario adecuado y correcto. Extensión aceptable de acuerdo con su educación y capacidad física. Buena sintaxis. Sin fluidez ni claridad, debido a dislalia severa. Habla despacio y con buen volumen (no muy alto, considerando su condición).

5. Pensamiento

- a) Curso: lógico y coherente. Responde a lo que se le pregunta, desarrolla un objetivo claro, da respuestas relevantes. Verbalización ligeramente lenta.
- b) Contenido: expresa ideas de referencia, tales como que no la quieren ayudar y que le impiden rehabilitarse por negligencia de los cuidadores; también que el marido quiso deshacerse de ella porque él tenía una amante.
- c) Control: apropiado en curso y contenido.

6. Orientación

- a) Tiempo: ligeramente disminuida por falta de información externa (por ejemplo, sabe el año y el mes, pero no la fecha del día porque no tiene acceso a calendarios u otra referencia y además no le interesa preguntar el dato; tampoco recuerda con precisión la edad del hijo, ni cantidades de tiempo).
- b) Lugar: correcta.

- c) Personas: correcta, identifica personas, nombres, funciones, relación con ella y con otras personas del medio.

7. Memoria

- a) Inmediata: correcta
 b) Reciente: correcta
 c) Remota: correcta

8. Percepción

Procesa correctamente y con buen grado de realidad la información perceptual.. Conoce, reconoce y discrimina adecuadamente los objetos de la realidad y de sí misma.

9. Motricidad

A pesar de la parálisis cuenta con buena coordinación visomotriz, algo lenta, al igual que aceptable coordinación gruesa en brazos, manos, tronco y cabeza.

Habla muy deteriorada, pero es capaz de expresarse aunque con considerable dificultad.

Musculatura facial semiparalizada, con escurrimiento salival (que ella misma se limpia constantemente). Aparente daño en nervios ópticos.

Muestra ansiedad motora agitando voluntariamente miembros superiores.

Se observan lapsos de temblor ligero en manos y más constante y agudo en pierna derecha.

Se alimenta por sí misma, con dificultad. Requiere ayuda para actividades de higiene como lavarse los dientes, baño diario, etc. Es incontinente.

10. Estado de ánimo y afecto

Respuesta emocional y afecto en el momento presente son apropiados, así también el rango e intensidad de su conducta expresiva. Pero cambia con gran facilidad del entusiasmo a la apatía, o de la alegría a la tristeza, del gusto a la ira y la ansiedad. Labilidad.

Humor decaído que modifica de inmediato ante estímulos externos novedosos o que le agradan, en cuanto éstos desaparecen vuelve al desánimo en el acto. Demandante de atención afectiva individualizada y mayor interacción personal

Animo ansioso. Aprehensiva.

11. Impulsividad

Reconoce conductas sociales básicas y se esfuerza por adaptarse controladamente. Muestra explosividad física ante la idea de limitación o frustración, es decir que intenta realizar movimientos muy "audaces" para su condición sin pensar en las consecuencias.

12. Intelecto

- a) Abstracción: maneja conceptos simbólicos sencillos, encuentra similitudes y diferencias entre objetos.

- b) Comprensión: entiende y trabaja correctamente con significados de palabras, refranes, ideas.
- c) Análisis y síntesis: poca capacidad de anticipación, sus conclusiones son inadecuadas. No quiere trabajar en esto.
- d) Juicio: no piensa en las consecuencias de sus actos, ni en qué debe hacer en situaciones hipotéticas. Alteración.
- e) Cálculo: no se esfuerza por realizar operaciones.
- f) Lecto-escritura: nula.
- g) Habilidad viso-espacial: conserva algunos rasgos, como el sentido de la proporción y la distancia.
- h) Lenguaje: capacidad de habla muy disminuida que limita severamente la práctica verbal.

13. Autocrítica e insight

Mínimo grado de conciencia sobre su problemática, se observa negación. Culpa al marido de su situación.

Escaso insight, con notable disminución de la capacidad para comprender la realidad de su circunstancia..

PERSONALIDAD

I. Areas

- a) Cognición: nivel normal-bajo acorde a su instrucción y biografía. Habilidades limitadas y cristalizadas. Area verbal disminuida; área ejecutiva severamente limitada. Estilo cinestésico-visual. No realiza esfuerzo intelectual, simplemente está conectada al presente concreto al cual intenta adaptarse satisfactoriamente mediante las herramientas con que cuenta.
- b) Psicomotriz: reflejos de miembros superiores en coordinación con la vista y el oído. También coordina los movimientos del cuello y, con mayor dificultad, el tórax. Dislalia. Afasia motora. Hemiplejía izquierda.
- c) Afectividad: patrones de impulsividad de moderada a explosiva, dependiendo del estímulo y el nivel de frustración. Es demandante y con ideas de referencia. Labilidad emocional. Establece relaciones interpersonales positivas con quienes se siente absolutamente segura, aceptada por completo, libre de críticas y a su disposición; pero estas relaciones son superficiales y pasajeras, porque oculta voluntariamente los aspectos negativos que percibe de sí misma, lo que implica gran esfuerzo psíquico. Temor agudo al juicio y al rechazo. No asume la responsabilidad de sus actos y culpa a los demás de sus problemas. Tendencia al liderazgo, busca aprobación y reconocimiento constantes.

II. Dinámica

Se observan regresiones y fijaciones en la etapa del desarrollo oral, con datos de intensa ansiedad ante la pérdida de figuras significativas de las épocas tempranas de su vida, identificadas como satisfactores de sus necesidades básicas de alimentación, protección y afecto.

Utiliza las defensas represivas y bajo estrés vuelve a las demandas disociativas (por ejemplo, reconoce al marido como bueno, pero al mismo tiempo malo). La formación reactiva coexiste con la expresión parcial de los impulsos rechazados, así es como se percibe ofendida y victimizada injustamente aunque esté consciente que ella misma provocó el conflicto. Utiliza la identificación proyectiva, los demás mienten pero ella no, alguien la acusa de tener un amante. También se vale de la negación, no puede aceptar las limitaciones que la realidad le impone. Sí mismo inconsistente, oscila entre la devaluación y la omnipotencia. Presenta un sí mismo y mundo objetal relativamente estables aunque con relaciones conflictivas graves, que se fragmenta en condiciones de estrés agudo, lo que se refleja en sus patrones de relación interpersonal. Superyó sádico y carente de integración, con sobreidealización en el Yo ideal (por ejemplo en su potencial físico), no puede manejar satisfactoriamente la crítica ni la frustración ante las que activa ese Yo ideal omnipotente facultado para destruir al agresor externo. Cuando percibe conscientemente que el origen del riesgo proviene de ella misma, evade el castigo suprimiendo –inhibe a voluntad- su material inaceptable como una forma de eliminarlo de su experiencia. Hay notables oscilaciones del estado de ánimo, según la relación entre el Superyó y el Yo ideal, mostrando una “impulsividad estructurada”. Yo narcicista.

Poca capacidad de empatía. Leve tolerancia a la ansiedad. Promete sinceramente compromisos de relación interpersonal, pero no puede cumplirlos. Tampoco puede terminar las tareas que comienza. Depende emocionalmente del exterior, ya sean personas o cosas.

Esta información proporciona un perfil con rasgos de infantilismo: poco control de impulsos, intolerancia, agresividad sobre todo hacia sí misma, magnificación de las emociones, inseguridad, inestabilidad, dependencia-posesividad patológicas y riesgo de abuso de sustancias. Todos estos son indicadores característicos de personalidades límite.

DX. INICIAL

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad limítrofe, asociado a: discapacidad motora severa, secundaria a accidente vascular cerebral; y a condiciones de senectud.

DESCRIPCION DEL TRASTORNO Y CAUSAS

(Se suprimieron de este anexo. Se encuentran en el reporte original, copiadas del DSM-IV)

PRONOSTICO Y EVOLUCION DEL TRASTORNO PARA LA MAYORIA DE LOS CASOS

Diagnosticado y tratado en la adolescencia o juventud, hay mejoría progresiva y favorable, incluso curación, mediante acciones que van desde la hospitalización a la terapia ambulatoria. La

psicoterapia es multimodal (un tipo para cada problema), en un periodo entre ocho y diez años (nunca menor a dos, en los casos más benignos).

El tratamiento incluye farmacoterapia para el control de impulsos.

Los síntomas suelen perder intensidad de manera natural (más no desaparecer del todo), es decir sin tratamiento, alrededor de los 40 años de edad del paciente, siempre y cuando la persona:

- Se desarrolle en un medio ambiente favorable que le brinde tolerancia, comprensión y apoyo.
- No se autolesione severamente.
- No presente comorbilidad con trastornos y/o enfermedades asociadas.

TRATAMIENTO TERAPEUTICO DEL CASO

Desafortunadamente la interesada no arribó indemne a sus 40 y los avances de la psiquiatría en relación a su enfermedad llegaron tarde.

Particularmente el accidente vascular cerebral y, de manera concomitante, los efectos intrafamiliares de su enfermedad la confinaron a una vida de discapacidad y aislamiento, sin mayor esperanza de rehabilitación y reinserción a las actividades familiares y sociales cotidianas. Situación agudizada actualmente por su avanzada edad y las limitaciones económico-ambientales a las que está sujeta.

El pronóstico en este caso es pobre, pero estable.

En estas circunstancias sólo cabe procurarle terapias de apoyo para mejorar su calidad de vida y fundamentalmente promover su bienestar emocional, cubriendo las siguientes:

Necesidades específicas:

- Reforzamiento a su Yo
- Reconocimiento social
- Aceptación incondicional
- Activación física
- Control de ansiedad
- Atención individualizada

Con base en ello se sugieren las siguientes estrategias de apoyo:

- Terapia de tipo relacional – conversación racional con técnica específica para no promover insight alguno, sino únicamente la posibilidad de catarsis, compañía, seguridad y apoyo; así como favorecer su autestima.

- Terapia de juego – actividad física diversificada que le brinde estimulación precepto-motora, diversión, entretenimiento e interacción con semejantes.
- Ejercicio y relajación dirigidos.
- Medidas de cambio ambiental – información a cuidadores y voluntarios - con retroalimentación - a fin de fomentar mayor conciencia y participación terapéutica.

Objetivos:

- Favorecer su sentido de independencia, autoestima y valor social.
- Lentificar su deterioro físico.
- Fomentar su autocontrol de la ansiedad.
- Desarrollar sentimientos de afecto y bienestar.
- Integración activa al medio social.

Actividades concretas sugeridas:

- Juego de pelota, estiramientos, ejercicios de fuerza, coordinación, reflejos y respiración.
- Proporcionarle revistas femeninas y comentar los contenidos con ella.
- Ayudarle en su arreglo personal: uñas, maquillaje, cabello, etc.
- Participación en actividades de grupo que impliquen cierto grado de competitividad y “lucimiento”, por ejemplo: concursos de canto (ella “canta” moviendo sus pies al ritmo de la música), lotería y similares, cuentos para dramatizarlos, carreras de cochecitos, “el grito más fuerte”...
- Celebrar públicamente sus logros.
- Conversación a solas.
- Masaje ligero.
- Llevarla al exterior con mayor frecuencia.

RESULTADOS

La paciente afirmó sentir gran satisfacción por recibir atención individualizada y en privado.

Mostró total disposición y entusiasmo inmediatos al participar en las actividades lúdicas grupales, incluso ayudando a sus compañeras de juego. Al finalizar, la primera sesión se le dio reconocimiento público por sus propuestas y recibió un aplauso del grupo.

También coopera abiertamente en la realización de ejercicios a su medida, tanto en sesión particular como grupal.

Se observa cierto reforzamiento de sus mecanismos de defensa existentes, sobre todo la dependencia emocional (siente que cuenta con alguien en quien apoyarse y manifiesta gratitud y afecto). También se le nota más segura al buscar la comunicación verbal, una vez que se le ha comprobado que es relativa la dificultad de entender su glosa - algo que la angustia mucho, puesto que los aprietos de sus interlocutores para comprender su vocalización reducen sus relaciones a su mínima expresión-.

FICHA TECNICA

Fechas de sesiones de entrevista:	3, 10, 17, 25 y 31 de julio de 2007
Fechas de sesiones de actividades:	6, 13, 20, 27 de julio; 3, 10, 14, 23, 30 de agosto; 6, 13, 20, 26, 27 de septiembre; 1, 4, 11 de octubre.
Lugares:	Habitación privada, comedor y patio del asilo.
Duración sesiones:	40 minutos a una hora, cada una.
Apoyo para la realización de actividades:	Estudiantes de universidad particular en servicio social. Voluntarias participantes.

INTERVENCION INDIVIDUAL

NOMBRE:	MUJER
EDAD:	78 AÑOS
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	13 DE MAYO DE 1928, AGUASCALIENTES, AGS.
EDO. CIVIL:	VIUDA
FAMILIA CERCANA:	UN HIJO DISCAPACITADO, UN CUÑADO Y UNA SOBRINA
ESCOLARIDAD:	3° PRIMARIA
ACTIVIDAD ANTERIOR:	CAMPESINA / PEQUEÑO COMERCIO EN MERCADO
NIVEL SOCIECONOMICO:	BAJO
RELIGION:	CATOLICA
TIEMPO Y MOTIVO DE INTERNAMIENTO:	UN AÑO / ACOMPAÑAR A SU ESPOSO

PROBLEMATICA.

Se enfurece con facilidad, agrede verbalmente al personal y a otros internos (a éstos, en ocasiones también físicamente). La mayor parte del tiempo se mantiene aislada, evitando interactuar con las personas del medio. Es intolerante y cada vez más inactiva.

La paciente expresa sentirse muy a disgusto en el ambiente del asilo y con la gente que la rodea. Explica que no puede utilizar sus cosas y es necesario tenerlas bajo llave, en un pequeño lócker junto a su cama, pues todo se lo roban. La comida de aquí tampoco le gusta porque no está hecha a su manera. Está preocupada por el estado en que pueden estar su casa y sus plantas, nadie las cuida mejor que ella. Desea volver a su hogar y llevarse con ella a su hijo de 33 años que padece autismo y está internado en otra institución. Nadie lo cuida mejor que ella. Un matrimonio de benefactores la lleva a visitarlo cada 15 días y aprovechan para llevarla a visitar la tumba de su esposo.

La entrevistada dice que no quiere depender de nadie. Se siente criticada, tratada como una criatura y humillada.

Está desesperada porque no puede caminar bien y todo el tiempo está "como borracha", la mayor parte del día tiene sueño, dice que duerme "de más", se cansa fácilmente y ya no puede hacer las actividades que le gustaban, como tejer y cocinar, pues le sube la presión; se queja de molestias vagas en diferentes partes del cuerpo. Presenta pies y tobillos muy inflamados, así como manchas rojas en las piernas que le aparecen y desaparecen de un día a otro, ella afirma que antes de estar en el asilo nunca las tuvo y las atribuye a una alergia de causa desconocida. Un dermatólogo la revisó y no encontró causa orgánica. Uno de los médicos del asilo le dice que sus síntomas se deben a que ya está vieja, y el otro doctor los atribuye a depresión.

Al cabo de un rato de conversación y alguna actividad que le interese, desaparecen todas sus molestias, excepto el mareo (aunque éste se reduce significativamente), pues en realidad es hipertensa y está medicada por los doctores del asilo.

Piensa que nunca ha servido para nada, que su vida ha sido muy triste y que ahora sería mejor morir.

Siempre encuentra razones para victimizarse y justificar su inercia. Se queja de que en el asilo le dicen que es muy floja y negativa.

ANTECEDENTES

Hace un año obtuvo apoyo para internarse en el asilo, junto con su esposo ("para yo cuidarlo mejor") ya que ella sola ya no podía atender a su familia. El procedimiento se le facilitó gracias a que conoce desde hace 33 años a las Voluntarias Vicentinas con quienes existe aprecio mutuo, especialmente con la presidenta. Incluso les asignaron un cuarto privado para ellos dos.

El marido no parecía enfermo, pero falleció repentinamente hace cinco meses. Desde entonces fue cambiada a un dormitorio común (20 personas) donde ya no puede instalar su propia televisión ni su radio.

También informa que dos años atrás sufrió un connato de embolia y fue atendida exitosamente en el Hospital Xoco. No tuvo secuelas y sólo le prescribieron Aspirina Protect (que actualmente ya no toma "porque la caja que tenía cuando entramos al asilo, preferí dársela a mi esposo que la necesitaba más... y aquí me dan mis medicinas que me mandan los doctores de este lugar").

Por otra parte, desde hace años, el hijo autista ha permanecido internado en varias instituciones, las cuales reportan que el joven presenta cierta mejoría debido a que se mantiene lejos de su sobreprotectora madre -según datos proporcionados a las Vicentinas.

ENTREVISTA (se reproduce en el orden recordado por la paciente durante varias sesiones).

Comienza diciendo que ya sabe porqué la mandaron a consulta: "le dijeron que soy muy corajuda y no me llevo con nadie... pero tengo una muy amiga que es la esposa de un señor que vive aquí y que también es de Aguascalientes".

Habla de manera clara y firme.

Enfatiza que no le gusta esta gente y que prefiere sentarse lejos de ellos. Relata que sabe escribir pero que "perdió la forma" y como lo hace tan feo mejor se abstiene de intentarlo. Antes leía la Biblia, pero ya no porque "aquí sólo tienen la de jóvenes y no le entiendo". Le gusta tejer y antes ganaba dinero con esa actividad, pero ya no puede hacerlo porque le sube la presión. Le gusta ver la T.V. y tiene una propia, pero ya no puede usarla porque no hay dónde ponerla y teme que se la roben o la descompongan; hay una tele común, pero no le agrada porque todos los internos la ven y se pelean por la programación, sintonizando lo que a ella no le gusta. Le agrada la cocina, pero no entra porque no puede estar parada, además "ya hay una cocinera" y por tanto no puede participar en la preparación de los alimentos.

La comida del asilo no le gusta, porque no la hacen a su manera. Explica en detalle algunas recetas (se observa entusiasmo).

A veces pinta en cerámica y hace manualidades en malla que le guarda a sus sobrinitos; las voluntarias le traen los materiales y dirigen estas actividades cada 15 días.

Expresa que se aburre porque no tiene con quien platicar. Se queja de múltiples síntomas que le tratan los médicos del asilo, por ejemplo: "vitaminas" para dormir (complejo B con diclofenaco); Flanax (anti inflamatorio) para el dolor de rodilla.

Informa que antes iba al Hospital Xoco a terapias de rehabilitación para su rodilla, pero ahora no tiene quién la lleve. Se siente perturbada porque no puede caminar bien, sin embargo intenta hacerlo ayudándose con una andadera. Dice que le gustaría hacer más ejercicio, pero no sabe cómo y necesita que alguien la enseñe y la supervise.

.....

Platica que manejó una miscelánea durante más de 30 años y que ahí "tuvo" que aprender a sumar y restar -no sabe hacer otras operaciones- pero como el procedimiento le resultaba muy laborioso, mejor se aprendió las cuentas, o mejor dicho los resultados, de memoria y se sabe muchos. Cree que está loca "porque se me graban las cosas" (ríe).

Hace unos cinco o seis años tomó clases sobre la Biblia y tomó clases, entonces su comadre la llevó a bautizar a una iglesia cristiana y la situación le dio mucha risa (sonríe y de inmediato rectifica muy seria) "pero uno tiene que respetar, ¿verdad?".

Desde muy joven trabajó en el campo, en medio del agua y climas extremos, a lo que atribuye sus dolencias actuales en las piernas. Luego se fue con su esposo a laborar en las pizcas de ambos lados de la frontera Norte. Se siente muy orgullosa de conocer "todos esos rumbos".

Cuenta que se casaron de 15 y 18 años, respectivamente. El matrimonio duró 61 años, hasta que él murió. A los 13 años de edad, un novio de otro Estado la pidió sus padres en casamiento, ellos aceptaron con la condición de que la boda se celebrara cuando la chica ya hubiera cumplido 15 años. Aunque el prometido le parecía muy feo, ella se resignó porque era preferible a quedarse soltera, pues pensaba que nunca encontraría con quien casarse debido a que su papá le decía que ella no servía para nada. El muchacho regresó una temporada a su ciudad, Torreón; pero a la joven le urgía casarse y empezó a sentir mucho temor de que un imprevisto le impidiera lograrlo, por ejemplo que él se comprometiera con otra mejor que ella, quien se percibía muy inferior e ignorante. Entonces recibió ayuda de su amigo de toda la vida con el que huyó para ser su esposo hasta hace cinco meses. Lo describe como un buen hombre, con quien se crío, pues era su vecino que quedó huérfano muy pequeño junto con sus hermanos, por lo que el papá de la muchacha los ayudaba y protegía como hijos. La entrevistada dice que no sabe si su marido la quería (porque peleaban mucho), sin embargo él la defendía y ella se preocupaba mucho por aquél: siempre lo con esmero, "lo más que podía". Muestra de esto es el episodio en que al él se le disparó accidentalmente una pistola y la bala rebotó en la mesa para finalmente matar al padre de la entrevistada. No hubo

testigos. Ella y los demás parientes estaban en una fiesta familiar. El esposo fue llevado preso y la mujer fue a defenderlo: le llevaba comida y cosas a su marido "para que estuviera bien" (abunda en detalles al relatar). Así hasta que lo liberaron, hecho que la alegró mucho, pues "él no tuvo la culpa, ¡ninguna, ninguna culpa!... yo fui la que le puso el tiro a la pistola y él ni lo sabía". En esa época la entrevistada tenía alrededor de 35 años (saca la cuenta en referencia a la edad de un hijo que se le murió). Su madre viuda sufrió entonces una embolia y vivió enferma durante siete años más – recuerda con expresión de gran pesar- Cita que sus padres se querían mucho.

Fue la mayor de cinco hermanos, ella y cuatro varones. Actualmente sólo vive uno, enfermo, en Aguascalientes.

.....
 Hace 51 años llegó al D.F. para atenderse una úlcera en el cuello uterino ocasionada "cuando nació un hijo". Recuerda que duró "podrida durante más de un año, con pus, y como no me componía con nada, nos venimos para que me vieran aquí los doctores". Antes de esto sufrió una larga serie de abortos involuntarios desde la edad de 16, diez años después le nació un hijo muerto, posteriormente tuvo otro que sí se logró, pero este niño falleció a la edad de 9 años 5 meses, ahogado en una presa, en Tabasco. Platica con detalle el suceso, llorando intensamente y afirmando que su vida ha sido muy triste. En este momento confiesa que su hijo actual es adoptado -antes había citado que lo tuvo a los 45, luego que a los 35- Nació enfermo y no pudo darle la atención médica debida, a causa de la pobreza. Providencialmente conoció a una doctora que le ayudó mucho, e incluso le daba medicinas y dinero para la criatura. Enfatiza que aunque este hijo no nació de ella, lo adora y lo quiere "¡y más que eso!". Lloro porque quiere estar con él todo el tiempo, se siente en condiciones de cuidarlo y se queja de que en los internados donde el joven se la ha pasado "todo les roban". Lo que más quiere es volver a su casa y llevárselo con ella (llora), está desesperada porque no puede cumplir este deseo. Platica que recién se fue su hijo al internado ella lloraba todas las noches por no tenerlo junto, pero le dijeron que era necesario, aunque no acaba de aceptarlo "porque él es dócil y obediente, aunque no habla, ¡de veras yo puedo cuidarlo! ... me obedece". Esta ausencia la tiene muy deprimida y el doctor del asilo le dice que es por eso que se siente en estado de *borrachera*.

.....
 Conoció a las Vicentinas hace 33 años, cuando tomaba clases de tejido con ellas y ganó un concurso, recordando los detalles de la prenda. Las aprecia mucho y está agradecida hacia ellas, pero ya casi todas se han muerto.

A una pregunta específica responde que no le gusta salir para no dar lata a la gente, pues tienen que ayudarla a caminar y batallan con ella, refiriéndose a un matrimonio de benefactores del asilo: Daniel, que es locutor de Televisa, y su esposa Susana. Ellos la llevan cada 15 días a visitar a su hijo y también la tumba de su esposo, hasta le mandaron hacer una hermosa lápida y le llevan flores. También la llevan a comer y a pasear. La entrevistada quiere mucho a esta pareja y siente enorme gratitud hacia ellos, sin embargo no le gusta que "me ven como a una muchachilla y juegan

conmigo como si fuera una criatura, pero me aguanto porque los quiero mucho, se ocupan de mí y de mi hijo de 33 años. Los quiero como de mi familia".

Insiste en que es muy enojona y que esa es la imagen que los demás tienen de ella, esto la complace y les dice que cuando niña su mamá le daba agua amarga para que cuando creciera no le tuviera miedo a nadie, "mejor ser enojona y amargada que miedosa". Aclara que lo del agua amarga es figurado, en realidad no se la daban, se trata sólo de un decir para responderle a la gente. Recalca de nuevo que es muy enojona y que está loca "pero no lo escriba... bueno sí, al fin y al cabo que se sepa o ¿usté qué cree, de verdá estoy loca o estoy cuerda?" Cree que la locura consiste en hablar mucho y platicar, platicar sobre todo sus cosas íntimas.

Describe su relación con las enfermeras del asilo: las detesta y se irrita sobremanera con ellas, porque "aunque no merezco que me traten bien, tampoco es justo que me traten mal porque me ven desvalida. Las odio, siento coraje hacia ellas" (con expresión enfática e intensa). Cuenta que recientemente la acusaron porque le pegó a un viejito para reprenderlo porque "se llevó una cosa que no debía". Está consciente de que no debió actuar así, pero informa que le enfureció que la enjuiciaran y la avergonzaran delante de todos, y de la autoridad. "Estoy muy enojada con todas las personas del asilo, bueno, no con tantas me siento HUMILLADA, HUMILLADA, HUMILLADA estoy acostumbrada a arreglar los problemas hablando y no quiero que me traten como a una criatura".

Para la cuarta sesión se ha establecido una buena relación con ella, se le explica que tiene posibilidades de sentirse mejor si lo decide y se le invita a trabajar en ella misma mediante una terapia. Después de expresar sus múltiples limitaciones, se anima y acepta comenzar para el día siguiente.

EXAMEN MENTAL

- Impresión General.

a) Presentación: llega caminando con dificultad y lentitud, arrastra los pies, usa bastón. Viste suéter y falda (a diferencia de todas las otras internas que usan pants). Está aseada pero su aspecto es descuidado, usa el cabello largo y suelto, le faltan dos dientes frontales y los demás se ven en mal estado. Tez blanca y sonrosada, complexión y estatura medias. Postura moderadamente encorvada que puede corregir voluntariamente.

b) Actitud: dócil, acepta la interacción, coopera y desarrolla confianza a medida que avanza la entrevista.

c) Conducta: aprehensiva, apática, retraída y quejosa. Ocasionalmente impulsiva.

- Estado de Conciencia.

Está alerta, se da completa cuenta de sí misma, del entorno y la situación.

- Atención y Concentración.

En buen estado. Resuelve correctamente problemas aritméticos sencillos (aunque dice que se sabe los resultados de memoria), repite cinco dígitos progresivos y cuatro inversos. Ligeramente más lenta en concentración.

- Discurso y Fondo de Información.

Volumen, tono y fluidez al hablar son normales. La variedad de vocabulario es acorde a su nivel educativo y experiencia. Buena sintaxis. Uso correcto de su repertorio lingüístico.

- Curso del Pensamiento.

Coherente, responde a lo que se le pregunta, se dirige a un objetivo claro, hay relación causa-efecto, da respuestas relevantes. No se observa patología.

- Contenido del Pensamiento.

Ideas de referencia (la juzgan, la ven inferior). Obsesión por proteger a sus figuras significativas y pertenencias (nadie lo hace mejor que ella), dificultad para delegar tareas y aceptar la eficacia de los procedimientos ajenos (le desagrada la comida que no está cocinada a su modo). Ideas de inutilidad y muerte o desgracia inminente. Rechaza instrucciones y propuestas provenientes de los demás.

- Control del Pensamiento.

Curso. En cuanto a contenido se observa que rectifica constantemente con tendencia a la negatividad; no se permite disfrutar o dejar abierta una alternativa esperanzadora, tiene que neutralizarla con la contraparte restrictiva.

- Orientación.

Correcta en tiempo, lugar y personas.

- Percepción.

Interpreta apropiadamente la información de la realidad que recibe con los órganos de sus sentidos. No se observan patologías.

- Animo y Afecto.

Animo decaído. Expresión congruente. Afecto apropiado. Malestar emocional. Sentimientos de culpa, vergüenza, impotencia e inferioridad. Angustia. Apatía general.

- Memoria.

Bien conservadas y en plena función sus fases inmediata, reciente y remota.

- Motricidad.

Lentitud general. Marcha con dificultad debido a dolor en sus rodillas. Inactividad general en aumento. Sin embargo tiene buena coordinación gruesa y fina. No se observan patologías incapacitantes severas o indicadoras de lesión cerebral.

- Impulsividad.

Autocontrol variable, dependiendo del medio ambiente social y el tipo de interlocutor. Reconoce las conductas sociales, pero las ignora hasta desahogar su ira (hace berrinches).

- Funciones Intelectuales.

Inteligencia promedio de acuerdo a su educación. Pensamiento abstracto con capacidad de comprender conceptos de cierta complejidad. Buen nivel de introspección y juicio. Buena memoria. Capacidad de cálculo limitada a su formación. Habilidad de lecto-escritura atrofiada por falta de práctica-interés-necesidad. Habilidad visoespacial en fase inicial de deterioro por inactividad. Comprensión adecuada de las situaciones de la realidad.

- Autocrítica e Insight.

Juicio social inestable, comprende las consecuencias de sus actos pero no le gratifica más no controlar sus impulsos.

Puede imaginar qué hacer en situaciones hipotéticas, con regular asertividad.

Autocrítica disminuida, atribuye sus problemas a factores desconocidos y a las injusticias de la vida.

Se sobrerresponsabiliza de los demás pero no de ella misma.

Insight intelectual como para comprender su situación, sin ser capaz de manejarla.

PERSONALIDAD

a) Area Cognitiva:

Inteligencia cristalizada. Buen manejo del aspecto verbal y muy disminuida en el ejecutivo. Estilo principalmente auditivo. Destaca su memoria.

b) Area Motora:

Lentitud. Sedentarismo. Ocasionalmente se ejercita caminando por el pasillo. Buena coordinación general.

c) Area Afectiva:

Depende emocionalmente de la presencia de otras personas, al grado de la adicción a la relación. Evade la realidad desagradable ensimismándose, aislándose y eventualmente con agresividad manifiesta. Sentimientos reiterados de minusvalía, impotencia, culpa y frustración, ella quiere resolver por sí misma los problemas de otros (sobreprotectora) y como no puede se siente responsable y reacciona impulsivamente con furia o se deprime. Patrón de temor agudo por la

pérdida y la separación. Desesperanza, tiende a la negatividad y a la victimización, siempre tiene que "ganar" con sus argumentos negativos e irracionales, invariablemente opone pretextos para todo lo que signifique solución a un problema y así mantener sus ganancias secundarias neuróticas. Presenta somatizaciones.

DX. INICIAL

Estrés postraumático crónico con rasgos obsesivo-compulsivos, asociado con trastorno depresivo.

SUSTENTO TEORICO

El estrés postraumático es causado por experimentar un trauma psíquico grave que abruma los mecanismos existentes del individuo (por ejemplo, la muerte reciente de un ser querido puede desencadenar la perturbación cuando hubo más de un trauma no resuelto en el pasado, como: la muerte accidental de un hijo único, muy deseado y gestado con gran dificultad, la muerte violenta del padre, la enfermedad y separación del hijo adoptivo). Estudios recientes han demostrado que este trastorno también resulta de estresantes leves o la acumulación de ellos. Se dice que el problema es crónico cuando los síntomas persisten por más de seis meses. La sintomatología puede permanecer latente (inhibida o reprimida) y aparecer diferida mucho tiempo después, meses e incluso años. Así, la persona:

- Responde con temor intenso, desamparo u horror.
- Experimenta recuerdos intrusivos frecuentes del suceso.
- Siente que el suceso está recurriendo (escenas retrospectivas recordadas).
- Se siente separada de otras personas, está emocionalmente restringida y tiene una sensación de futuro restringido.
- Experimenta estimulación autónoma persistente e intensa, con inclusión de hipervigilancia y una respuesta de sobresalto exagerada (que bien puede traducirse en impulsividad).
- Los síntomas persisten por más de un mes, causan perturbación significativa y alteración en áreas principales del funcionamiento humano.

Las manifestaciones coexistentes, son:

- Culpa del sobreviviente.
- Relaciones interpersonales perturbadas.
- Capacidad trastornada para modular los sentimientos.
- Comportamiento impulsivo y autodestructivo.
- Síntomas disociativos.

- Molestias somáticas.
- Vergüenza.
- Apartamiento social.
- Cambios en las características de la personalidad.

Entre algunos trastornos relacionados, se encuentran:

- Agorafobia
- Fobia social
- Depresión
- Trastorno de somatización

Las alteraciones psicofisiológicas incluyen:

- Afectación de todas las capas del cerebro, tallo encefálico, hipotálamo, sistema límbico y neocorteza.
- Las neuronas pueden quedar modificadas permanentemente.
- Catecolaminas altas (noradrenalina).
- Disminución de glucocorticoides y de la actividad de serotonina.
- Disminución del volumen del hipocampo.
- Activación de la amígdala.
- Activación disminuída del área de Broca.
- Disminución de la respuesta inmunitaria.

Lo anterior justifica síntomas depresivos, alteraciones circulatorias, impulsividad y accesos de ira, disminución de la concentración y lentitud motora.

Los factores de riesgo para presentar el trastorno de estrés postraumático son:

- Antecedentes familiares de alcoholismo.
- Abuso del niño (sexual, laboral, emocional)
- Separación temprana de los padres.
- Pobreza.
- Instrucción baja.
- Traumatización previa por un suceso semejante.

Estas personas padecen hiperexcitabilidad crónica del sistema nervioso autónomo. El cerebro y el organismo envían el mensaje de que existe un estado constante de peligro. La eliminación de la fantasía es sistemática, lo que les impide planear y tomar en cuenta las opciones. Esto a su vez los conduce a impulsividad e inflexibilidad. También se culpan a sí mismos: los sentimientos de

desamparo son abrumados con sentimientos de culpa, es mejor sentirse responsable y en control (falsamente) que indefenso ("mejor ser enojona y amargada que miedosa"). La vulnerabilidad y la humillación suelen estar presentes en traumas graves, la autoconfianza de la víctima se va hacia abajo y empieza a sentirse defectuosa e inadecuada en todos los aspectos de la vida. Esto produce una vergüenza profunda que, cuando es profunda, puede estar dissociada alejada de la conciencia. ("No sirvo para nada...aunque no merezco que me traten bien, tampoco es justo que me traten mal porque me ven desvalida. Las odio, siento coraje hacia ellas... me siento humillada, humillada, humillada... y no quiero que me traten como a una criatura").

Factores de compulsividad y evitación en el trastorno de estrés postraumático:

Hay una reexposición compulsiva al trauma, por medio de daño a otras personas, a sí mismos o autocolocarse en posición para volver a ser víctimas. La evitación de los desencadenantes se vuelve la actividad principal de la persona, que haría cualquier cosa por no recordar el trauma y no tener los sentimientos coexistentes; pero se vuelve más y más sensibilizada a indicadores del ambiente, que necesariamente debe evitar más y más sucesos. El efecto secundario es que se pasa más tiempo rumiando, que en pensar en la vida presente. También hay mayor insensibilidad emocional, todas las emociones impactan por igual, lo que conduce a aislamiento social e indiferencia.

- Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

Al menos cinco de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido (*)
- Pérdida de placer o de interés - anhedonia (*)
- Pérdida o ganancia significativa de peso - apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso
- Fatiga, pérdida de energía
- Sentido creciente de falta de valía o culpa
- Concentración disminuida
- Pensamientos mórbidos recurrentes o ideación suicida

Estos síntomas no han de deberse a abuso de sustancias, enfermedad médica o luto (en este caso sí se presenta el DUELO) sin embargo, cuando este dura más de dos años puede evolucionar a una depresión mayor.

(*) Uno de estos dos tiene que estar presente.

DX. DINAMICO

Nivel de organización medio, con puntos de fijación oral. Utiliza las defensas represivas y en situaciones de estrés vuelve a las demandas disociativas. Expresión parcial de los impulsos rechazados. También se observa que utiliza la anulación, el desplazamiento, la identificación con el agresor, la supresión y la sustitución. Sí mismo constreñido.

Superyó sádico con sobreidealización en el Yo ideal (superpoderoso).

Relaciones objetales estables, aunque con conflictos interpersonales agudos. Puede fragmentarse en situaciones de estrés grave.

Grandes oscilaciones del estado de ánimo -según la relación entre el Superyó y el Yo ideal - Impulsividad estructurada, moderada capacidad de empatía y leve tolerancia a la ansiedad.

Establece relaciones duraderas, pero turbulentas. Promete una intimidad o compromiso que no puede cumplir.

Responde al miedo con culpa, vergüenza e ira.

CONCLUSION

Se confirma diagnóstico hipotético.

ESTRATEGIA TERAPEUTICA

a) Objetivo.

Mejorar lo antes posible el ánimo y la calidad de vida de la persona.

b) Metas.

Establecer la seguridad de la paciente en el ambiente real del presente y ayudarla a relacionarse con el exterior de una manera más constructiva.

Liberar tensión emocional y física.

Promover su autoestima.

c) Métodos.

Seguridad:

Con sesiones de apoyo consistentes en catarsis y desensibilización se buscará que al verbalizar sus sentimientos y emociones en relación a sus recuerdos traumáticos, pueda liberar la tensión que ello le ocasiona y facilitar la revaloración objetiva de estos elementos dolorosos para integrarlos en el contexto del pasado y enfrentarlos sin experimentar amenaza y culpa.

Para ello se utilizará la técnica de racionalización de creencias acerca de sus temores hasta que sea capaz de enfrentarse a ellos, gradualmente, de una manera más ecuánime.

Al respecto Wolberg (1977) afirmó que "el individuo cree que ciertos recuerdos, sentimientos, actitudes e impulsos son dañinos para sí mismo y para los demás, los sujeta a la represión y a la supresión, como las tendencias hostiles de diversos tipos, así como las actitudes que indican a la

persona que es mala, inferior o despreciable, pero algunos de estos elementos son totalmente conocidos para la persona y no se atreve a reconocerlos, los cuales pueden ser manejados por la discusión, la confesión y la ventilación" (pp. 31-32)

"Aunque las fuentes más importantes del conflicto son habitualmente inconscientes, y es imposible verbalizarlas en una terapia de apoyo, la capacidad para expresar acuerdos, tendencias y emociones que angustian, ayuda a reconstruir el autorrespeto y elimina los efectos dañinos de la hostilidad, la tensión y la ansiedad" (p. 30).

Relación:

Como una medida de apoyo auxiliar se contempla aplicar un método de externalización de intereses para redirigir su enfoque hacia el mundo externo. Con esto se pretende generar motivación, sentimiento de capacidad, logro y autoestima. Así como un punto de interacción con otras personas. Concretamente, para la esta señora se propone que:

- Realice un librito con sus recetas de cocina (algo que le agrada mucho); dado que no escribe, requiere dictarle a alguien, lo que la impulsará a establecer una relación interpersonal de cooperación. La metas serán dar a conocer el recetario (fotocopias) entre visitantes y benefactores del asilo y ponerla en contacto con ellos. Como un refuerzo a su trabajo terminado, se pretende la elaboración eventual de algunos de sus platillos en la cocina del asilo, dirigidos personalmente por la paciente.
- Cultive una planta, de esta manera se reforzará y encauzará su necesidad de control y sobreprotección.
- Apoyarla en cualquier otra actividad por la que manifieste interés y sea viable.

Tensión física:

Otra técnica auxiliar será el entrenamiento en relajación muscular mediante ejercicio físico apropiado para el caso. Esto será al comienzo y final de cada sesión. Una adaptación de la técnica de Jacobson (focalizar-tensionar-relajar-tensionar-relajar las diversas zonas del cuerpo, empezando por los pies) me parece lo más adecuado, mejor aún si se alternan con algunos ejercicios de rehabilitación para enfermos discapacitados diseñados por la fisioterapeuta Ma. Cristina Pereznegron y se combinan con técnicas de respiración de yoga.

Con estas medidas se pueden reducir algunos síntomas de la paciente, como: dolor de cuello y cabeza, tensión en hombros y espalda, sensación de ahogo. Además de ayudarla a oxigenarse y brindarle sensación de control y capacidad física.

Número y frecuencia de sesiones: Dos por semana durante dos meses mínimo.

SESIONES

1. Se le propone y negocia el "plan de trabajo", quedando así:

a) Recetas de cocina - se compromete a conseguir ayuda para escribirlas y las entregará según las vaya teniendo. ("A ver si me acuerdo porque hace mucho que no cocino... sabrá si alguien me quiere ayudar") Poco a poco se entusiasma y propone que su recetario se llame "El Libro de (nombre de la paciente)". Expresa sus dudas respecto a que alguna persona se interese en su trabajo. Da el pretexto de que no escribe y tampoco tiene papel y lápiz para dictárselas a alguien. Se le anima y da confianza.

b) Ejercicio - acepta con gusto, pero desea comenzar hasta la próxima sesión. Señala que preferiría realizar esta actividad en grupo, ya que a muchas de sus compañeras les servirá también.

c) Entrevistas - solicita que no deje de ir a platicar con ella. Esta ocasión la conversación gira en torno a la comida (recuerdos agradables relacionados), sus mareos, la cabeza "no le sirve", garganta, dolencias de sus rodillas y sus intentos solitarios de ejercitarse. Muestra gusto porque se la va a guiar y supervisar. Brevemente se queja y devalúa (inutilidad y minusvalía), dice sentirse "toda mal y decaída", sobre todo por no tener con ella a su hijo, a quien necesita cuidar, esta situación la hace perder el apetito. En este punto se le hace tomar conciencia de su discurso y se le lleva a razonamientos más congruentes y positivos.

2. Se le encuentra en cama con mascarilla y tanque de oxígeno. Tres horas antes le subió la presión. Insiste en platicar. Se dice desesperada porque no quiere seguir en el asilo, sino volver a su casa. Está preocupada por sus pertenencias, sobre todo por sus plantas; aunque nadie las cuida mejor que ella, se tranquiliza un poco razonando que la pariente que le "da vueltas a su casa" seguramente las riega, además que ya viene el tiempo de lluvias.

Manifiesta impotencia, sentimientos de inutilidad y pérdida, e ideas de muerte inminente. (Se le induce a razonar: todos vamos a morir y nadie sabe cuándo... ¿qué vamos a hacer en tanto estemos vivos?. También se le pide no hablar porque tiene la mascarilla puesta y se le ofrece darle masaje ligero. Acepta, pero no deja de hablar).

Recuerda que su padre se ganaba la vida como músico y la llevaba a las fiestas para que le ayudara cantando, pero "ya se me fue la voz". También le gustaba mucho bailar polkas y diversos bailes de salón "¡era muy buena para éso!" (vuelve a desanimarse porque ahora le cuesta trabajo caminar. Se le infunde confianza). Continúa hablando de sus gustos musicales, agrega que desea oír un narcorrido, afirma que los narcotraficantes son muy alegres y que "me dan ganas de haber andado en una pandilla así". Recuerda que una vez le propusieron pasar droga en la frontera, dentro de su cuerpo, ella quería hacerlo pero el marido se opuso. "El era un tonto bueno para nada, yo siempre tomaba la iniciativa y actuaba... él no sirvió, pero con todo yo lo cuidé siempre". (Se le cuestiona sobre esto y rectifica). En San Diego él trabajó como caballerango, entonces su hijo tenía dos años, fue una época feliz. Pero tuvieron que regresar a México. En este punto se deprime y dice que ya se va a morir, quiere morirse porque su vida ha sido muy triste. (Se le confronta: hace unos

minutos recordaba situaciones alegres. Acepta y ríe.). Informa que ayer la visitó por primera vez un sobrino que no había ido al asilo, aclara que el joven está muy guapo, abunda en detalles sobre él y ríe, le interesa saber si otras señoras notaron la guapura del muchacho. (Enfatizo en lo agradable que fue esta visita para ella). Está contenta y pide quitarse la mascarilla de oxígeno, ya se siente bien y el médico aprueba.

Relata, divertida, que ella y su marido tenían un costal de marihuana que le cuidaban a un señor y como sabía que la hierba era buena para las reumas, le hizo un hoyo al costal de donde sacaba para curarse con cataplasmas calientes y así fue mejorando, pero un día recién se la había aplicado tuvo que salir en medio de la lluvia fría y desde entonces quedó peor. (Reaseguro: a todos nos hacen daño los enfriamientos y muchas veces tardamos años en mejorar, pero todo tiene remedio). Dice que le gustaría tener una planta de marihuana para volver a curarse (¡eso no se puede! pero puede cultivar alguna otra), le gusta la idea de criar alguna planta en el asilo y considera la posibilidad, pero prefiere hacerlo en su casa donde "hay mucha gente que me puede cuidar" (?). Se razona con ella el punto y se le hace ver que en el asilo ya la están cuidando, por lo que le conviene aprovechar la oportunidad inmediata y decidir según los resultados. Está de acuerdo.

3. La sesión comienza con 15 minutos de ejercicio ligero y técnicas de respiración. Al término de esta actividad, a la que se unió otra compañera, la paciente pregunta: "¿por qué me siento más ligera?... esto me gusta".

Acto seguido, en la fase correspondiente a la conversación, comienza llorando, dice que es porque extraña a su hijo y le asusta la idea de morir dejándolo desamparado (se le dan argumentos para hacerla consciente de que en realidad él está protegido). Surge el tema de la seguridad y relata sucesos que testificó en su infancia, transcurrida en "un pueblo muy violento", así da detalles muy abundantes de:

- Una niña de 12 años, su conocida, violada y asesinada.
- Un niño de siete, "ovillado" (castrado) debido a una venganza.

De inmediato llama a la joven que fue a ayudarla a escribir las recetas de cocina y le recomienda vehementemente que se compre una pistola para que mate al agresor que se le pueda presentar.

Se le dice a la paciente que esas estrategias no son las más adecuadas en la situación actual y afortunadamente uno no está solo y desprotegido sino está rodeado de personas dispuestas a ayudar, que hay más gente buena que mala, por ejemplo aquí y ahora todo está bien y hasta divertido porque esta muchacha que vino a que le dicte sus recetas está muy necesitada de que le enseñen de cocina. La anciana se muestra contenta y decidida a comenzar.

Después de una hora de dictado, ya cuenta con diez recetas y dice que "a ver si puedo recordar más para la próxima cita".

4. Ejercicio: 15 minutos. Esta vez se une otra interna (Sra. A) que se ha vuelto su inseparable compañera. La actividad se desarrolla en una atmósfera de franca diversión y entusiasmo de las participantes.

Durante la conversación, la señora llora constantemente porque no está cuidando a su hijo. Insiste en que teme morir y dejarlo desamparado. También se queja de síntomas "iguales a los que tenía su esposo antes de morir", además refiere sentir sueño todo el tiempo, malestar general, debilidad y falta de apetito. (Se le hace razonar: el hijo no está desamparado, ella tampoco; el esposo era una persona distinta a ella y con otros padecimientos bien definidos. Se le anima haciendo referencia a sus fortalezas y su valor como ser humano). Se comprometió a comer aunque fuera un poco (más tarde cumplió).

No avanzó con sus recetas de cocina. Pero en esta sesión se le presentó una actividad diferente: mostrarle un cuento ("La bella y la bestia") de manera que ejercitara su imaginación ante las imágenes y construyera la historia a su modo, enfocando los valores implícitos: la confianza del padre en la capacidad de su hija para cuidarse sola, el amor del monstruo al dejar ir a la muchacha, etc. Esta actividad llamó la atención de Sra. A, quien se unió de nuevo, resultando una interacción muy animada entre ellas. Concluyeron que cuando se quiere a alguien hay que tener confianza en su capacidad y darle libertad, en todos lados hay bondad aunque a veces no lo parezca a primera vista, las equivocaciones son algo natural y sirven para progresar.

Al finalizar, expresó su deseo de que le regalen un libro para iluminar.

Nota: El área de trabajo social informó que el hijo no es autista, ni nació enfermo, sino que su madre lo protegió patológicamente teniéndolo aislado en su cuarto durante años, sin contacto con el exterior, al grado de no mandarlo a la escuela, ni permitirle jugar con otros niños por temor a que le pasara algo malo. Así lo tuvo "guardado" y seguro bajo su exclusiva vigilancia. La privación de estímulos generó retraso cognitivo severo en el niño y lesionó severamente su desarrollo psicosocial.

5. No quiso hacer ejercicio. Tampoco ha avanzado con las recetas ni le han llevado el libro para iluminar. Se queja de no contar con alguien que la ayude.

Se encuentra furiosa con las personas de su entorno y no es capaz de definir la causa (s). Informa que quiere venganza, desde hace mucho tiempo busca vengarse de quien le molesta, por mínimo que sea el hecho, para ella es enorme. Logra objetivar lo que siente ante estas situaciones: malestar físico intolerable, náusea y mareo. Relata que de niña se desmayaba del coraje cuando la regañaban, por grosera. Informa que le daban ataques con convulsiones y que les precedían unas visiones de caras burlonas flotando en el aire; así hasta los ocho años, cuando una chamana de su pueblo la "curó" y ya nunca más tuvo esos síntomas ("era el mal de la pimientilla, que era por aire, a muchas del pueblo les daba"). Luego, cuando se ahogó su hijo mayor, la señora padeció "confusiones nerviosas", se paralizaba, dejaba de respirar y le daba risa, según le contaban testigos pues ella no se daba cuenta. Recibió tratamiento farmacológico y mejoró. Afirma que siempre ha sido muy nerviosa, sudaba y se sentía muy cansada, con tanta ansiedad que sentía deseos de agarrar un cuchillo para matar (a quien fuera que tuviera enfrente), pero los cuchillos le daban

pánico. Quería correr y volar. Cree que la asustaron los cristeros, ya que en su localidad hubo mucha violencia ("nací en medio de la guerra, en mi pueblo eran y siguen siendo muy bravos, todo lo arreglan a balazos y puñaladas"). A su esposo le dieron siete puñaladas, de recién casada; más recientemente lo golpearon y lo dejaron casi muerto tirado en un cerro. El marido tomaba mucho, igual que su padre quien se cayó a un barranco cuando ella era una niña y cuando ella lo vio en su cama quedó paralizada del susto. También "me asusté (inexpresiva) cuando se ahogó mi hijo... de verlo bañándose y riendo, al ratito lo sacaron muerto de una compuerta (llora)".

Insiste en sus repetidas experiencias de ver cadáveres, relatando que el esposo se perdía hasta por 15 días y ella lo "tenía que buscar en los forenses y hospitales" -en ese orden- Negociaba con quien fuera con tal que la dejaran revisar personalmente los cadáveres, algo que sin embargo le causaba gran ansiedad, hasta cerciorarse a satisfacción de que su esposo no estaba ahí. Cuando él volvía, ella no se disgustaba sino que lo recibía feliz y con deseos de cuidarlo más.

Con este material reforcé mi hipótesis -de estrés postraumático. Únicamente la dejé hablar, escuchando con atención. Al final sólo resumí: usted ha tenido experiencias muy fuertes y difíciles, siento que es una persona muy fuerte que tiene mucho que contar. Contestó que ha sufrido mucho y eso es lo único de lo que puede hablar, que su vida ha sido un calvario y una inutilidad. La reaseguré diciéndole que me parece una vida rica en experiencias y un ejemplo de fortaleza. También la confronté haciéndola razonar que también ha vivido experiencias muy gratas y hasta cómicas (dando ejemplos). Terminó riendo y expresó su deseo de bordar en punto de cruz, pero le falta la tela (más tarde se le hizo llegar el material y comenzó a coser junto con su "sobrina" Sra. A).

6. La sesión comenzó con ejercicios. Esto le divierte mucho, aunque siempre quejosa (pretextos y referencias a su inutilidad).

Comienza la conversación hablando de la devoción a la "santa muerte", luego siguió con relatos de "limpias" que un cura le aprobó con el argumento de que todo se vale cuando se busca la salud. También platicó anécdotas de experiencias sobrenaturales sucedidas a familiares, conocidos y a ella misma, como por ejemplo la "subida del muerto". Al respecto le expliqué lo que es una ilusión hipnagógica, en términos que ella comprenda. Concluyó (con razonamientos guiados) que hay cosas que pueden tener explicación y otras no, pero que no por eso las personas están locas. Hay que aprovechar lo bueno que uno tiene "lo que a cada quien le sirve todavía".

Destaca la agudez de su olfato, sin embargo durante algunos períodos al azar no reconoce los sabores familiares. En este punto recordamos el recetario y comienza a recordar más recetas.

Se compromete a buscar alguien que se las escriba (lo que logra días después gracias a la ayuda de una voluntaria)

7. Comenzamos con ejercicios, se adjunta Sra. A. No puede efectuarse la sesión a solas, pues su atención está dirigida hacia otra paciente (Agustina) que es agresiva y con la que pelean.

Se trata de tranquilizarlas y variarles la actividad. De manera que improviso: les relato la historia de Sor Juana. Les encanta, entonces se ocurre que actúen el guión. La paciente es la virreina, Sra. A es Sor Juana. Se muestran divertidas e interesadas, piden más datos; en esta situación se agrega

al grupo otra paciente (clasificada en el asilo como agresiva y esquizofrénica controlada), va a "aprobar" lo que se está diciendo... y lo aprueba, de manera que también quiere participar con el papel de la madre superiora. Al término de todo esto, las tres señoras agradecen y preguntan cuándo se les va a contar una historia tan buena como esa.

Por cierto, la paciente Agustina (la del pleito original), quien padece demencia, también participó en la actividad, pero desde su cama, a donde llegó a "guardar" comida. Su actuación consistió en críticas y dudas sobre la veracidad de los hechos relatados.

8. Ejercicio junto con Sra. A. Platica otra vez sus recorridos por los forenses y crematorios, esta ocasión confiesa que le gustaba hacerlo pero al mismo tiempo le daba mucho miedo y ansiedad. Al preguntarle por qué insistía en hacerlo, contesta que era la única forma de convencerse de que ahí no estaba su marido, pues tenía que ver por sí misma, no confiaba en las informaciones de los demás. Pues la gente dice puras mentiras. Actualmente confía únicamente en ciertas personas (como en mí) a quienes les platica sus cosas y desea tener contentas. Le pregunto por qué quiere contentarnos y responde que a ella nunca le importó la gente sin poder, sólo los que eran capaces de decidir y ordenar, pues eran los únicos que la podían ayudar. Presume que ha tenido amistades poderosas, refiriéndose a autoridades judiciales, cierto actor famoso y un agente judicial con cierta jerarquía acerca de quien da muchos detalles.

Interviene Sra. A: "lo que importa es la calidad de la persona, tía". La paciente la ignora y sigue con su disertación sobre el poder. Recuerda que "nunca llené de tener cosas y dinero, todo se me hacía poco, gasté mucho, pero todo se perdió" (angustia). Comienza a agitarse y habla de que su hijo le está dando dinero (vía su tarjeta de ayuda económica) y que ella cobra la pensión del muchacho porque él no es capaz, así le puede comprar cosas. Se sabe que está teniendo problemas por esta situación, pero lo que le interesa es controlar ella ese dinero dado que no puede confiar en nadie más, incluso duda si en asilo le están robando dado que no sabe en qué tanto gastan los \$700.00 de su tarjeta de vejez. En este punto se le muestra un ejercicio detallado de costos por hospedaje y atención. Queda muy sorprendida de los gastos que genera (obviamente no a su favor) y sin argumentos, sólo hasta entonces se tranquiliza y reconoce lo bien que está.

En cuanto a sus labores manuales, aclara que va a hacer unas fundas, pero ahora le falta hilo y francamente le da flojera. Las recetas ya casi están, pero ¿a quién le van a interesar? (Se le anima y se le pone un plazo).

8. Ahora se quejó de dolor en las piernas. Sufre mucho porque casi no puede caminar y Sra. A (su inseparable "sobrina") sí. Se le hace razonar que unas personas tienen ciertas capacidades y otras no, y respecto a Sra. A ella tiene ventaja pues "usted tiene bien su mente y su amiga no". (Aquí se ha dado una sinergia muy especial: Sra. A necesita protección y cree que la paciente es su tía, ésta requiere compañía a quien controlar y la ha encontrado).

Ejercicio: sólo se aplican movimientos de cuello y brazos, así como respiración. Hacia el final de esta fase, la misma paciente solicita ejercitar sus piernas, lo cual hace con gusto.

Dice que la gente del asilo le desagrada mucho y prefiere estar sola porque todos están locos. Se le confronta, puesto que cuenta con Sra. A para todo (es decir para que la acompañe y la obedezca, lo que la segunda hace con mucho gusto, aunque a veces se disgusta, motivo por el cual la paciente la busca). Recapacita y acepta que aprecia a su compañera y que también se lleva bien con los camilleros, no así con las enfermeras, pues "aunque no merezco nada, no valgo nada, no me gusta que me traten como a su hijo". (Se le pide que aclare). "Me quieren controlar y me roban" (¿a un hijo se le controla de mala manera y se le roba?). "A un hijo se le cuida y se le quiere" (Aquí la cuidan y la quieren, más bien como a una mamá) Finalmente acepta que aquí no le falta nada y que la protegen. En este momento llora y recuerda lo feliz que era cuando iba a nacer su hijo quien si viviera tendría 46 años; informa que entonces no le faltaba nada y ahora "¡mire cómo estoy! sabrá Dios qué tengo que pagar todavía". Abruptamente cambia el tema hacia su amigo el judicial que, según ella, la va a ayudar. Otra vez cambia el foco repentinamente y vuelve a lamentarse de lo triste que es su vida y todo lo que ha perdido (como la agilidad física), todos los cambios vitales han sido para empeorar. Igual de rápido se dirige a sus recuerdos de los anfiteatros y hospitales, con los sentimientos de miedo y desesperación implicados; lo único que deseaba es que a su esposo no le pasara nada, sin importar si era borracho o irresponsable, sufría por esa conducta de él, pero considera que así se lo mandó Dios, para cuidarlo. Cometido que logró, pues tiene la satisfacción de haber estado con él hasta el final "yo le cerré sus ojos, ahí en esa cama donde usted está sentada, ahí se murió y nunca me separé de él, hasta el final lo tuve y no lo acuso de nada". Insiste en que su vida no tiene sentido y que ya no sirve para nada ahí metida, esta vez se le aconseja: mientras viva servirá y mucho, por ejemplo para darle cariño a quienes se acercan a usted, como Sra. A. La paciente se consuela y reconoce que desea ayudar a su compañera, de hecho están bordando juntas las fundas, pero las deshacen constantemente porque no les quedan bien (se le anima).

FICHA TECNICA

Comienzo de las entrevistas:	19 de abril de 2007
Fechas de las sesiones de terapia:	15, 18, 25 y 30 de mayo 1, 5, 8, 12 de junio
Lugares:	Dormitorio vacío (moribundos) y dormitorio común
Registro de datos:	Notas / memoria
Condiciones:	Inclusión de otras internas. Interrupciones eventuales de las voluntarias visitantes

ANEXO 3**GUIA DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS**

IDENTIFICACION:	HOMBRE 59 AÑOS CASADO, DOS HIJOS VARONES DE 23 Y 25 AÑOS. LO VISITAN CADA QUINCENA. CATOLICO EX VENDEDOR
ANTECEDENTES:	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento previo por depresión mayor recurrente (desde joven). • Diabetes (también en otros miembros de su familia). • Tabaquismo, colesterol y triglicéridos elevados = infarto cerebral que produjo hemiplejía (parálisis) izquierda completa desde hace tres años.
ESTADO DE SALUD FISICA:	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones cardíacas. • Incontinencia urinaria.
ESTADO DE SALUD MENTAL:	• Demencia vascular con depresión secundaria a infarto cerebral (y antecedentes de depresión mayor).
PRONOSTICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente estable. • Deterioro físico gradual que se intenta lentificar con fármacos. • La depresion puede disminuir con los estímulos adecuados.
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su ánimo y autoestima. • Motivarlo. • Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales (red social) de calidad en las que pueda apoyarse.
GENERALIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria, percepción y orientación bien conservadas. • Ideas repetitivas (pregunta lo mismo incontables veces) • Capacidad adecuada para mantener una conversación • Animo decaído, en ocasiones apático. • Muy demandante, a veces intolerante. • Mínima coordinación manual y poca capacidad visoespacial.
INTERESES:	Su familia. Salir: a comer (le encanta la birria de Aguascalientes, la barbacoa, tacos, etc.); a tomar café capuchino; ver la calle.
NECESIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compañía. Un amigo en quien confiar, con quien platicar lo que le interesa. Que lo escuchen y no lo juzguen. Reflexionar junto con él. "Buscar y tratar de encontrar las respuestas". 2. Aceptación incondicional y refuerzo de su valía como ser humano. RECONOCIMIENTO. 3. Tolerancia total, respeto incondicional.

4. Que se le de ánimo, experimentar su vida –su amistad- como útil y necesaria. Fijarse metas pequeñas (logros posibles para sus condiciones) y celebrárselos.
5. Nunca ser ignorado.

ACTIVIDADES SUGERIDAS:

1. Conversar y contarle historias de su interés (temas de historia, de política, de coches, Aguascalientes, ferrocarriles, comida típica, automóviles).
2. Escuchar música clásica (informarse sobre Mozart y Bach), los Beatles, corridos de la Revolución (informarse sobre Villa, Zapata, etc.).
3. Jugar a las cartas y enseñarle dominó. “Apostar” en especie, es decir con puntos o fichas y acordar el premio (por ej. Un capuchino con canderel, previo permiso del médico). Simular que le cuesta trabajo ganar (no mucho trabajo para que no se frustre y abandone) y dejarlo ganar.
4. Improvisar de acuerdo con las circunstancias.
5. Sobre todo darle compañía y animarlo para que platique.

- IDENTIFICACION:** MUJER
75 AÑOS APROX.
SOLTERA
ANALFABETA
TRABAJO COMO EMPLEADA DOMESTICA
CATOLICA
- ANTECEDENTES:** Hace tres años se le encontró deambulando en la calle al sur del D.F.
- ESTADO DE SALUD FISICA:** Padece **diabetes**. no darle dulces ni refrescos, nada fuera de su dieta. Darle cualquier **alimento** requiere **autorización del médico** en turno
- DESNUTRICION CRONICA (DESDE LA INFANCIA)
- ESTADO DE SALUD MENTAL: DEMENCIA.**
- PRONOSTICO:** Muy pobre. deterioro progresivo e irreversible
- OBJETIVOS:** Lentificar deterioro cognitivo.
Mejorar su vida afectiva.
- GENERALIDADES:**
- Ingiere papeles, telas, basura
 - Se muerde brazos y manos, chupa su ropa
 - Exige comida con mucha frecuencia
 - Confunde significados de las palabras y también las percepciones (colores, cosas, personas)
 - Incapacidad para realizar cualquier actividad creativa por sí misma.
 - Desorientación severa en lugar, tiempo y personas.
 - Ocasionalmente agrede verbalmente y si se le frustra puede llegar a agredir físicamente (arañar).
- INTERESES:**
- Le gustan las niñas pequeñas, cuidarlas, jugar con ellas.
- NECESIDADES:**
- Estimulación perceptual y, en lo posible, cognitiva.
- ACTIVIDADES SUGERIDAS:**
1. MOSTRARLE COLORES VIVOS
 2. EXPERIMENTACION DE TEXTURAS, TEMPERATURAS
 3. QUE IDENTIFIQUE SONIDOS
 4. MUÑECOS CON FORMA DE NIÑA
 5. GESTICULACIONES
 6. CONTACTO FISICO
 7. PALABRAS CARIÑOSAS
 8. SEGUIRLE SU TEMA DE CONVERSACION (SIN CUESTIONARLA).
 9. NO PROMOVER TEMAS RELACIONADOS CON LA COMIDA

ANEXO 4**COSTO PROMEDIO MENSUAL BASICO DE UN ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL**

CONCEPTO	TIEMPO/CANTIDAD	COSTO (TURNO/UNIDAD)	COSTO MES (1 PACIENTE)
Cuidador domicilio	12 Hrs/ un paciente	\$ 200	\$ 6,000
Cuidador institución	8 Hrs/13 pacientes	\$ 53.33 / \$ 4.10	\$ 1,600 / \$ 123
Alimentación	Día / 3 comidas	\$ 150 / \$ 50	\$ 4,500
Higiene (pañales)	24 Hrs/ 4 piezas	\$ 24 / \$ 6 c/u	\$ 720
Medicamentos	varía		\$ 800 (mínimo)
Médico y enfermeras	24Hrs/37 pacientes	\$ 600/ \$16.21	\$ 973

Total aproximado en domicilio: \$ 12, 020 (un turno de cuidador)

Total aproximado en institución: \$ 6, 389 (tres turnos de cuidadores)

A estos conceptos hay que agregar:

- Insumos de lavandería.
- Consultas médicas, laboratorio y terapias.
- Atención dental y oftalmológica
- Aparatos ortopédicos.
- Medicamentos para otros padecimientos (diuréticos, anti-inflamatorios, antibióticos).
- Ropa y blancos.
- Artículos de higiene personal.

Fuente: Asilo Vicentino

Costos aproximados

Datos verificados en octubre de 2007