

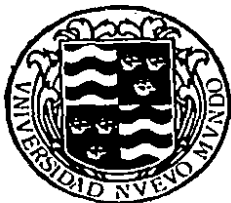
878525

UNIVERSIDAD DEL NUEVO MUNDO

5
203

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México



"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEPRESION DE DOS
GRUPOS DE ANCIANOS QUE VIVEN DENTRO Y FUERA
DE CASAS DE REPOSO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
AREA CLINICA

P R E S E N T A

R O S A E L F O N T U A C H I

Director de Tesis: Lic. Ricardo Sampayo Méndez

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.-

I	INTRODUCCION.-	
1.1	Planteamiento del Problema.....	1
1.2	Planteamiento de las Hipótesis.....	14
1.3	Importancia del Estudio.....	16
1.4	Delimitación del Significado de los Términos Principales.....	22
1.5	Características y Limitaciones del Estudio...	25
II	MARCO TEORICO.-	
2.1	La Vejez.....	27
2.2	La Vejez en el Ambiente Familiar.....	42
2.3	La Vejez en el Ambiente Institucional.....	47
2.4	La Depresión.....	59
2.5	La Depresión en la Vejez.....	74
III	METODOLOGIA.-	
3.1	Los Sujetos.....	90
3.2	El Material.....	93
3.3	El Procedimiento.....	98
IV	ANALISIS DE LOS RESULTADOS.-	
4.1	Presentación y Análisis de los Resultados...	101
4.2	Conclusiones.....	130
4.3	Sugerencias.....	134
V	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-	
5.1	Bibliografía.....	137

CAPITULO I

I INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

1.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

1.4 DEFINICION DE TERMINOS

1.5 CARACTERISTICAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

INTRODUCCION.-

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

En el siglo pasado el estudio del desarrollo del individuo era visto como un continuo desde el nacimiento hasta la muerte: no se consideraban como etapas diferentes a la infancia y a la adolescencia, así como tampoco se consideraban diferencias entre la adultez y la vejez.

Esto tenía la ventaja que el individuo no interrumpía sus labores en una institución por lo tanto, no sentía ese "nido vacío" ocasionado por una jubilación obligatoria (Haraven, 1981). Además de que al llegar a la edad avanzada, no se le marginaba sino que era objeto de atención y veneración.

"En el pueblo, al anciano se le consideraba como un sabio, al que se le consultaban los problemas difíciles, y como historiador, pues conocía a todas las familias del pueblo" (Bizay, 1973).

En diferentes culturas el anciano desempeñaba un papel importante tanto en la vida familiar como en la política.

Sin embargo, a partir de la Revolución Industrial, la experiencia fué superada por la educación sistemática, la habilidad artesanal fué sustituida por la fuerza y la producción en serie.

Esta modificación de estructuras trajo como consecuencias de "una aceptación del envejecimiento como un proceso natural, a concebirlo como una etapa del desarrollo, caracterizado por la declinación, la debilidad, el deterioro y la dependencia.

Por otra parte la sobreproducción industrial ha llevado hasta nuestros días la consiguiente disminución de mano de obra, la que afecta sobretodo a trabajadores, jóvenes, mujeres, ancianos y a los no calificados.

Es así como los ancianos quedan rezagados de las demandas de la época que exige una preparación continua, que selecciona implacablemente a los más capaces y desecha a los que no están preparados. La mayoría de los ancianos son ajenos a las fuerzas de control político de la sociedad moderna. En gran número de casos desconocen su dinámica e intentan interpretarla en base a ideas morales y sociales ya caducas (Boumpadre, 1980).

S.Alvarez (como fué señalado en la Declaratoria Inaugural del IV Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología, en México 1984) señala que el continuo ahorro de trabajo, el aumento de la población y de la vida media, a la que debemos agregar el progreso tecnológico, llevó al sistema a ampliar el tiempo de aprendizaje de sus profesionales hasta 20 ó 30 años; así como también menciona "el merecido reposo" de los

trabajadores de 55 a 60 años, con una escasa pensión si no es que despedidos antes de cumplir la edad estipulada sin ninguna garantía por el trabajo desempeñado; afirma que la vejez prematura no es más que una "desocupación enmascarada", quedándoles unos "25 o 30 años" más de vida, sin posibilidad de una vida activa normal.

Otros estudios han mostrado que en realidad no existe ninguna prueba científica que designe que a determinada edad es indicado que el individuo sea jubilado, (Kastenbaum, 1980).

"El hacerse viejo se convierte con frecuencia en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le plantee determinadas expectativas de comportamiento, las cuales se le orientan a menudo no hacia la realidad, ni hacia las necesidades correspondientes a la salud, sino hacia las representaciones tradicionales, frecuentemente estereotipadas y que, por ello dificultan la adaptación del envejecimiento". (Lehr, 1980).

Actualmente en las sociedades modernas principalmente capitalistas, empiezan a manifestarse serios problemas en el sentido de que para que un sistema social pueda funcionar debe estar en posibilidades de proveer condición y seguridad social a sus integrantes.

En algunos países altamente industrializados, las personas de más edad reciben una mayor participación de los recursos y gozan de más respeto, por ejemplo en Japón, donde según Edman Palmore (1975):

"El nivel de empleo de las personas mayores es más elevado que en otras naciones industrializadas: la mayor parte de los que dejan de trabajar lo hacen por voluntad propia o por razones de salud, más que ser forzados a salir del trabajo por jubilación obligatoria o algún otro tipo de discriminación..... El nivel social de los japoneses ancianos.... Es sustancialmente más elevado que el de los viejos de otros países industrializados.... Japón muestra que una tradición de respeto por los viejos, puede mantener su nivel de integración relativamente elevados, a pesar de la industrialización". (Kastenbaum, 1979).

En otro tipo de sociedades modernas se encuentran cubiertas muchas necesidades materiales, sin embargo las psicológicas se han visto menguadas, tales como la condición y sentimiento de utilidad social, el orgullo por el trabajo, etc.

"En un país como México, elementos tales como la extensión geográfica, la estructura poblacional y demográfica y sobre todo la situación política y económica dan como resultado una atomización de grupos sociales con marcos de referencia y evolución muy distintos entre sí.

Así tenemos desde el individuo aislado y desprotegido que carece de lo esencial hasta la organización que asegura una vejez digna y tranquila para aquellos que alcanzaron esta etapa de su vida, sirviendo dentro de dicha organización". (Chezaro L. R. 1976).

Dentro de las etapas del desarrollo del ser humano hay períodos de transición en los cuales se producen verdaderas crisis fisiológicas que pueden desencadenar trastornos físicos y psíquicos.

El comienzo de uno de los períodos más críticos es el de la vejez, que aunado a los trastornos de tipo físico y psicológico que implica este proceso, nos obliga a pensar que existen múltiples factores que pueden acrecentar la aparición de trastornos psicológicos en el anciano, como son: el aislamiento y la soledad; la jubilación que les da la sensación de inutilidad y que disminuye sus ingresos económicos; otro es el desplazamiento jerárquico dentro del núcleo familiar; la decadencia física; posibles accidentes o invalidez y, en algunos casos, el internamiento en una casa de asistencia o de reposo.

Dentro de los trastornos psicológicos que afectan al anciano, el que más comúnmente se presenta es la depresión y una actitud negativa hacia la muerte precipitada por los factores anteriormente mencionados.

Es así como el bienestar social del anciano se encuentra muy relacionado con su medio ambiente. La presencia familiar en su vida y la de ellos en la propia familia, en la vecindad, en la sociedad ya que al mismo tiempo que los estimula, contribuye a fortalecer su adaptación en el medio ambiente social.

Existen ancianos con buena salud, que están aptos para una vida independiente por muchos años, son personas que siguen realizando sus labores si así lo desean, mantienen una relación social integrada y aportan beneficios a los demás de distinta índole, especialmente debido a su larga experiencia.

Surgen algunos cambios físicos notorios y normales que lo acompañan al llegar a la senectud. En nuestra época los avances de la ciencia han logrado que las personas de edad gocen de mejor salud que antes conservándose con energía más tiempo, con lo cual su falta de actividad pesa aún más. Según los gerontólogos, vivir en buen estado físico pero sin ninguna actividad es psicológica y socialmente poco deseable.

Vemos entonces que cuando el anciano siente que ha perdido funciones que representaban en su vida un alto valor, suele presentar desajustes emocionales de diverso grado y será hasta que logre adaptarse a su etapa actual, cuando los superará.

Por ello la adaptación suele ser más favorable cuando el senecto recibe afecto y estímulo familiar, así como tolerancia a los cambios que se han registrado en él.

Desde luego, existen otros factores como la herencia, su vida pasada, el medio ecológico, su alimentación, el orden social, económico y político que configuran su vida.

Para (George Maddox, 1973) el no tomar en cuenta este tipo de factores, da como resultado concepciones generalizadas por la sociedad acerca del anciano que son una caricatura del proceso de envejecimiento; estas caricaturizaciones impiden al lego y al experto entender a los ancianos en general y como sujetos individuales.

Sin embargo, en términos generales se puede decir que los ancianos son devaluados socialmente. Esto se refleja en las actitudes negativas de grupos, de edad más jóvenes, con su relativa indiferencia, o incluso el rechazo hacia ellos.

Su devaluación básica, es un factor fundamental para la forma de socialización del anciano (Rosow, 1974).

Langer, (1982) dice: existen factores que han llevado al anciano a una situación de marginalidad. "Marginalidad que se expresa también en la intolerancia hacia ellos: no hay espacio donde sean aceptados".

Es entonces cuando observamos que el individuo al llegar a la vejez se ve obligado a retirarse o jubilarse, con lo cual interrumpe bruscamente sus actividades sociales, cae en un estado de depresión, tanto más, cuando su estado de salud es bueno, siente que es un individuo lleno de experiencia, con un estado aceptable de salud que aún puede producir dentro de su particular actividad, empieza a sentirse inútil, pierde su autonomía y se hace dependiente de la familia principalmente de sus hijos, esposa y hermanos Chazaro Lara, (1976).

El anciano al jubilarse, probablemente siente que es un estorbo dentro de la familia y sociedad, trayendo como consecuencia que a medida que pasa el tiempo, vaya tomando una actitud pasiva y poco sociable, cayendo en una dependencia total; agudizándose este estado cuando existen problemas de salud, deseando en ocasiones la muerte. Si al principio se entretenía con otro tipo de actividad como la pintura, viajes, música, etc., que antes le agradaba realizar, ahora termina por abandonarlos.

No todos los jubilados permanecen inactivos muchos continúan activos en áreas relacionadas con sus preferencias o aficiones, otros cultivan nuevas actividades o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar. Cuando a pesar de la

edad que tenga la persona se siente útil a su familia y a la sociedad, tolera mejor la adversidad, la enfermedad y todas aquellas contingencias de la vida.

Aquellas personas que rebasan los 60 años "necesitan la oportunidad de trabajar y vivir confortablemente, porque los programas del Seguro Social y de las pensiones son en sí inadecuados. El problema central del envejecer fisiológico, radica en las dificultades de conciliar el mundo edificado a lo largo de una vida con nuevos modos de pensar y de vivir que tienen las generaciones más jóvenes.

Esto da lugar a una progresiva incomprensión del anciano. Sería un error considerar que todas sus manifestaciones son consecuencias inexorables de su propio envejecer, muchas de ellas condicionadas por la estructura del sistema socio económico operante en que le ha tocado vivir.

Es esta estructura la que hace de los viejos un desaventurado conjunto que estorba y es inútil.

Son las pautas de status sociales, familiares y laborales que los sitúan al margen de toda posibilidad de función y productividad". (Chazaro L., 1976).

Por ello se debe de impedir que se le deje al anciano a que luche con sus propios medios contra el aislamiento y el rechazo.... ya que como resultado de ello, viene la reclusión

de los ancianos en instituciones, las cuales no siempre son del todo favorables, aunque por un lado sea un método práctico para desligarse de ellos.

Erikson (1964), sitúa al anciano en retrospectión de su vida y no en su presente y futuro, en el "aquí y ahora".

Afirma también que la integridad del yo se asimila al desarrollado por la cultura; pero cuando la cultura reporta una imagen negativa de la vejez y ofrece instituciones pobres para la expansión de las capacidades del anciano, lacerará la integridad del yo aún cuando la trayectoria de la vida pasada haya sido normal.

Como se señaló anteriormente gran parte de los roles que desempeña el anciano están determinados en su cultura por las normas sociales (Klineberg, 1965).

Es así como todos estos factores se reflejan de manera directa o indirecta en el comportamiento de los ancianos. Estos cambios se reflejan en sus roles sociales, familiares y laborales; en sus actitudes hacia sí mismo, hacia la sexualidad y hacia la muerte.

El individuo al ir acercándose cada vez más a su etapa final, "la vejez" va viendo más de cerca la muerte. Ya que por un lado sus habilidades comienzan a debilitarse; su vida se va acortando y sus compañeros se van muriendo.

La imagen de muerte representa para ellos un factor positivo cuando se han desarrollado integralmente y aceptan el ciclo de la vida como tal.

En cambio una actitud negativa se expresa con temor a la muerte y con sentimientos depresivos cuando viven esta etapa de su vida con desesperación.

Estas dos actitudes a la vez estan muy relacionadas con la imagen de la muerte, con las representaciones que hacen los hombres de ella y estas son necesariamente de origen social.

A medida que nos acercamos a esta última etapa, la vejez, nos damos cuenta del hecho de que en nuestra civilización, en realidad, no se ha elaborado ningún concepto acerca de la totalidad de la vida, y que cualquier lapso del ciclo vivido sin un fuerte sentido, al principio, en la mitad o al final, pone en peligro el significado de la vida y el sentido de la muerte (Erikson, 1964).

Es a partir de este sentido de vida y sentido de muerte, que me doy cuenta de la importancia que tiene esta última etapa del desarrollo del individuo y me veo en la necesidad de llevar a cabo la siguiente investigación, para que nos permita acercarnos más a la comprensión, entendimiento y seguridad social del anciano.

El presente trabajo esta enfocado hacia el estudio del

comportamiento depresivo que tiene un individuo al llegar a la vejez, analizando así a un grupo de ancianos que se encuentran internados en una casa de reposo comparado con otro grupo de ancianos llevando una vida alrededor de su familia.

Estudios recientes informan (IV Congreso de Geriatria y Gerontología 1984) las causas de asistencia social en la casa hogar Arturo Mundet y los resultados fueron basicamente desajustes familiares:

El 21% de la muestra tiene escasos recursos económicos y por lo tanto, son propensos a enfermar.

El 71% carecia de seguridad social.

El 50% no cuenta con familiares.

El 80% manifesto fastidio por la vida, por la enfermedad y el rechazo familiar.

En otros estudios realizados en Singapur (Ann Acad. Med. Singapur, 1987), se evaluó el comportamiento mental de 359 sujetos que vivían en cinco casas de reposo para ancianos, donde se encontró que:

El 30.1% de los sujetos se encontraba triste y lloraba con frecuencia.

El 47.7% tenía problemas para dormir.

Además se detectó que las mujeres eran más propensas a la depresión y el insomnio, esto lo observaron en un 50% cuando las mujeres se encontraban entre los 60-74 años y en un 70% cuando tenían arriba de 75 años.

Aspectos como los mencionados anteriormente nos muestran la relevancia que tiene el medio ambiente social para el anciano.

Diferentes opiniones se dan entre una teoría y otra, por eso se considera de mucha importancia emprender estudios relacionados al tema, ya que se está muy lejos de que exista una teoría que explique en su totalidad, la concepción que se tiene de la muerte, el estado depresivo del anciano en la relación que hay con el medio ambiente.

Por otro lado se plantea que el tema en sí mismo es espinoso y difícil, pero surge como una necesidad de llevarlo a cabo.

1.2 PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS.-

En la presente tesis se llevo a cabo una investigación relacionada con el estudio de las actitudes depresivas que vive el anciano en su última etapa de la vida como es la vejez.

Elaborando así un estudio comparativo de los ancianos que viven alrededor de su familia y los ancianos que viven en casas de reposo.

Considerando de esta manera las variables independientes:

1. Pertenecen los ancianos a una casa de reposo.
2. No pertenecen los ancianos a una casa de reposo.

Las variables dependientes:

1. La Depresión.
2. La Salud Mental.

Las variables de control:

1. Distribución de sujetos de sexo femenino y masculino.
2. Posición socio económica media alta.
3. Con limite de edad entre los 70 y 85 años.

En donde el planteamiento de las hipótesis es el siguiente:

Hipótesis Alternativa (H_a):

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su comportamiento depresivo de los ancianos que viven en casas de reposo en comparación con los ancianos que viven alrededor de su familia.

Hipótesis Nula (H_0):

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su comportamiento depresivo de los ancianos que viven en casas de reposo en comparación con los ancianos que viven alrededor de su familia.

1.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.-

La importancia de los estudios acerca de la vejez, ya ha sido señalada por Rosow, (1974): "El problema de la vejez tiene una importancia teórica y práctica : práctica porque, como problema social creciente, los ancianos afectan nuestra sociedad y son, a su vez, afectados por ella; teórica, además, ya que ejemplifican numerosos problemas de teoría social, incluidos problemas sobre el ciclo vital, roles sociales y socialización de adultos".

La Organización Mundial de la Salud calcula que en el año 2000 habrá alrededor de 600 millones de ancianos, es decir, se triplicará la suma actual.

Esto se debe a que el período de vida de las personas de edad avanzada en todo el mundo se prolonga cada vez más, gracias a los progresos médicos y al bienestar social.

Así tenemos que de acuerdo a la Academia de Medicina de Nueva York, la población del mundo de más de 65 años llegará ahora al 10%.

En México de acuerdo al X Censo General de población y Vivienda realizado en junio de 1980, reporta una población de 67,382,581 habitantes. Donde la población mayor de 60 años asciende a los 4,142,976 incluyendo habitantes de los que no

manifestaron su edad, de los cuales 1,907,832 son hombres y 2,172,084 son mujeres, lo que representa el 5.85% de la población total.

Se proyecta que el total de la población mexicana para el año 2000 será aproximadamente de 106,000,000 de habitantes de los cuales 9,915,633 habitantes tendrán más de 60 años.

Es por ello que se considera necesario adoptar medidas de estudio que se anticipen a la difícil etapa de fines del siglo.

La interacción del anciano con el medio ambiente, la deprivación, la dependencia e indiferencias imponen tensiones en el orden individual y social.

El anciano en nuestros días ha sido relegado y limitado en su desarrollo. Representando así una carga para los familiares y muchas veces por comodidad de los parientes, porque tienen bastante con sus propias vidas, acuden a los asilos o instituciones de asistencia social para el anciano, para liberarse de ellos, siendo este un método práctico mediante el cual se almacena hasta la muerte al anciano.

Esto trae como consecuencia que el anciano se desprecie a sí mismo, ya que van adoptando la misma escala de valores que la sociedad les ha adjudicado.

Es por lo tanto importante captar el valor propio de esta última etapa del desarrollo y evitar así que la vejez se convierta en un infierno, para el anciano que la vive y para los que viven con él.

El anciano necesita reconocer - y que lo reconozcan - que su vida tuvo sentido, que valió la pena vivirla. Y para ello el anciano necesita sentirse productivo, sentir que todavía tiene algo que dar. Y lo más valioso que un hombre puede dar es darse él mismo, dar su experiencia y dar su vida.

Saber escuchar a un anciano es reconocerle su valor como persona, y a la vez, es aprender de él.

Es también acompañarlo en esta etapa de su vida, ayudándolo a superar los difíciles momentos que lo llevan a la separatividad humana y darle así un sentido a la vida entera.

Ortega y Gasset nos dice:

"La muerte es lo que comprime e intensifica la vida, le da prisa e inminencia y obliga a hacer lo mejor en cada instante, por que ese instante es inasustituible e irrepensible".

Es así como me fui dando cuenta de la importancia de la última etapa del individuo "la vejez", y la inquietud de hacer una comparación objetiva entre un grupo de ancianos que viven en una casa de reposo y otro grupo que vive alrededor de su familia.

Para así poder brindarle la atención que requiere este sector tan importante de la población, no sólo a nivel inatitucional, donde se le ofrece una opción para sentirse más útil, sino además poderle brindar una atención privada del mismo, ya que sería iluso tratar de entender al anciano sin conocer las circunstancias que rodean su vejez.

Para poder ejemplificar lo anterior mencionaré algunas de las condiciones de vida que en la actualidad rigen la existencia de los ancianos y que dan lugar a una problemática más compleja.

Para resumir mencionaré las siguientes características:

1. El escaso conocimiento que se tiene sobre el comportamiento psicológico y social de los ancianos, impiden comprender en su magnitud real la marginación en que viven y el sentimiento de inutilidad y angustia, que comunmente se desarrolla en ellos, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo emitidas por las personas que conforman su entorno social y familiar.

2. Los principales trastornos de la personalidad que se manifiestan en los ancianos, son ocasionados por su aislamiento en la sociedad, pues les genera un sentimiento de soledad con consecuencias afectivo-emocionales, que los deja desprotegidos, desvalidos y sin apoyo ante los embates de la vida.

3. El proceso natural del envejecimiento, en las actuales circunstancias socioculturales, constituye una experiencia angustiosa para el anciano, en virtud del exclusivo valor simbólico que se le ha conferido pues ahora para la sociedad ser viejo representa una disminución de la posibilidad para obtener satisfacciones corporales, psicológicas, sociales y económicas.

4. Las causas de las condiciones de vida de la sociedad contemporánea, y concretamente la de los ancianos, se puede ubicar, por sus repercusiones sociales, en uno de los fenómenos más trascendentes de la historia; nos referimos a la Revolución Industrial, la cual no sólo llevo a cabo la modificación de la estructura económica existente, sino también a un cambio en las escalas de valores, que servía de base a su comportamiento.

A partir de este hecho, se ha observado en la sociedad, de manera evidente, una inclinación gradual por lo material, al cobrar importancia la necesidad de acumular riquezas, olvidándose de los valores netamente humanos y morales, lo que originó que la sociedad adoptara actitudes discriminatorias hacia aquellos sectores sociales más débiles, entre ellos, el de los ancianos.

5. La influencia de las condiciones apuntadas, los ancianos, paralelamente a la disminución de sus capacidades

físicas, han visto también afectado su status familiar y social, dada la creencia más o menos generalizada, de que a cierta edad el hombre se convierte en un estorbo o carga, ya sea por la inutilidad de su existencia o por su desplazamiento del sistema de producción.

6. Cabe señalar, de manera especial, el caso de los ancianos económicamente activos que sufren la desvinculación de su actividad productiva a cierta edad, por los actuales sistemas de seguridad social, que violentamente los hacen pasar de un estado independiente a otro de dependencia para el que no se encuentran preparados, ocasionándoles alteraciones psicósomáticas, que tienden a agravarse ante estímulos negativos externos, como son las actitudes dictadas por la ignorancia, la irresponsabilidad y el abuso.

Enunciando lo anterior, resulta evidente la complejidad de la problemática existencial del anciano, puesto que los problemas básicos que conllevan están íntimamente relacionados y sobre todo repercuten en el equilibrio de su esfera biopsicosocial.

1.4 DELIMITACION DEL SIGNIFICADO DE LOS TERMINOS PRINCIPALES.-

- **DEPRESION:** Es un tono afectivo de tristeza, puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

- **VEJEZ:** La última etapa del ser humano, que se caracteriza por la decadencia físico-biológica, que tiene sus inicio en la jubilación y concluye con la muerte.

- **ENVEJECIMIENTO:** Proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte.

- **ANCIANO:** Es considerado de acuerdo a la opinión más difundida, a todo individuo de 65 años o más.

- **JUBILACION:** Es la suspensión definitiva de una actividad laboral remunerada, como consecuencia de un periodo prolongado de estancia en una empresa, aproximadamente de 30 años, obteniendo de ésta prestaciones y una prima económica.

- GERONTOLOGIA: Estudio de los fenómenos que producen la vejez. Estudio de la vejez en sus diversos aspectos.

- GERIATRIA: Parte de la medicina que estudia a la vejez y su tratamiento.

- PREJUICIO: Una actitud emocional rígida hacia un grupo de personas. Es un pensamiento categórico que sistemáticamente malinterpreta los hechos.

- AUTOCONCEPTO: La totalidad de percepciones, creencias y evaluaciones que la gente realiza acerca de sí misma.

- ESTEREOTIPOS SOCIALES: La tendencia a atribuir mediante categorías verbales características generales y simplificadas a un grupo de personas.

- ACTITUD: Es una predisposición relativamente estable y duradera a comportarse o reaccionar de cierta manera, ya sea en forma positiva o negativa hacia las personas, objetos, instituciones o eventos.

- ACTITUD NEGATIVA: Respuesta verbal desfavorable.
- ACTITUD POSITIVA: Respuesta verbal favorable.

- ACTITUD DE AGRADO-DESAGRADO ANTE LA VEJEZ: La disposición psíquica del sujeto de aceptación-rechazo ante el período de la vejez.

- ACTITUD SOCIAL: Es la disposición psíquica del sujeto para establecer y desarrollar relaciones interpersonales.

1.5 CARACTERISTICAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.-

El presente estudio se define como observacional, perspectivo, transversal y comparativo.

Una de las limitaciones que encontramos en la presente tesis, es que las conclusiones obtenidas fueron el resultado del estudio de un pequeño grupo de ancianos.

En este estudio se analizó la situación en general del anciano. Por lo que no es posible considerar la individualidad de cada sujeto en particular, y por lo tanto, sus respuestas pueden estar determinadas por su historia personal.

Así como tampoco se consideraron las variables que podrían resultar relevantes como por ejemplo: la escolaridad, el estado civil y la religiosidad de los ancianos.

Otra de las limitaciones fué el no considerar el estado de salud física en que se encontraba el anciano, sin embargo, todos los sujetos se encontraron dispuestos a colaborar en la investigación.

También consideramos como una limitación el hacer el estudio en sólo dos casas de reposo, ya que estas son una pequeña muestra representativa no probabilística de todas las demás instituciones o casas de reposo.

CAPITULO II**II MARCO TEORICO.-****2.1 LA VEJEZ****2.2 LA VEJEZ EN EL AMBIENTE FAMILIAR****2.3 LA VEJEZ EN EL AMBIENTE INSTITUCIONAL****2.4 LA DEPRESION****2.5 LA DEPRESION EN LA VEJEZ**

2.1 "LA VEJEZ".-

La vejez está formada por un grupo de personas con características especiales que los diferencian de otros sectores de la población. Son personas que se encuentran en la tercera o cuarta etapa del desarrollo humano.

La vejez como proceso biológico irreversible, se caracteriza por la manifestación de cambios psicofisiológicos, que son resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos sobre el individuo, acelerando o retrasando su aparición según sea el grado de influencia.

Esta considerada también como la "última etapa de la vida, en el doble sentido de la palabra: la última y al mismo tiempo la etapa de realización suprema. Aquel que ha acumulado años y años de vida es el ser viviente por excelencia y representa en cierto modo la concentración del ser".

Wolterek (1962), hace una clasificación de las etapas del desarrollo y las divide en:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Recién nacido | hasta el 7o. día |
| 2. Lactancia | hasta el 7o. mes |
| 3. Infancia | hasta los 7 años |
| 4. Niñez y Pubertad | hasta los 14 años |
| 5. Adolescencia y Juventud | hasta los 25 años |
| 6. Edad del cenit de la vida | hasta los 45 años |

EDAD DE LA DECADENCIA

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Edad Madura | hasta los 65 años. |
| 2. Vejez | hasta los 85 años. |
| 3. Estadio de Completa Vejez | desde los 85 años. |

Stieglitz (1964), sugiere dividir el ciclo vital una vez traspuestos los 40 años de edad en etapas:

- Madurez Avanzada de 40 a 60 años
- Senilidad después de los 76 años

El tiempo cronológico para el envejecimiento del ser humano, varía según Alamilla:

- a) De un individuo a otro.
- b) De un órgano o función a otro, en el mismo individuo.
- c) De un nivel a otro (biológico, psicológico, social) en un mismo individuo y en un mismo tiempo.

Por lo que podemos decir que, como índice de vejez, la edad cronológica no es totalmente adecuada. Sin embargo, generalmente se acepta como inicio de la vejez los 60 años, que son los marcados por el fin de la edad madura.

Una de las definiciones más aceptadas acerca de la vejez, la ofrece Lasing (Fuentes y Fuentes, 1978), gerontólogo americano: el envejecimiento es un proceso progresivo,

desfavorable de cambio, originalmente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez, y concluye invariablemente después de la muerte.

Para intentar resolver los problemas de la vejez, se ha creado una ciencia llamada Gerontología, fué en 1908, que Ilya Metchnikoff, interesado en el estudio del envejecimiento creó este término gerontología que significa estudio o descripción de la vejez. Centra su interés en conseguir una nueva luz sobre los procesos naturales y también en los procesos anormales del envejecimiento, y los factores biológicos, fisiológicos y bioquímicos que influyen en él.

En armonía con las investigaciones de los gerontólogos, se desenvuelve la labor de los geriatras, que se preocupan por la vejez y sus enfermedades, y de su tratamiento, que incluye la etapa aguda, de rehabilitación, de mantenimiento y de cuidados de enfermería de la etapa final de la vida - incluida la muerte - tanto en el ambiente familiar como en el ambiente inatitucional.

Fué en el año de 1909 cuando el austriaco Dr. Nascher publica el primer programa de higiene de las enfermedades de la vejez y se le consideró el padre de la Geriatria. Nascher pasó su infancia y estudió medicina en los Estados Unidos. Funda en 1912, la Sociedad de Geriatria de Nueva York y publica en 1914 un nuevo libro acerca de la vejez.

Lo cierto es que la Gerontología no alcanza a abrirse camino hasta después de 1950 en medio del "mare magnum" de conocimientos dispersos acerca de la vejez, adquiridos desde el comienzo de este siglo, y a establecer un cierto orden gracias a sus tres ramas: la gerontología biológica, la gerontología clínica o geriátrica, y la gerontología social.

Naacher comparó la geriatría con la pediatría y agregó: "La vejez en sí no crea ni engendra enfermedades. Tampoco la niñez, la pubertad, así como tampoco la menopausia crean enfermedades. En estas etapas de la vida se producen cambios fisiológicos orgánicos y psíquicos propios de esos periodos y, durante ellos, las enfermedades adquieren caracteres especiales". (Motlis, 1985).

En nuestro siglo, la expectativa del hombre ha aumentado en tal medida, que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia. Desde los días de nuestros abuelos, la expectativa media de vida se ha casi duplicado, de modo de que llegar a edades, incluso más avanzadas, no constituye como antes la excepción, sino la regla común.

Según "The Bulletin on Aging", de las Naciones Unidas, la esperanza de vida aumento de 1940 a 1975, de 41 años a 65.5 en la mujer, y de 39 años a 61.5 para el hombre. Según las proyecciones, se estima que para el año 2000 la esperanza de vida para la mujer será de 74.1 años y para el hombre de 69.6 años.

Los adelantos médicos de los últimos decenios han logrado prolongar la vida más allá de los 80 años; en consecuencia, las definiciones sobre vejez no pueden ser las mismas que en épocas pasadas, cuando se consideraba viejo a un hombre de 40 años. (Fuentes y Fuentes, 1978).

Esto significa que la ancianidad cada día adquiere mayor importancia, aún cuando a veces se considera todavía al anciano como una extensión inútil de la vida adulta y a la vejez como una enfermedad.

Es cierto que la vejez, al ser decadencia biológica trae consigo una propensión a sufrir enfermedades, pero no es lo mismo admitir que la vejez sea en sí misma una enfermedad. (Hernández, 1976).

Por lo tanto, no es una enfermedad sino una etapa natural en la vida del hombre; no es un mal físico que se deba combatir, sino una situación humana que debemos intentar comprender. (ISSENYM, 1977).

Por su parte, Kastenbaum, 1979, opina que generalmente se cree en el paso del tiempo medido por el calendario es un indicador confiable de los cambios que ocurren en nuestra mente, cuerpo, facultades y limitaciones, pero que, sin embargo, la considera como falsa, ya que "el individuo en particular la proporción de cambios relacionados con la edad

varía mucho, como en el terreno de la inteligencia y la memoria pueden mostrar un patrón de cambios muy complejos más que una decadencia generalizada".

La vejez no es exclusiva de los ancianos, o mejor dicho del envejecimiento ya que "los primeros depósitos de grasa en la aorta, la arteria que transporta la sangre proveniente del músculo cardíaco, empieza a formarse a los ocho años de edad". (Stoffman, 1979).

No obstante, el envejecimiento es más notorio en la vejez, por su marcada disminución de las facultades y habilidades.

Las personas de edad son afectadas generalmente por la polipatología crónica. Las principales enfermedades seniles son: enfermedades del corazón, artritis, reumatismo, nefritis, hipertensión y arteroesclerosis. Así mismo, es por excelencia el campo de lo psicósomático, donde las enfermedades orgánicas dependen estrechamente de factores psicológicos. (Beauvoir, 1970).

Hasta ahora nos hemos ocupado principalmente de la edad madura, que corporalmente se manifiesta ya en signos de decadencia. Donde hasta los 60 años la curva de la capacidad de rendimiento intelectual puede subir, pero en el momento en que ellos mismos o quienes les rodean observan los primeros signos de declinación psicológica.

Con ello empieza en la vida del hombre una crisis que excede en importancia incluso a los otros dos cortes críticos en la pubertad y el clímax. Es el último gran "examen" del individuo en cuanto a su vivacidad espiritual, su capacidad de resistencia al paso del tiempo. Es además la prueba más difícil y muchos no la resisten. (Woltereck, 1962).

Sin embargo podemos ver que la inteligencia puede conservarse intacta o incluso puede mejorar en algunos aspectos. "La capacidad técnica se mantiene y esto fué demostrado en la Segunda Guerra Mundial, cuando el aumento de trabajo obligó a admitir a individuos de más edad de la que habría empleado en periodos industriales menos apremiantes. Al menos en las pruebas conservan determinadas capacidades como: vocabulario, comprensión y cultura general". Wechsler, (1944).

Este hallazgo es demostrado con la simple observación de personajes famosos por su ingenio en la ciencia, en la literatura y en la política, que en su vejez continuaron con su actividad creativa sin menoscabo alguno de su inteligencia, personajes como Einstein, Freud, Sartre, Levi Strauss, Bertrand Russell, Lacan, Goethe, Gandhi, etc.

Otros ejemplos los podemos observar en la popular revista "Fortune" que dió a conocer hace muy poco el resultado de una encuesta muy interesante en la que hombres

situados en los puestos más altos de las cien empresas industriales más importante de los Estados Unidos tienen en promedio una edad de 74 años. Entre ellos figuran sin duda aquellos "senior-chefs" cuya misión es de índole más representativa, pero se ha acordado mantenerlos en la altura porque su experiencia, su sabiduría y su consejo siguen siendo imprescindibles incluso en la era del cerebro electrónico.

El hecho de que obras cumbres en los distintos campos hayan sido y sigan siendo la obra de viejos bastaría por sí sólo para demostrar el alto valor de esta última etapa de la vida humana, que también tiene grandes deberes, aunque sin duda es difícil contar con ellos, pues del cuerpo, y especialmente del cerebro, amenazan al viejo riegos de los cuales están a salvo, normalmente, los decenios de vida anteriores.

Vamos entonces que al considerar a una persona anciana sólo porque cumple 65 años es en sí un estereotipo. (Albrecht, 1974).

Nada les sucede a las personas cuando llegan a esa edad. Se trata de una cantidad arbitraria de años que se asigno para el retiro laboral.

El autor nos reporta que hay muchas evidencias de que un hombre o una mujer en la actualidad, a los 65 años es biológicamente tan joven como uno de 40 ó 45 en 1900. Existe desde luego, mejor cuidado médico, dental, mayor variedad en la dieta, trabajo menos arduo y extenuante, y muchos confortos del estilo de vida que ayudan a mantener la salud y la energía.

Por lo tanto la vejez no es una enfermedad, sino una etapa natural en la vida del hombre; no es un mal físico que se deba combatir, sino una situación humana que debemos intentar comprender.

El enfrentamiento a la vejez es un proceso psíquico y hay que aprender a combatirlo con pensamientos optimistas desde el comienzo. (Motlis 1985).

Para Adler es necesaria una educación cultural temprana para favorecer la transición a la vejez. Desarrollar la independencia y la perseverancia en el anciano son logros de difícil alcance sin esa previa educación que requiere de mayores esfuerzos, hasta que el anciano se da cuenta de lo ventajoso que resulta ese cambio de comportamiento.

Erickson elaboró la teoría epigenética del ciclo vital de ocho etapas que se basa en el desarrollo psicosocial del hombre, y se apoya, como una referencia en la teoría psicosexual de Freud.

Cada fase o etapa lleva a una crisis y a dos alternativas de solución, una adaptativa y la otra desadaptativa. Es la sociedad la que satisface el paso de estas etapas mediante sus instituciones específicas (cuidado maternal, escuelas, maestros, ocupaciones, etc.), que traerán el ajuste o el desajuste del individuo. De acuerdo a como se pasen las siete etapas anteriores del desarrollo, será como se viva esta octava etapa que va desde la madurez, hasta la vejez. La solución positiva de la última etapa de la vida es la "integridad del yo", y la alternativa opuesta será la "desesperación."

Describe así la integridad del yo como la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser, y que, necesariamente no permitirá sustitución alguna. "Es tener un sentido de vida a través del propio estilo de vida que contenga una estructura moral y racional. Es ser creativo. Es una camaradería con las formas organizadoras de épocas remotas y con actividades distintas, tal como se expresan en los productos y en los dichos simples de tales tiempos y actividades.

Aunque percibe la relatividades de los diversos estilos de vida que han otorgado significado al esfuerzo humano, el poseedor de integridad está siempre listo a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física o económica; pues sabe que una vida individual es la

coincidencia accidental de sólo un ciclo de vida con sólo un fragmento de la historia; y que para el toda integridad humana se mantiene o se derrumba con ese único estilo de integridad de que él participa.

La falta o pérdida de esta integridad yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte: donde no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial de la vida. La desesperación se expresa con el sentimiento de que ahora el tiempo es corto, demasiado corto como para intentar otra nueva vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo oculta la desesperación, las más de las veces bajo la forma de mil pequeñas sensaciones de malestar que no equivalen a un gran remordimiento.

En un estudio de Neugarten (1968), clasifica a los ancianos en integrados y defendidos, y sugiere un continuo que va de la integridad yoica a la desesperación. Respecto a la afirmación de que la integridad del yo elimina en mayor o menor grado el temor a la muerte.

Así mismo, nos habla de la "teoría de la no participación" de Cummings y Henry, donde originalmente proponen que las personas de edad experimentan una disminución en la implicación emocional durante el proceso de envejecimiento y por consiguiente se retraen de aquellas actividades que una vez caracterizaron sus vidas.

Estas personas no participantes supone, mantienen un sentido de bienestar psicológico y de satisfacción en la vida.

Sin embargo, en un estudio posterior Neugarten descubrió que aquellas personas de edad que estaban socialmente activas mantenían un alto grado de satisfacción en la vida a diferencia de las personas que se encontraban sin ninguna ocupación.

Cuando la actividad del anciano va progresivamente disminuyendo conduce a un deterioro físico y mental siendo al parecer la actividad física la que favorece el rendimiento mental y físico.

Lehr (1980), en su teoría de la actividad nos dice "una persona sólo es feliz y se siente satisfecha si es activa, cuando produce algún rendimiento y es útil a otras personas. Por el contrario, aquella que no es útil, ya que no desempeña función alguna en la sociedad se muestra desgraciada y descontenta.

Vemos a la vez como Zinberg y Kaufman (1978), observan que el anciano posee el papel de "consultor", el cual es importante para la imagen e identidad de la integridad del yo. El papel de consultor se da dado que el anciano es cuestionado por su longevidad y puede ser desempeñado con inteligencia, o no, pero de cualquier modo exista. El papel de consultor otorga al anciano una función generadora.

Charlotte Buhler (1961), presenta una teoría que se asemeja a la de Erikson. Divide a la vejez en dos periodos. El primero va de los 65 a los 80 años y el segundo, de los 80 al momento de la muerte. La meta a alcanzar en el primer periodo es "la plenitud de sí mismo", que es el sentir que la vida en su conjunto ha sido digna de vivirse y de que se han logrado objetivos importantes.

Comenta que parece ser que tanto los individuos que han buscado su gratificación personal, como los que han procurado dar a los demás, intentan al final poder vivir bien, exitosamente. El segundo periodo se caracteriza por "la regresión al predominio de la satisfacción de las necesidades" y la aceptación de la muerte.

Se ha visto a través de diferentes investigaciones que la edad cronológica no es un indicador que muestra la satisfacción para la vida. En cambio, un estilo de vida activo donde los ingresos sean razonables, con un nivel alto en educación y con la oportunidad de continuar con un empleo, estos sí son indicadores importantes para la satisfacción por la vida.

Así como también observamos que cuando los ancianos no consideran su edad como la etapa más terrible de su vida, ni como un periodo monótono y aburrido.

Son más felices cuando entran en la vejez con una mente bien provista de conocimientos, ideas y experiencias exitosas anteriores.

El ambiente social y físico, en el que se encuentra una persona mayor constituye la mitad de lo que necesita para mantener intactos el respeto por sí misma, el ánimo y las facultades. Ya que en un ambiente por ejemplo hospitalario le permite vivir independientemente y evitar de esa manera accidentes (Kastenbaum, 1979).

Es por ello que se considere importante que los ancianos tengan un grupo de opciones a partir de las cuales pueden tomar alternativas personales.

La conciencia de estar integrado en la sociedad, saber que se es alguien, "que se es útil", proporciona un sentimiento de gran seguridad.

Sin embargo, hoy en día no se les brindan oportunidades ya que muchas veces se ven obligados a adaptarse angustiosamente a un nuevo estilo de vida.

Así pues, cuando las personas de edad avanzada se retiran de sus actividades habituales, de manera forzada o voluntaria, cuando se ven afectadas en su salud, cuando presentan carencias económicas y su status social se ve

afectado, sufriendo a la vez pérdidas de seres queridos y amistades o cuando se ven forzados a cambiar de residencia, se observa que todos estos factores van desencadenando soledad, aislamiento, depresión, abandono, amargura, etc. Esta actitud se va incrementando por el comportamiento de los demás y de la propia sociedad que van orillando a las personas hacia la segregación.

2.2 "LA VEJEZ EN EL AMBIENTE FAMILIAR".-

El ser humano ha sobrevivido en todas las sociedades, a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales, siendo esto inherente a su condición humana. Observándose en la antigüedad grandes agrupamientos con una distribución estable de las funciones. A medida que se necesitan nuevas habilidades y las sociedades se van haciendo más complejas se da una diferenciación de estructuras sociales.

Tan antigua como la especie humana es la familia la cual ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un continuo proceso de evolución. "La forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan un lugar y tiempo determinados. No hay nada fijo e inmutable en la familia excepto que está siempre con nosotros (Ackerman 1974).

La familia no siempre ha estado formada por padre, madre, e hijo, sino que también ha estado compuesta por todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de una cabeza suprema, un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social.

Así tenemos que através de una combinación de factores se forman los vínculos familiares: factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia es la unidad básica de la sociedad que tiene como fin la perpetuación de la especie. Psicológicamente para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas. Socialmente los miembros de la familia están ligados económicamente en interdependencia mutua para el suministro de sus necesidades.

"La familia se ha hecho cargo y abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura en ese sentido la familia sirve a dos objetivos distintos. Uno es interno - la protección psicosocial de sus miembros -el otro externo - la acomodación a una cultura y la transmisión de esta cultura". Es decir, que es un producto de la evolución de la familia, ya que es una unidad flexible que se adapta fácilmente a las influencias que tanto desde adentro como desde afuera la afectan.

Con la sociedad industrial urbana la familia ha perdido algunas funciones que en algunos momentos fueron consideradas como obligaciones de ésta. En la actualidad los ancianos viven apartados en asilos o casas de asistencia. El hijo que se ha independizado de los padres tiende a visitarlos con

frecuencia, dándose apoyo mutuo en forma material y emocional, intercambian sus experiencias trascendentales e interactúan en forma diferente a como lo hacen con otras personas no emparentadas.

En otras circunstancias se observa como cada vez nos interesamos menos en atender las relaciones con los que compartimos el mismo techo y han disminuido los lazos afectivos y de responsabilidad, en aras de una pseudo independencia.

Puner (1974), investigó sobre las relaciones afectivas entre ancianos y sus hijos y encontró que "la respuesta del ambiente familiar hacia los ancianos ha disminuido, a pesar de que para ellos son fundamentales el afecto y el soporte de la familia, al grado de que cuando lo pierden, un porcentaje de 10% a 12% tienen que aislarse en las instituciones sociales.

Brody (1970) y Cotorell (1974) señalan la importancia que para el anciano tiene, afectiva y socialmente la relación con la familia a pesar de que no está integrado físicamente a la vida diaria de sus familiares.

En una investigación realizada se encontró que los ancianos con mejor salud y con mejor actitud hacia el envejecimiento tenían mejores relaciones familiares. (Johnson Elizabeth y Burak Barbara 1977).

Los cambios adaptativos de la estructura familiar estan determinados tanto por su organizaci3n interna como por su posici3n externa en la comunidad, las relaciones familiares pueden estar influenciadas por una gran variedad de factores, como puede ser un ambiente h3atil y peligroso.

Existen desde luego diferentes tipos de familia, considerando sus relaciones multifac3ticas con el anciano. Encontramos un primer grupo constituido por las familias positivas. Donde en este n3cleo familiar el anciano sano o enfermo, encuentra una posici3n como en los lejanos tiempos o en los pueblos primitivos: obtiene un lugar destacado de consejero, una posici3n social privilegiada de depositario de las tradiciones familiares y comunitarias, de intermediario entre el pasado desconocido para las generaciones j3venes y el futuro.

Existe otro grupo de familias donde el factor habitacional influye al anciano, ya que la familia crece, los hijos se desarrollan, las exigencias de la convivencia social y cultural van aparejadas con una mayor necesidad de espacio y es entonces cuando el anciano se siente un estorbo, donde no encuentra un espacio para 3l.

Las relaciones familiares van modulando las fuerzas emocionales y facilitando o inhibiendo algunos canales de desahogo emocional, alienta algunos impulsos individuales y

subordina otros. De igual manera estructura y proporciona la seguridad, el placer y la autorrealización; moldea el sentido de responsabilidad que debe tener el individuo por el bienestar de los otros y proporciona modelos de éxito y fracaso en la actuación personal y social.

Vemos entonces que dentro de la familia podemos encontrar al anciano que vive cerca o con su familia y que aún participa en sus relaciones laborales, tanto como sociales.

La interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad; esta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo, o al fracaso en la solución de estos conflictos.

En la lucha, la elección de defensas especiales contra la ansiedad está también influenciada selectivamente por la estructura familiar.

"Las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana".

El punto muerto de todas las fuerzas que "forman o destruyen" la salud mental es el "dar y tomar" emocional de las relaciones.

El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental.

2.3 "LA VEJEZ EN EL AMBIENTE INSTITUCIONAL".-

Un lugar lleno de desconocidos..... para algunos un firme refugio; para otros la prisión (Kaatenbaum, 1979).

En México alrededor del 10% de la vejez se encuentra internado en asilos y/o casas de reposo (Mercado, 1982).

La función de los asilos o instituciones es atender al anciano que se encuentran con pocos recursos; con alguna enfermedad; con la incapacidad de cuidarse a sí mismo; o con la necesidad de encontrar un espacio con quien vivir; ya que en muchos de los casos son internados por sus familiares ya que representan para ellos una carga difícil de mantener.

Existen desde luego diferencias entre una institución y otra.

Es importante la elección de la institución más adecuada ante la necesidad de recluir al anciano y poder brindarle un amplio apoyo social y emocional ante su admisión.

Ya que la institución es aquella en la cual los internos pasan todo el tiempo en el mismo establecimiento con pocas oportunidades de salir a un ambiente donde pueda restablecer el sentido de su identidad individual. Aunque proporciona parte de la seguridad necesaria para sobrevivir, también debilita la seguridad psicológica poniendo muchas cosas fuera del control del individuo.

Ruth Bennett, gerontóloga, nos dice: los recién ingresados a las instituciones reciben poca ayuda para llegar a un arreglo entre sus hábitos de vida pasada y la estructura de la institución. En muchos de estos lugares cuanto menos haga la persona es mejor. Ante esta situación cuesta mucho trabajo aprender a adaptarse.

La descripción más completa de las razones y de los efectos de estas instituciones es la ofrecida por Goffman (1972), en su caracterización de la "institución total".

Dentro de las instituciones totales, vemos que son erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: como son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

Enfatiza que una característica básica de las instituciones totales es el rompimiento de las barreras personales entre dormir, jugar y trabajar, ya que las tres actividades de la vida cotidiana se realizan en el mismo lugar (setting) y con la misma gente.

Utiliza cuatro características para la clasificación de una institución como total.

Primero, todas las actividades se llevan a cabo en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.

Segundo, cada etapa de las actividades diarias de los residentes es realizada en la compañía inmediata de una gran cantidad de otros, los cuales son tratados en forma similar y se les pide hacer la misma cosa juntos.

Tercero, todas las fases de las actividades diarias están estrictamente programadas y la secuencia entera de actividades es impuesta desde arriba por un sistema de reglas formales explícitas.

Cuatro, las distintas actividades obligatorias se integran en un plan racional único, diseñado para satisfacer los propósitos de la institución.

"En las instituciones totales hay una relación básica entre un grupo manejado, que adecuadamente se llama de "internos", y un pequeño grupo personal supervisor. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles: el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino. El personal tiende a juzgarse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables".

Una consecuencia que Goffman resalta especialmente es que al interno, por distintos medios, se le produce una autilación y mortificación del yo.

"El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo, con ciertas disposiciones sociales estables, que su medio habitual hicieron posible. Apenas entra, se le despoja inmediatamente del apoyo que estas le brindan. Traducido al lenguaje exacto de algunas de nuestras instituciones totales más antiguas, quiere decir que comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo.

La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo. El ingreso ya rompe automáticamente con la programación del rol que ha tenido el individuo y por lo tanto, se verifica el despojo del rol".

En un artículo escrito en la revista Gerontol 1986, se preguntan a los residentes si deben de adaptar incondicionalmente a las casas de reposo o las casas de reposo deben de adaptarse a las necesidades y capacidades de los residentes. A esto responden que dependiendo de:

- a) la planificación y el manejo de las casas de reposo
- b) dependiendo del personal y de su comportamiento con los residentes nos llevan a....
- c) la preservación o detrimento de las habilidades de los residentes.

Con ello la importancia de crear instituciones con nuevas perspectivas, con personal más preparado. Brindando oportunidades más variadas respetando el estilo de vida de los internos, como por ejemplo, con talleres ocupacionales, con agradables tabernas y clubes para las personas con intereses comunes. O fundar asociaciones que permitan la asistencia del anciano sin la necesidad de ser recluido.

Ya que es importante reconocer la necesidad de la reclusión de permanencia larga, para aquellos ancianos muy débiles, que necesitan de los cuidados básicos de un médico, de un psicólogo y de un ambiente social adecuado para ellos.

Vemos así que, cuando el anciano se prepara para una larga permanencia en la institución con frecuencia encuentran amigos entre el personal y compañeros que llegan a configurar una verdadera familia.

En cambio vemos que el trastorno comienza cuando el anciano no se prepara ante el cambio de un nuevo hogar ya que siente que algo está mal (enfermedad, pérdida de un sitio donde vivir, pérdida de un ser querido, etc.), ya que de otra manera no se estaría mudando de casa.

Ansiedad y miedo son factores que se presentan ante esta situación. Ansiedad por no poder manejar esta situación. Temor por como va a ser esta institución.

Es así como las influencias más significativas que debemos de considerar son las que excluyen efectivamente a los ancianos del núcleo de la vida social. Ejemplo: el aislamiento, en compañía de las agobiantes cosas de una vida agotada, en contraste con las actividades de un club con un ambiente agradable.

Es por eso que en el momento en que nos damos cuenta del envejecimiento, este se ve más acentuado por encuentros específicos con el mundo exterior. Ejemplo, ingreso a un asilo. Al ver la vida diferente a como solía ser, las limitaciones en su vida laboral, los prejuicios en contra de las personas mayores, etc.

Esto conlleva al sujeto a perder la confianza y motivación necesaria para seguir adelante en la vida.

Estudios acerca de la reclusión muestran (Sheldon Tobin y Morton Lieberman, 1976) una tendencia a la apatía, aceptando pasivamente lo que la vida les deparó, sentimientos negativos respecto de haber logrado lo que se considera importante, además de tendencias a la autocrítica, a la depresión, a la amargura.

Existen por lo menos dos explicaciones que se superponen: el deterioro de la situación de la vida de un anciano y la reclusión (a pesar de la posibilidad de cambio).

Se han considerado también otros posibles orígenes de los efectos descritos por Sommer y Osmond, Lieberman y Lehr. Tobin (1976), señala, además de las características de la institución total, otras posibles causas: sesgos causados por la selección, reacciones de anticipación y discontinuidad entre el medio ambiente.

Se ha formulado la hipótesis de que los ancianos que entran a una institución pueden llegar ya disminuidos, enfermos, apáticos, confusos, deprimidos, etc., o cuando menos muy predispuestos a ello. Precisamente estas serían las causas que llevarían a su internamiento.

En un estudio sobre los efectos de la institucionalización, Tobin (1976), señala: "Los datos de la población estudiada pueden, cuando mucho, sugerir algún sesgo en la muestra causada por la selección; no ofrecen evidencia positiva de que la selección juegue un rol importante. Ya que se ve amenazada su identidad.

Llega a la institución como un desconocido, "quien fuiste, no cuenta mucho aquí, un número más que tiene que adaptarse al programa de la institución, donde las relaciones y la intimidad no son favorables ya que el comportamiento en grupo, la conformidad y la vigilancia son lo más común, sin importarles mucho cuales son las necesidades de cada individuo.

Al analizar las reacciones del anciano frente a la perspectiva de institucionalización, hay que tomar en cuenta los dos lados de este problema. Lo que significa para el anciano estar dentro de la institución y al mismo tiempo, lo que representa no estar afuera, es decir, lo que el anciano pierde en términos de continuidad con su pasado y de vínculos afectivos.

Algunos investigadores que han examinado las actitudes de los ancianos con respecto al cuidado institucional han encontrado sentimientos de pérdida asociados a dicho movimiento.

Kleemier (1961), por ejemplo, sugiere que los ancianos exhiben un sentimiento negativo generalizado hacia todos los lugares (settings) especiales para ancianos.

Montgomery (1965), quien estudió ancianos en el área rural, encontró un deseo consistente de permanecer en su residencia actual e identificó este deseo con una independencia altamente valorada.

Shanas (1961), encontró que los ancianos asocian su movimiento a las instituciones con pérdida de independencia, rechazo de los hijos y un preludio de la muerte. El anciano

ve el cambio a una institución como un cambio decisivo en su forma de vida, el último cambio que experimentará antes de morir. Por ello, generalmente se oponen a la vida institucional.

En una encuesta dirigida a ancianos sobre los posibles lugares que les gustaría vivir, seis de cada diez sujetos respondieron que el lugar donde menos les gustaría vivir sería en una casa para ancianos, aún cuando necesitaran cuidados médicos.

Sin embargo, la opinión pública es menos contraria a la de los ancianos, ya que de cada diez adultos, cuatro dijeron que el tipo de vivienda menos deseable era para los ancianos, y uno de cada ocho dijo que era la mejor.

Estas actitudes tienen un gran efecto en la institucionalización ya que por ejemplo en estudios realizados por Goldfarb (1969), encontró que, la mortalidad es más alta en las poblaciones institucionales que en la población en general. Añade que esto no puede atribuirse solamente a la condición de los ancianos que ingresan, sino también, es importante considerar las condiciones en que operan estas casas de reposo, especialmente en México.

"LA CONDICION DE LOS ASILOS EN MEXICO.--"

En una investigación realizada por Gonzalez, Paz y Marquez (1980), se encontró los siguientes factores:

1. Solamente hay atención para alrededor de 2,200 ancianos en una población que se acerca a 14 millones de personas.

2. Varias casas requieren de compostura inmediata de cocina, baños, comedor, etc.

3. Hay carencia de actividades recreativas y terapia ocupacional.

4. Algunas casas carecen de atención médica.

5. A casi todas les falta un sistema de capacitación personal.

6. Hay casas que tienen serios problemas económicos.

Sin embargo, a pesar de las situaciones de las casas de reposo en México, encontramos que un gran número de ancianos que esperan un lugar para poder ingresar a ellas. Es así como lo señala el Uno Más Uno (5 de agosto de 1981), donde nos indica que hay más de 300 solicitudes de ingreso en la mayoría de los asilos o casas de reposo.

En diferentes investigaciones realizadas por los norteamericanos se encontró que el objetivo fundamental de

estas casas para ancianos es la de aislar al anciano de su ambiente social, así como también operar como un negocio donde los accionistas obtienen utilidades.

Existen desde luego diferencias en cuanto a la situación en México, ya que nos encontramos con una gran falta de recursos económicos. Sin embargo, a pesar de que las causas son diferentes, las consecuencias para el anciano que recibe atención de muy baja calidad - para disminuir el costo - son las mismas.

Pero las críticas hacia los asilos no se han limitado a los aspectos económicos y de funcionamiento. El mayor énfasis se ha puesto en los efectos nocivos que tienen las instituciones por la forma en que regulan la vida del anciano.

De cualquier manera, es importante señalar que "si bien es cierto que los efectos nocivos inevitables siguen a la entrada y permanencia en las mejores instituciones de cuidado a largo plazo, es también indispensable que las instituciones sean utilizadas en forma diferente, que sean desarrolladas nuevas formas de cuidado institucional y, lo más importante, que se tomen en cuenta la atención a la salud en la casa y los servicios de cuidados diurnos ya que son alternativas indispensables al cuidado institucional para todos los ancianos.

Por otra parte, si es posible desarrollar instituciones de cuidados a largo plazo, que produzcan un mínimo de efectos nocivos, entonces dichos cuidados podrían estar disponibles para aquellos ancianos cuyas necesidades son difíciles de satisfacer por medio de arreglos alternativos. Seguramente la posibilidad de un cuidado institucional de calidad no debería de negarse a las personas ancianas que puedan estar tanto físicamente frágiles como mentalmente confundidas y donde las familias si es que la tiene, se encuentran incapacitadas para poder cuidarlos dentro de su ambiente familiar.

2.4 LA DEPRESION.-

El término depresión se utiliza a menudo para denominar un patrón complejo de emociones, pensamientos y conductas, que no se presentan como un trastorno psiquiátrico definido.

Es considerado como un síndrome, donde de acuerdo a su intensidad se considera como una situación psicopatológica. También se conoce como un trastorno de los sentimientos.

En los últimos años se ha considerado a la depresión como un "trastorno afectivo". La importancia central que se le ha dado a este componente afectivo queda ejemplificada en la práctica al utilizar una serie de adjetivos para medir y definir la depresión.

Sin embargo, la depresión tiene muchos otros componentes, aparte de la modificación del estado de ánimo.

La depresión es una perturbación del humor, que se manifiesta como una reacción ante la pérdida o amenaza de pérdida, fracaso, desaprobación o desilusión.

A continuación se presenta una descripción de los síntomas que aparecen en la depresión, como modelo se ha tomado el cuadro de J. Mendala (1977):

"ESTADO DE ANIMO".-

TRISTEZA CON O SIN LLANTO INSATISFACCION HUMOR ABATIDO
ACENTUADO PESIMISMO IRRITABILIDAD AUTODESVALORIZACION.

Generalmente la persona deprimida muestra en sus inicios un estado de indiferencia hacia lo que anteriormente lo mantenía interesado, prefiriendo permanecer encerrado en casa, haciendo el mínimo esfuerzo para cualquier actividad, con una disminución absoluta de sus intereses vitales.

Acompañado de una tristeza ocasionada en algunas ocasiones por problemas reales que la persona acrecienta considerablemente y en otras ocasiones sin tener un motivo aparente suele sentirse triste.

"PENSAMIENTO".-

PESIMISMO IDEAS DE CULPABILIDAD Y FRACASO AUTOACUSACION
PERDIDA DE INTERESES Y MOTIVACION ATENCION Y CONCENTRACION
LABILES ALTERACIONES PERCEPTUALES EN EL JUICIO CRITICO DE SI
MISMO Y DE LOS DEMAS MEMORIA DISMINUIDA LENTITUD EN EL
PENSAMIENTO IDEAS OBSESIVAS.

A medida que la depresión evoluciona este tipo de sujetos se vuelven gradualmente ineficientes e irresponsables, con pérdida de interés, disminución de energía, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, con un descenso en su capacidad de atención y concentración.

Generalmente es autocrítico encontrándose de manera invariable negación y distorsión de varias facetas de la realidad, mostrando en general una incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y en sus responsabilidades.

"CONDUCTA Y ASPECTO".-

NEGLIGENCIA EN EL ASPECTO PERSONAL RETARDO PSICOMOTOR
AGITACION CAMBIO EN EL NIVEL DE ACTIVIDADES.

Son claros indicios del estado depresivo con un rostro triste, insatisfecho, una actitud decaída y postura inclinada, denotando infelicidad en el momento que comienza a hablar. Algunas personas muestran una sonrisa fría y superficial tratando de esta forma de esconder su desesperación.

A medida que la depresión se hace más profunda, se denota un progresivo desinterés por el cuidado y aspecto personal: desaliñado, sucio, etc.

El retardo psicomotor se manifiesta por medio de una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos, siendo sus movimientos lentos y cautos como si estuviera realizando un gran esfuerzo.

En algunos casos se presenta un estado de agitación en vez de un retardo psicomotor, manifestando una inquietud excesiva tanto física como psicológica, siendo incapaz de mantenerse quieto aún por un período breve, expresando abiertamente su ansiedad y su sufrimiento pidiendo ayuda, serenidad o calma.

Su discurso es espontáneo aunque procura participar en forma mínima y no se involucra en las conversaciones.

La depresión produce ideas de culpabilidad y desesperación que conducen al depresivo a creer en ocasiones que merece la muerte (autocastigo) o ver su futuro tan desagradable que desea mejor la muerte antes que vivir su situación actual.

Un depresivo agudo difícilmente lleva a cabo el suicidio debido a que puede existir un retardo profundo que inhibe la acción, sin embargo cuando logra liberarse de este estado, es mayor el peligro de intentar el suicidio.

En estudios realizados a lo largo de seis años por Martin E. P. Seligman (1981), nos habla de la muerte repentina de 170 sujetos que se encontraban ante estados de tensión psicológica ocasionados por: La enfermedad o muerte de un ser querido; duelo agudo; amenaza de pérdida de un ser querido; defunción o aniversario de defunción; pérdida de estatus o autoestima y otras muertes repentinas se produjeron durante

situaciones peligrosas, cuando alguien era rescatado de un peligro y durante finales felices. En general la causa de muerte de estos sujetos se debió a un paro cardíaco precedido tanto de un estado de agitación como de depresión. Este tipo de muerte sucede por indefensión en seres humanos.

Existe también la indefensión institucionalizada, ya que los sistemas institucionales son insensibles a la necesidad que sus habitantes tienen de controlar aspectos importantes de su vida.

Diferentes investigaciones sugieren que la repentina ruptura de rutina y la pérdida de control que se produce al dejar el hogar, producen indefensión y contribuye a la muerte anticipada.

J. Mendels nos dice que el suicidio es más frecuente en los ancianos, "relacionándose con la pérdida del sentido de implicación en la familia y en la sociedad; por ello la tendencia creciente de la gente a dejar el hogar en que han pasado toda su vida para retirarse, puede muy bien conducir a una todavía mayor incidencia de suicidios en el futuro.

En una tesis doctoral sobre "la libertad percibida de elección en un asilo de ancianos" se estudió a un grupo de cincuenta y cinco mujeres de más de sesenta y cinco años de edad y con una media de ochenta y dos, que pidieron ser

admitidas en un asilo de ancianos, al entrevistarlas se les preguntó que tan libres se habían sentido para elegir el asilo, que otras posibilidades habían tenido, y cuenta presión habían ejercido sus familiares para que ingresaran en el asilo. De las diecisiete mujeres que dijeron no haber tenido otra alternativa que mudarse al asilo, ocho murieron después de cuatro semanas de permanencia y dieciséis después de diez semanas. Al parecer, sólo una de las treinta y ocho personas que tuvieron más alternativas murió en el período inicial. Estas muertes fueron calificadas como "inesperadas" por el personal del asilo.

Ejemplos como el anterior nos obligan a valorar la importancia que puede llegar a tener estados de ansiedad tan profunda, que nos llevan a una depresión severa que puede producir la muerte por indefensión.

Las personas que sufren una depresión intensa se hallan fuertemente abatidas o se sienten físicamente enfermas. Comúnmente el depresivo se encuentra desvalido, desesperado, carente de autoestima, retraído en su verbalización y movimientos (retardo psicomotor), o se puede hallar intranquilo, hiperalerta y tenso (agitación de ansiedad).

Las personas con depresión agitada se quejan constantemente de fatiga, con sentimientos de deamercimiento o temores de culpa, achaques y dolores.

En cambio, la depresión ligera se caracteriza principalmente por una pérdida del interés en los asuntos ordinarios de la vida, donde se pierde la espontaneidad. Todo proporciona menos satisfacción que antes requiriendo por lo mismo un esfuerzo extra. No se siente enfermo físicamente, pero tampoco se siente bien, ni a gusto. La fatiga es excesiva. Mientras las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes, las preocupaciones reales y los trastornos corporales le preocupan cada día más.

Una persona con una depresión ligera, como la mencionada en el párrafo anterior, realiza sus labores, se enfrenta a sus obligaciones y aparentemente se ve normal ante sus conocidos. Sin embargo, para él y para sus amigos o familiares cercanos, algo ha cambiado.

Para resumir lo anterior:

El Dr. Beck (1976), define la depresión por sus siguientes características:

1. "Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad y apatía.
2. Trastorno vegetativo: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
3. Un concepto negativo y de autocaatigo: deseo de esconderse o morir.
4. Cambio en el nivel de actividades: retardo o agitación.

Para Frazier y Carr (1975), la depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento.

Los síntomas más frecuentes de la depresión son: debilidad o letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades somáticas.

Los sentimientos depresivos pueden ser adecuados a la situación que produjo la reacción. En estos casos son por lo general de corta duración y no van acompañados de la pérdida de autoestima. Después de un período de lamentaciones el individuo puede volver con libertad a su vida normal.

Sin embargo, la depresión patológica es una reacción de intensidad y duración inadecuadas a la situación, aún cuando el factor desencadenante sea importante. Es entonces cuando la persona se muestra poco interesada sin iniciativa y poco comunicativa, su aspecto es enfermizo y melancólico, siente que su vida es triste y sin sentido, situación que lo lleva a sentirse inferior, indigno y desesperado.

A medida que su depresión avanza, puede presentarse retardo motor y lentitud en los procesos del pensamiento. Muestra una expresión facial de apatía y tristeza con sollozos y suspiros frecuentes. Existe una gran desesperanza

y ausencia de placer por la vida, autodevaluación y sensación de vacío, así como una excesiva preocupación por sí mismo. Es frecuente encontrar ramordimientos por errores del pasado, y estos pueden ser reales o fantaseados, así como también son comunes los sentimientos de fracaso y desprecio.

Los factores que precipitan una depresión pueden ser:

1. Pérdida de amor o apoyo emocional.
2. fracasos personales o económicos.
3. Responsabilidades nuevas o la amenaza de nuevas responsabilidades.

Por lo tanto, son personas débiles, pasivas o dependientes.

También existen diferentes investigaciones a nivel biológico o fisiológico pretendiendo encontrar un factor que sea común a todos los síntomas depresivos, así como también poder encontrar una relación entre las vicisitudes inevitables de la vida cotidiana -en un plano bioquímico, fisiológico o psicológico- con los estados de carácter más patológicos. Shidkrant (1970).

Estudios realizados por Mortimer Ostow (1980), considera que hay situaciones patológicas que afectan fundamentalmente las glándulas suprarrenales y esas enfermedades causan trastornos en las funciones mentales, capaces muchas veces

de adoptar la forma depresiva o de alguna de sus variantes por ejemplo: los glucocorticoides que se producen cuando el individuo está en un estado de tensión y permanecen durante periodos prolongados puede inducir a una depresión.

Numerosos estudios sobre depresión han llevado a realizar clasificaciones sobre los diferentes tipos de depresión. A continuación se enlistan algunos de ellos presentando una breve descripción:

"DEPRESION EXOGENA O REACTIVA".-

Este tipo de depresión también se le conoce como neurótica y esta relacionada con el medio ambiente, así, como a las respuestas que el individuo manifiesta ante situaciones angustiosas. Existe desde luego una predisposición que puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica, formándose en el individuo una personalidad mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

Esta depresión se define como un "sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables. No se trata de una enfermedad sino es la manifestación de respuestas ante situaciones de fracaso o decepción".

Este tipo de depresión se relaciona en forma muy estrecha con el dolor, duelo y tristeza de acontecimientos de la vida

cotidianas. Este malestar implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre una pérdida (simbólica o real) de un objeto querido.

Se debe de tener mucho cuidado al considerar las condiciones que pueden predisponer a una persona a esta clase de respuesta, así como también la naturaleza de los factores que la precipitan, ya que tienen como característica una intensidad y duración que no están proporcionadas al acontecimiento.

En este tipo de depresión, el individuo desea que se le escuche, que se le consuele, y compadezca, pero al mismo tiempo acusa a los otros y a la suerte de su situación. Se queja constantemente de su estado psíquico, de su astenia y de su impotencia, la cual proyecta en su demanda de ayuda ambigua, insinuando la impotencia del médico para curarle, la ineficiencia de los medicamentos que se le proporcionan, etc.

La necesidad que tiene de apoyarse en los demás y su deseo de afectividad lo pueden orillar a que se vuelva tiránico y agresivo con los demás, unas palabras de consuelo pueden mejorar momentáneamente la reacción depresiva. Por lo que se considera conveniente llevar a cabo un tratamiento a nivel emocional ya que se logran mejoras sorprendentes.

"DEPRESION ENDOGENA".-

También se le conoce con el nombre de psicótica y de melancolía. Esta relacionada con la herencia y el medio ambiente desempeña un papel secundario, por lo que no tiene una causa externa evidente, parece surgir en forma espontánea y muestra tendencia a la repetición.

Este tipo de depresión se caracteriza por una franca alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el ambiente.

Los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, atribuyendo su origen a una anormalidad bioquímica, con una serie de síntomas como: un despertar muy temprano, con actividades retardadas, pérdida de peso, labilidad en su estado de ánimo durante el día, delirios, sentimientos de inutilidad, distorsión en el manejo de la realidad, alucinaciones relacionadas con su cuerpo y funciones orgánicas, etc.

"LA DEPRESION Y ENFERMEDAD FISICA.-

El individuo puede mostrar trastornos físicos subyacentes y confundirse con la hipocondría. Alarcón (1964), encontró que el 64% de 152 admisiones consecutivas con depresión, tenían hipocondriasis, la gran mayoría se quejaba de problemas digestivos.

A mayor hipocondría se correlacionaron mayores tendencias suicidas, lo que demuestra que existe un mayor riesgo suicida cuando la depresión se relaciona con enfermedades físicas.

"DEPRESION INVOLUTIVA".-

Denominada también melancolía involutiva, reacción involutiva psicótica, conducta involutiva y depresión de la edad madura.

Se presenta en la presenilidad y es más frecuente en mujeres, específicamente en la época del climaterio. Su comienzo es insidioso y se relaciona con emociones o dificultades.

Algunos autores creen que la base de esta reacción puede encontrarse en un desequilibrio endócrino resultante de la menopausia. Otros creen que el factor más significativo es el sentido psicológico del climaterio.

La naturaleza de los cambios endócrinos en el sujeto no es aún muy bien conocida, ya que a menudo se encuentra relacionada con cambios emocionales y factores ambientales.

En este tipo de depresión la actividad motriz es retardada, con ideas extravagantes, devaluatorias y con un comportamiento inadecuado.

La desnutrición acompaña en un 20% a esta enfermedad. La tendencia al suicidio se incrementa cuando hay dolor o enfermedades físicas.

"DEPRESION ORGANICA"

Es causada por una enfermedad cerebral degenerativa o metabólica muy avanzada. Se presenta la depresión de tipo fluctuante y fragmentaria, con síntomas psiquiátricos de confusión mental y en ocasiones con retardo mental, el estado de ánimo es irregular, a veces con ataques de euforia y en ocasiones con ataques depresivos peligrosos que pueden llevar al individuo a cometer una conducta suicida. La presencia de signos de infarto cerebral no contraindica el tratamiento de la depresión. En ocasiones el curso de esta enfermedad puede llevar a la demencia.

"DEPRESION CON CONFUSION MENTAL".-

Es una enfermedad afectiva. Si el sujeto se encuentra enfermo físicamente, esto tendrá poco o nada que ver con la confusión mental.

"DEPRESION PSEUDO-DEMECIAL".-

Debido al deterioro intelectual marcado, se confunde con la demencia, sin embargo, esta situación se puede dilucidar con la historia del padecimiento, sus síntomas, etc.,

así como de acuerdo a la historia personal del paciente investigando sus antecedentes depreaivos y si estos aparecen en la historia familiar.

2.5 "DEPRESION EN LA VEJEZ".-

Numerosos estudios se han realizado sobre la depresión, sin embargo, mucho menor atención se ha prestado a la dinámica de la depresión en la vejez.

Freud (1917/1950), nos dice que la dinámica de la depresión está íntimamente entrelazada con la reacción psicológica frente a la pérdida de un objeto significativo.

Descubrió que la melancolía recordaba al duelo característico de la "pérdida de una persona amada, o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de un ser querido, como la patria, libertad, un ideal, etc."

Las características mentales distintivas de la melancolía consisten en un profundo y doloroso desaliento, pérdida del interés hacia el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda actividad y descenso de los sentimientos de autoestima.

A diferencia del duelo, la melancolía se presentaría sólo en individuos predispuestos a ella. La pérdida de un ser amado puede no ocurrir en la realidad, sino sólo intrapsíquicamente; es decir, se pierde de forma inconsciente el lazo emocional con la persona debido a una ofensa o desilusión.

Spitz (1946), observó determinadas reacciones en lactantes separados de sus padres, bastante similares a la depresión del adulto. El final de esta "depresión anaclítica" ocasionalmente consistía en la muerte. Los psiquiatras que atienden a los ancianos han notado reacciones similares entre sus pacientes. El fenómeno, apreciado con frecuencia, de la muerte tras el ingreso en una institución de cuidados prolongados ha sido considerado equivalente al fallecimiento del lactante tras la separación de la madre (Blau, 1980).

Por ello es de particular importancia, en el estudio de la depresión, considerar la relación que existe entre los factores sociales y la depresión.

Weissman (1965), contrastó la desesperanza con la depresión en la vejez. "La depresión puede aparecer como un instrumento en el curao de la desesperanza, pero ésta, una ansiedad primaria, es característica de los ancianos y sobretodo de los moribundos."

La desesperanza incluye apatía, ausencia de significado, pérdida de objetos y privación. El estado psíquico de la vejez puede representar la vuelta a una situación previa de actividad psíquica en la que los individuos suelen sentirse más próximos a cuando eran jóvenes que cuando se encontraban en la edad adulta.

Weissman señala cuatro características adicionales del funcionamiento psíquico en la vejez:

1. La incapacidad como un estado en que la apreciación de la realidad se hace menos flexible y más restringida, mientras que "los conjuntos psicológicos" se convierten en fijos.

2. La depleción es un estado en el que disminuyen las confianzas y los temores, y con frecuencia se alivian los conflictos presentes, aunque pueden reincidir antiguas fantasías.

3. Las frustraciones, por otra parte, constituyen un peligro mayor entre las personas de mediana edad que en los años posteriores.

4. La muerte representa la separación de fuentes importantes de amor, pero también proporciona un final a las frustraciones o el retraso en la gratificación.

En un estudio longitudinal de personas ancianas Busse (1955), notaron que los adultos de edad avanzada experimentaban periodos depresivos más frecuentes e intensos que durante épocas anteriores de la vida. A lo largo de tales episodios se sentían desanimados, preocupados y frustrados, hasta el punto de que muchas veces no encontraban razón para seguir viviendo.

El 85% de los ancianos relacionaron el inicio de la mayoría de estos episodios depresivos con pérdidas específicas. Los autores concluyeron que estas reacciones de duelo normales pueden asumir un patrón neurótico a través de dos caminos: la persona anciana se acusa a sí misma de la pérdida o bien acusa a otros, lo que la lleva a poner un excesivo énfasis en el olvido y rechazo por parte de los demás.

Vemos así como la depresión senil está relacionada con una pérdida de autoestima, provocada por la incapacidad para satisfacer las necesidades e impulsos, o para defenderse a sí mismo contra las amenazas a la propia seguridad.

En otros estudios realizados por Smith, Charles Austin (1981), reportaron que existe una mayor incidencia del comportamiento depresivo en la vejez, así como un mayor número de pérdidas, donde se encuentra una estrecha relación entre la depresión y las pérdidas como muerte de personas cercanas y pérdidas de sus facultades.

Un ejemplo relacionado con las pérdidas de sus facultades (enfermedad) nos lo muestran Ann Kristina Williams (1985), en su estudio acerca de la relación que se encuentra entre la depresión en la vejez y las enfermedades físicas encontrando un nivel más elevado de depresión al ir aumentando la edad, la dependencia, el dolor, la manera como manejan su estado físico y la angustia que manifiestan ante la muerte.

En cambio, se encontró un nivel de depresión inferior cuando los ancianos tenían ingresos económicos, religiosidad, relaciones sociales y un buen manejo de su estado físico.

De esta forma las limitaciones surgen como un factor etiológico de la depresión.

Levine (1965), señala que el estrés psicológico puede incluir pérdidas, agresiones, limitaciones y amenazas. La agresión se refiere a una fuerza externa que provoca malestar, dolor o daño. A nivel físico, la intensidad de la agresión puede variar desde un dolor leve hasta una dolencia severa.

Desde el punto de vista psicológico, la intensidad de la agresión va desde la crítica ligera hasta la hostilidad franca. Los ancianos son especialmente susceptibles a los achaques físicos de la enfermedad y a las sutiles agresiones psicológicas procedentes de prejuicios habituales hacia la vejez.

Según Levine, las limitaciones se refieren a cualquier fuerza externa que limite las acciones necesarias para la satisfacción de impulsos inatintivos.

Cualquier limitación importante de la actividad puede contribuir al desarrollo de una depresión. Las amenazas son

acontecimientos que anuncian la posibilidad de futuras pérdidas, agresiones o limitaciones.

El significado de una amenaza no está delimitado sólo por la realidad externa sino por la interpretación que haga el individuo de esa realidad.

La evidencia del significado de esos conceptos de estrés puede encontrarse en el contenido manifiesto de los sueños de los ancianos. Barad, Altschule y Goldfarb (1961), señalaron que las personas de edad avanzada se sienten preocupadas en sus sueños por pérdidas de recursos, una imagen amenazadora y agresiva del medio ambiente y el verse a sí mismas incapaces de cumplir una acción.

En un estudio realizado por Adams, Denise Murielle (1981), encontraron que existe una relación entre los objetos perdidos (muerte o abandono de un familiar cercano) en su infancia y la manifestación de la depresión en la vejez.

Así como también encontraron que los ancianos que tenían amigos cercanos, y recibían visitas frecuentes de niños o nietos pequeños reportaban menor depresión que aquellos ancianos que no contaban con este tipo de relaciones.

Según Beck, los individuos se desarrollan en una gama

ESTA TERCERA EDICIÓN
CALLES DE LA INDEPENDENCIA

de conceptos y actitudes sobre sí mismos y el medio ambiente en fases precoces de la vida.

El lugar central en la patogenia de la depresión correspondería a las actitudes del individuo para consigo mismo, con el entorno social y las perspectivas futuras. Los "autoconceptos" son conjuntos de actitudes en relación con el yo. Algunos tienen carácter favorable y otros desfavorable e incluyen generalizaciones establecidas sobre la base de interacción con el medio ambiente.

Cuando se han establecido determinados conceptos, influyen en el juicio consiguiente y pasan a formar parte de la personalidad. Por ejemplo, los niños que desarrollan un concepto de inferioridad, tienden a interpretar las experiencias posteriores sobre la base de este concepto.

Cuando las personas desarrollan conceptos negativos generalizados sobre sí mismas, por ejemplo, inferioridad estos atributos son considerados negativos, indeseables e incluso pecaminosas.

Los individuos predispuestos a la depresión son vulnerables a causa de sus persistentes actitudes negativas hacia el propio yo, el mundo y el futuro. El paciente deprimido interpreta en forma repetida las interacciones con el ambiente como causas de humillación, vergüenza y derrota.

A esta visión se une la anticipación de que las dificultades y sufrimientos actuales persistirán por tiempo indefinido.

Sin embargo, tales actitudes pueden permanecer inactivas hasta que sean estimuladas por un acontecimiento estresante.

Los individuos predispuestos a la depresión se sensibilizan hasta cierto tipo de experiencias vitales. Los sucesos estresantes ocurridos en el pasado, se convierten en modelos de experiencias desagradables que pueden activar de nuevo actitudes negativas.

Entre los ejemplos de esas experiencias se incluyen:

a) las situaciones capaces de disminuir la autoestima del individuo, como la jubilación

b) las situaciones que desbaratan objetivos importantes o plantean problemas, como el aumento del costo de la vida unido a unos ingresos fijos en la vejez

c) las enfermedades físicas.

En la mayoría de las personas estas experiencias sólo causan una sensación de dolor o frustración, pero en las predispuestas a la depresión conducen inevitablemente, a la interpretación de tales hechos como una derrota personal atribuida al propio yo.

Actualmente aún se discute si las personas de edad avanzada experimentan significativamente más estrés por los sucesos acaecidos en su entorno social inmediato. Los ancianos se enfrentan a circunstancias estresantes que trastornan su soporte, y el conocer la relación entre tales circunstancias y la salud mental y la física es esencial para poder adoptar una conducta más eficaz en el conocimiento del anciano.

Algunos autores consideran que las personas de edad avanzada están expuestas a mayores riesgos de trastornos vinculados al soporte y las relaciones sociales.

Muchos ancianos se encuentran socialmente aislados, ya sea en alguna institución o viviendo lejos de sus familiares, vecinos, amigos, convirtiéndose en prisioneros en su habitación u hogar.

Por ello se debe de considerar esta dependencia social para poder brindarle una mejor adaptación y una eficaz comunicación en el ambiente social, siendo de esta manera más responsables con el cuidado de los ancianos.

Con el fin de poder comprender la relación que existe entre los factores sociales y la depresión Murphy hizo un estudio comparativo con dos grupos de ancianos y encontró:

1. Fallecimientos y enfermedades graves de personas cercanas y padecimientos personales importantes.

2. Dificultades con su vivienda, trabajo, los hijos, finanzas, y el matrimonio.
3. Problemas de salud.
4. El no tener una relación de intimidad con alguna persona cercana.

Por lo que consideró de suma importancia que en el grupo donde predominaba la depresión, se encontraban básicamente en el punto cuatro mencionado anteriormente, por ello la necesidad de brindarle al anciano un "confidente" que pudiera actuar como amortiguador ante las pérdidas sociales y con ello poder mejorar las condiciones sociales para beneficio de la salud mental de los ancianos.

Otros estudios se han realizado, tanto médicos como de investigadores, para considerar la importancia del ambiente social y en particular de los factores que pudieran modificar las consecuencias adversas del estrés ambiental.

La mayoría de estos estudios se centraron en la función de "soporte" del medio social.

El soporte social consiste en la provisión del apoyo significativo, apropiado y protector, desde el ambiente social hacia la persona, lo que le permitirá enfrentarse a los factores de estrés ambientales ya sean intermitentes o continuos.

Blazer, (1980), ha definido el soporte social como sigue:

1. Funciones y vinculos afectivos disponibles: los individuos y grupos pertenecientes a la red social vinculados directamente a la persona, como el cónyugue, los hijos y hermanos.

2. Frecuencia de interacciones sociales: número real de interacciones dentro de la red social.

3. Soporte social percibido: evaluación subjetiva por parte del individuo de su sensación de contar con una red social fonfiable, de la facilidad para interaccionar con esa red, de la pertenencia a la red y del sentido de intimidad con sus demás componentes.

4. Soporte instrumental: servicios concretos y observables, proporcionados a la persona por la red social.

Así como también encontramos otros estudios como los de Fenichel (1945), que fué uno de los primeros autores que describió el papel del narcisismo en el desarrollo de la depresión. "La persona con fijación al estado en que su autoestima es regulada por influencias externas" tiene una necesidad especial de ser amada y exige demasiado de los seres queridos.

La depresión grave se origina cuando estos individuos

dependientes no reciben los suministros vitales que buscan.

Entonces vemos como durante la vejez su sensación de bienestar, seguridad, dependen del amor, dinero, posición social o poder y se sienten amenazados ante la posibilidad de pérdida de esos factores.

Es así como Abreham (1953), nos habla de como la frustración de los impulsos básicos conducen a la depresión. Afirma que la falta de gratificación sexual conduce a la depresión a muchos neuróticos, y que el autoerotismo de los neuróticos tiende a prevenir la depresión o eliminarla cuando ya se ha producido.

La satisfacción sexual sigue siendo muy importante para las personas de edad avanzada. El impulso sexual, aunque persistente, quizá no se ponga de manifiesto con facilidad, ya que no puede ser transformado en comportamiento.

Aunque la restricción del impulso sexual se debe a represiones básicamente culturales. En otras culturas por el contrario se alienta y favorece la actividad sexual continuada en los ancianos.

Vigdor (1980), señala que en nuestra sociedad, orientada hacia las realizaciones, los esfuerzos principales conducen al desarrollo de patrones de hábito e incentivos de la actividad que pueden no constituir formas de adaptación, ni ser apropiados para la cambiante situación vital de la senilidad.

Llegada la edad de la jubilación, el ambiente social, que refuerza las necesidades de realización, reconocimiento, autoestima y confianza, resulta agresivo para muchas personas mayores. No es fácil sustituir estas necesidades, debido a que en nuestra sociedad no cuenta con papeles formales para satisfacerlas.

Erikson (1950), afirma que la adquisición de la integridad constituye la tarea primaria de la persona de edad avanzada, y a la vez destaca que durante el ciclo vital pervalece un esfuerzo continuado para resolver crisis previas del desarrollo. Por lo tanto, el esfuerzo hacia la laboriosidad y creatividad continúa teniendo importancia para el anciano.

Considerando todos los puntos anteriores Dan G. Blazer nos proporciona un resumen de los factores que intervienen en la etiología de la depresión senil. A continuación se presentan:

1. Los factores genéticos y biológicos proporcionan un sustrato para la aparición de los síntomas depresivos en la última parte de la vida, pero no son necesarios ni suficientes para su desarrollo.

2. Los sucesos ocurridos durante toda la vida del individuo tienen capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ella. Estos acontecimientos no son

menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital.

3. La depresión senil, una vez que ha emergido, generalmente se convierte en parte de la estructura de la personalidad del individuo, y con frecuencia persiste en cierto grado tras la remisión de los síntomas depresivos per se.

4. Por otra parte, las inhabilitaciones sociales y psicológicas provocadas por la depresión senil fluctúan notablemente, pudiendo ser nulas, mínimas o muy graves.

5. Las situaciones y procesos socioculturales concurrentes pueden producir un alto nivel de incapacidad, y a la inversa, pueden reducir de forma significativa el grado de incapacidad secundaria a la depresión senil.

6. Los complejos sintomáticos que suelen conocerse bajo la denominación de depresión senil pueden tener su origen en combinaciones de factores hereditarios, orgánicos y psicológicos, así como en procesos sociales y culturales que modifican el efecto de tales factores.

7. El grado de incapacidad causado por la depresión senil depende en parte de los factores que la originan, pero principalmente del estrés psicológico provocado por procesos

sociales como las situaciones conflictivas, los súbitos cambios culturales, la emigración, el nivel socioeconómico bajo y la desintegración y mal funcionamiento de los sistemas sociales.

Sin embargo, no debemos desanimarnos ante esta complejidad. Ya que no es necesaria una comprensión total para tratar con efectividad a los ancianos. Las distintas conductas terapéuticas pueden actuar a diversos niveles de la red etiológica, y todas ellas tienen capacidad para solucionar o aliviar los síntomas. La terapia múltiple si se coordina con eficacia, ofrece mayores posibilidades de éxito.

CAPITULO III**III METODOLOGIA.-****3.1 LOS SUJETOS****3.2 EL MATERIAL****3.3 EL PROCEDIMIENTO**

METODOLOGIA.-

La presente tesis se centra en el planteamiento del problema en el que se explica el porque la necesidad de estudiar el comportamiento depresivo que manifiestan algunos ancianos en esta etapa de su vida, con la necesidad de adaptarse a su entorno social.

Así como también se realiza el planteamiento de las hipótesis donde se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que viven en una casa de reposo y los que viven alrededor de su familia.

3.1 LOS SUJETOS.-

Para llevar a cabo esta investigación se eligió una muestra de 19 sujetos que vivían en una casa de reposo, siendo 10 de ellos de una casa de reposo en Cuernavaca Morelos y los otros 9 sujetos de una casa de reposo de la Ciudad de México.

La población total de la casa de reposo de Cuernavaca es de 90 sujetos y la población de la casa de reposo de la Ciudad de México es de 70 sujetos.

Donde las condiciones de estas dos instituciones eran muy similares, ya que contaban con una habitación para cada anciano. A la vez cada anciano tiene la posibilidad de arreglar su cuarto de la manera que desee. Hay ancianos que tienen su televisión, refrigerador, etc. en su cuarto.

También se les brinda la oportunidad de pagar y tener con ella a una asistente (enfermera particular o cuidadora), para que la acompañe o la cuide en caso necesario.

El tipo de actividades en estas casas de reposo es por la mañana el desayuno en el comedor público, después los ancianos acuden a sus fisioterapias, cuando es necesario, a media mañana se reúnen en el jardín para platicar con sus compañeros y en algunas ocasiones se les trae algún conferencista, o bien, alguna función de música, baile, etc.

Por la tarde, algunos grupos de personas se reúnen a jugar cartas, domino, o algún otro juego de mesa.

Otros grupos se reúnen a platicar, tejer, ver televisión, leer el periódico, o simplemente sentarse en la sala de estar.

En general, en ninguna de las dos instituciones se trabaja con un programa de actividades, como por ejemplo: talleres de trabajos manuales, de música, de lectura, etc., donde el anciano pudiera mantenerse ocupado y así poderse sentir útil.

El criterio para la selección de los sujetos era que fueran hombres y mujeres que se encontraran con una disposición física y emocional para poder responder a los cuestionarios que se les iba a aplicar.

Los sujetos se encontraban entre los 70 y 85 años de edad. Y eran de posición económica media alta.

No se consideró de importancia medir su capacidad intelectual, escolaridad, estado civil, o su antigüedad en la casa de reposo.

Ya que el objetivo del presente estudio era investigar si la depresión esta relacionada con las casas de reposo o las instituciones de seguridad social.

Para la selección de los sujetos que vivían fuera de las casas de reposo se tomaron en cuenta las mismas características que comprendían los sujetos que pertenecen a las casas de reposo.

El número de sujetos que representó nuestra muestra de ancianos que viven fuera de las casas de reposo fué de 17 sujetos entre ellos 8 mujeres y 9 hombres.

3.2 EL MATERIAL.-

El material que se utilizó consta de dos cuestionarios.

El primer cuestionario que se aplicó exploró factores relacionados con la salud mental de los sujetos.

Este cuestionario consta de 10 preguntas donde el sujeto debía de responder en la forma indicada, ya que se trata de preguntas que requieren de una contestación exacta.

Por ello, el objetivo que cubre este cuestionario es poder medir el estado mental en que se encuentra el anciano.

La tabla con que cuenta este cuestionario para poder medir el estado mental consiste en contar el número de respuestas correctas con los siguientes valores:

- 0 - 3 Confusión severa
- 4 - 7 Confusión moderada
- 7 - 8 Confusión escasa
- 9 - 10 Lucidez

A continuación se presenta el cuestionario de salud mental:

1. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL:

1. Cuantos años tiene usted? (entre dos años)
2. En que año nació? (año exacto)
3. En que año estamos ya? (año exacto)
4. En que mes estamos ya? (mes exacto)
5. Cual fué su última comida? (desayuno, comida o cena)
6. Como se llama este edificio (nombre o descripción)
7. Cuente los números del 1 al 10 y al reverso: 10, 9, 8, etc.
8. Cual es su dirección?
9. Que día de la semana es hoy?
10. Como podríamos llegar al comedor? (para ancianos que viven en casas de reposo y para los que no, preguntar si se manejan por sí solos).

Referencia:

Brink, T. L.

Geriatric Psychotherapy.

Human Science Press.

New York, 1979.

El segundo cuestionario que se aplicó exploró factores relacionados con la depresión del sujeto.

Este cuestionario consta de 30 preguntas, donde el sujeto debía responder en forma dicotómica "sí-no", después de cada una de las preguntas.

Por ello, el objetivo que cubre este cuestionario es proporcionar información sobre el estado depresivo en que se encuentra el anciano.

Para poder medir la depresión se consideraron el número de respuestas depresivas que emitía el anciano.

A continuación presentamos el cuestionario sobre depresión:

2. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION:

1. Esta usted satisfecho con su vida?
2. Se han terminado muchos de sus intereses y actividades?
3. Siente que su vida esta vacía?
4. Frecuentemente, se siente usted aburrido?
5. Tiene usted mucha fé en el futuro?
6. Tiene usted pensamientos que le molestan?
7. La mayoría del tiempo esta usted de buen humor?

8. Tiene miedo de que algo malo le va a pasar a usted?
9. La mayor parte del tiempo, esta usted de buen humor?
10. Se siente usted impotente?
11. Se siente usted intranquilo?
12. Quisiera usted salir de su cuarto y hacer cosas nuevas?
13. Se preocupa por el futuro?
14. Cree usted que tiene más problemas con la memoria que los demás?
15. Cree usted que es maravilloso estar viviendo?
16. Se siente usted triste?
17. Se siente usted inapreciable?
18. Se preocupa usted mucho sobre el pasado?
19. Cree usted que la vida es muy interesante?
20. Es difícil para usted empezar nuevos proyectos?
21. Se siente usted lleno de energía?
22. Se siente usted sin esperanzas?
23. Cree usted que los demás tienen más suerte que usted?
24. Se siente usted nervioso sobre pequeñas cosas?
25. Se siente usted que quiere llorar?
26. Es difícil para usted concentrarse?
27. Le gusta levantarse muy temprano?
28. Prefiere usted evitar grupos de gente?
29. Es fácil para usted tomar decisiones?
30. Esta su mente tan clara como antes?

Referencia:

Brink, T. L., Yeavage, J. A., Lum O., Heersma P., Adey M. y Rose T. L.

Pruebas sobre Depresión Geriátrica.

Clinical Gerontologist, 1982.

Journal of Psychiatric Research, 1983.

Clinical Gerontologist, 1984.

Assessment in Geriatric Psychopharmacology, 1983.

3.3 EL PROCEDIMIENTO.-

La forma en la que se procedió para llevar a cabo la investigación fué primero informar al anciano el propósito del estudio.

Una vez que el anciano acepto colaborar en la investigación se llevo a cabo una breve entrevista, para poder obtener una información general del sujeto y a la vez poder crear un ambiente adecuado y de confianza, para que de esta forma se pudiera realizar la investigación.

Inmediatamente después pasamos a la aplicación oral del cuestionario de salud mental donde al sujeto le llevo entre 10 y 15 minutos responderlo, ya que con frecuencia interrumpian para relatar alguna anécdota.

Una vez aplicado el cuestionario de salud mental pasamos a la aplicación del cuestionario sobre depresión.

Este cuestionario también se aplicó en forma oral.

El tiempo que se empleó en este cuestionario fué de 30 minutos hasta 1 hora, ya que el anciano se detenía frecuentemente a relatar situaciones difíciles por las que estaba atravesando.

Una vez aplicados los dos cuestionarios, nos pudimos dar cuenta de la gran necesidad, que manifiesta el anciano, de ser escuchado.

Después pasamos a hacer un estudio comparativo por medio de la estadística no paramétrica, observando la frecuencia de respuestas emitidas, dentro de la escala dicotómica, por los ancianos que viven en casas de reposo y los ancianos que viven fuera de las casas de reposo.

Para ello se utilizó dentro del método estadístico, la "Chi Cuadrada", que se emplea para la distribución de frecuencias observadas en el manejo de pequeñas muestras. Y cuando el número de frecuencias observadas era más pequeño se utilizó la "Prueba Exacta de Fisher".

La aplicación de los cuestionarios se realizó en los meses de febrero e mayo de 1988.

Considerando que en esta fecha no hubo ninguna situación importante que pudiera relacionarse con la investigación o con la situación actual del anciano.

CAPITULO IV

IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.2 CONCLUSIONES

4.3 SUGERENCIAS

4.1 "PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS".-

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de esta investigación.

De tal forma, para determinar si existía una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de salud mental, se obtuvieron los siguientes datos, los cuales incluyen la valoración del cuestionario en forma global.

	A	B	
1	165	25	195
2	169	1	170
	334	26	260

A = Respuestas Apropriadas

B = Respuestas Inapropiadas

1 = Sujetos que viven en casas de reposo

2 = Sujetos que viven fuera de casas de reposo

Encontrándose un resultado de 0.00, empleando la prueba exacta de Fisher, lo que significa que los sujetos ancianos que no viven en casas de reposo manifestaron menos respuestas inapropiadas en el cuestionario de salud mental.

Ello puede ser explicado por el hecho de que es factible que al encontrarse en una institución de asistencia social, el sujeto experimente cierta depresión (no sentirse útil y productivo) lo cual disminuya sus capacidades psicológicas e intelectuales.

Lo cual se ve avalado por otras investigaciones en las cuales se ha concluido que el sujeto anciano con alguna actividad, remunerada o no, se adapta más fácilmente a su situación en comparación con otros sujetos de la misma edad que no tienen intereses o labores que desarrollar.

En cuanto al cuestionario de depresión, en forma global, se encontraron los siguientes datos:

	A	B	
1	269	301	570
2	235	275	510
	504	* 576	1080

En donde:

- A = Respuestas Afirmativas de Depresión
- B = Respuestas Negativas de Depresión
- 1 = Sujetos que viven en casas de reposo
- 2 = Sujetos que viven fuera de casas de reposo

Calculándose una prueba exacta de Fisher con un valor de 0.00, lo que significa que los sujetos ancianos que no viven en casas de reposo manifestaron, en forma significativa, menor depresión en comparación a los sujetos asilados.

Así, se observa que ambos resultados se correlacionan, siendo posible que en las casas de reposo los sujetos experimenten mayor depresión y esto contribuya al decaimiento de su salud mental.

Por lo que se debe de aceptar la hipótesis alterna que dice:

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su actitud ante la depresión en los dos grupos de ancianos.

Por otra parte considerando los ítems en forma independiente se obtuvieron los siguientes resultados.

En el cuestionario de salud mental se encontró:

Pregunta No. 1.-

¿Cuántos años tiene ud?

	A	N A	
1	16	3	19
2	17	0	17
	33	3	36

Pregunta No. 2.-

¿En que año nació?

	A	N A	
1	14	5	19
2	16	1	17
	30	6	36

Pregunta No. 3.-

¿En que año estamos?

	A	N A	
1	14	5	19
2	17	0	17
	31	5	36

Pregunta No. 4.-

¿En que mes estamos?

	A	N A	
1	17	2	19
2	17	0	17
	34	2	36

Pregunta No. 5.-

¿Cual fué su última comida?

	A	N A	
1	19	0	19
2	17	0	17
	36	0	36

Pregunta No. 6.-

¿Como se llama este edificio?

	A	N A	
1	18	1	19
2	17	0	17
	35	1	36

Pregunta No. 7.-

Cuenta los números del 1 al 10 y al reverso.

	A	N A	
1	19	0	19
2	17	0	17
	36	0	36

Pregunta No. 8.-

¿Cual es su dirección?

	A	N A	
1	13	6	19
2	17	0	17
	30	6	36

Pregunta No. 9.-

¿Que día de la semana es hoy?

	A	N A	
1	17	2	19
2	17	0	17
	34	2	36

Pregunta No. 10.-

¿Como podríamos llegar al comedor?

	A	N A	
1	18	1	19
2	17	0	17
	35	1	36

En donde:

1 = Sujetos que viven en casas de reposo

2 = Sujetos que viven fuera de casas de reposo

Con estos datos se procedió a determinar si existía alguna diferencia estadísticamente significativa a través de la prueba de Fisher, resultados que se muestran a continuación:

Pregunta	Valor	+ Valor Extremo	= Total
1	0.13	0.00	0.13
2	0.10	0.00	0.10
3	0.03	0.00	0.03
4	0.27	0.00	0.27
5	1.00	0.00	1.00
6	0.52	0.00	0.52
7	1.00	0.00	1.00
8	0.01	0.00	0.01
9	0.27	0.00	0.27
10	0.52	0.00	0.52

* Significativo al nivel = 0.05

Con lo cual se puede concluir que si bien existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la salud mental entre los ancianos que viven en casas de reposo y los que no viven en este tipo de instituciones. El área más deficiente en los primeros, parece ser la ubicación temporal, dado que fallaron en especificar el año en que viven.

Lo cual se relaciona también con una falla en la memoria inmediata.

En cuanto al cuestionario de depresión, considerando los parámetros de la prueba de Chi Cuadrada, se encontraron los siguientes datos:

Pregunta No. 6.-

¿Tiene ud. pensamientos que le molestan?

	A	B	
1	7	12	19
2	8	9	17
	15	21	36

Pregunta No. 10.-

¿Se siente ud. impotente?

	A	B	
1	10	9	19
2	12	5	17
	22	14	36

Pregunta No. 12.-

¿Quisiera ud. salir de su cuarto y hacer cosas nuevas?

	A	B	
1	12	7	19
2	6	11	17
	18	18	36

Pregunta No. 13.-

¿Se preocupa por su futuro?

	A	B	
1	6	13	19
2	5	12	17
	11	25	36

Pregunta No. 16.-

¿Se siente ud. triste?

	A	B	
1	12	7	19
2	6	11	17
	18	18	36

Pregunta No. 20.-

¿Es difícil para ud. empezar proyectos nuevos?

	A	B	
1	14	5	19
2	11	6	17
	25	11	36

Pregunta No. 21.-

¿Se siente ud. lleno de vida?

	A	B	
1	10	9	19
2	9	8	17
	19	17	36

Pregunta No. 24.-

¿Se siente ud. nervioso por pequeñas cosas?

	A	B	
1	7	12	19
2	6	11	17
	13	23	36

Pregunta No. 25.-

¿Se siente ud. con ganas de llorar?

	A	B	
1	5	14	19
2	7	10	17
	12	24	36

Pregunta No. 26.-

¿Es difícil para ud. concentrarse?

	A	B	
1	7	12	19
2	5	12	17
	12	24	36

Pregunta No. 27.-

¿Le gusta levantarse temprano?

	A	B	
1	12	7	19
2	10	7	17
	22	14	36

Pregunta No. 30.-

¿Esta su mente tan clara como antes?

	A	B	
1	10	9	19
2	9	8	17
	19	17	36

En donde:

A = Respuesta Afirmativa

B = Respuesta Negativa

1 = Sujetos que viven en casas de reposo

2 = Sujetos que viven fuera de casas de reposo

Con dichos datos se obtuvieron los siguientes calculos:

PREGUNTA	PUNTAJE
6	0.38
10	1.21
12	2.79 *
13	0.01
16	2.78 *
20	0.34
21	0.00
24	0.00
25	0.89
26	0.22
27	0.07
30	0.04

* Significativo al nivel = 0.05

Con estos resultados, se puede observar la depresión que experimentan los sujetos que viven en las casas de reposo. Esto se debe a:

a) Que se ven limitados en sus actividades, dado que manifestaron mayor deseo de salir de su cuarto y hacer cosas nuevas. Lo cual es importante, en tanto que prevee información a dichas instituciones sobre la necesidad de enfatizar el área de terapia ocupacional para que los ancianos se sientan más productivos y útiles.

b) Por lo anterior, los mismos sujetos que viven en las casas de reposo expresaron vivencias mayores de sentimientos de tristeza, lo que implica que no les son efectivos diversos mecanismos de defensa (represión, negación, sublimación, etc...) para controlar dichos sentimientos. Ello puede significar que es tan obvia su situación precaria que no pueden sino reconocer plenamente su tristeza y depresión.

En cuanto a los parámetros de la prueba exacta de Fisher, se encontraron los siguientes resultados:

Pregunta No. 1.-

¿Esta ud. satisfecho con su vida?

	A	B	
1	10	9	19
2	16	2	17
	26	11	36

Pregunta No. 2.-

¿Han terminado muchos de sus intereses y actividades?

	A	B	
1	16	3	19
2	12	6	17
	28	8	36

Pregunta No. 3.-

¿Siente que su vida esta vacia?

	A	B	
1	10	9	19
2	3	14	17
	13	23	36

Pregunta No. 4.-

¿Frecuentemente se siente ud. aburrido?

	A	B	
1	8	11	19
2	4	13	17
	12	24	36

Pregunta No. 5.-

¿Tiene mucha fé en el futuro?

	A	B	
1	3	18	19
2	10	7	17
	13	23	36

Pregunta No. 7.-

¿La mayor parte del tiempo esta ud. de buen humor?

	A	B	
1	11	8	19
2	16	1	17
	27	9	36

Pregunta No. 8.-

¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar a ud.?

	A	B	
1	5	14	19
2	3	14	17
	8	28	36

Pregunta No. 9.-

¿La mayor parte del tiempo se siente ud. feliz?

	A	B	
1	10	9	19
2	15	2	17
	25	11	36

Pregunta No. 11.-

¿Se siente ud. intranquilo?

	A	B	
1	10	9	19
2	2	15	17
	12	24	36

Pregunta No. 14.-

¿Cree ud. que tiene más problemas con su memoria que los demás?

	A	B	
1	3	16	19
2	6	11	17
	9	27	36

Pregunta No. 15.-

¿Cree ud. que es maravilloso estar viviendo?

	A	B	
1	11	8	19
2	15	2	17
	26	10	36

Pregunta No. 17.-

¿Se siente ud. inapreciable?

	A	B	
1	3	16	19
2	2	15	17
	5	31	36

Pregunta No. 18.-

¿Se preocupa ud. mucho sobre el pasado?

	A	B	
1	4	15	19
2	0	17	17
	4	32	36

Pregunta No. 19.-

¿Cree ud. que la vida es interesante?

	A	B	
1	13	6	19
2	14	3	17
	26	9	36

Pregunta No. 22.-

¿Se siente ud. sin esperanza?

	A	B	
1	13	6	19
2	2	15	17
	15	21	36

Pregunta No. 23.-

¿Cree ud. que los demás tienen más suerte que usted?

	A	B	
1	6	13	19
2	4	13	17
	10	26	36

Pregunta No. 28.-

¿Prefiere usted evitar grupos de gente?

	A	B	
1	7	12	19
2	4	13	17
	11	25	36

Pregunta No. 29.-

¿Es fácil para ud. tomar decisiones?

	A	B	
1	14	5	19
2	14	3	17
	28	8	36

En donde:

A = Respuesta Afirmativa

B = Respuesta Negativa

1 = Sujetos que viven casas de reposo

2 = Sujetos que viven fuera de casas de reposo

Con dichos datos se obtuvieron los siguientes cálculos:

Pregunta	Valor	+ Valor Extremo	= Total
• 1	0.02	0.00	0.02
2	0.19	0.06	0.25
• 3	0.02	0.00	0.02
4	0.14	0.05	0.19
• 5	0.00	0.00	0.00
• 7	0.01	0.00	0.01
8	0.26	0.12	0.38
• 9	0.02	0.00	0.02
• 11	0.01	0.00	0.01
14	0.12	0.03	0.15
• 15	0.04	0.00	0.04
17	0.34	0.17	0.51
18	0.06	0.00	0.06
19	0.19	0.06	0.25
• 22	0.00	0.00	0.00
23	0.25	0.13	0.38
28	0.19	0.06	0.25
29	0.26	0.12	0.38

• Significativo al nivel = 0.05

Con dichos resultados, también se puede concluir que la mayor depresión de los sujetos que viven en casas de reposo abarca las siguientes áreas:

a) Manifiestan mayor insatisfacción con su vida, por lo que expresan, con mayor frecuencia, que sienten que su vida esta vacía.

Siendo posible que dichos sentimientos obataculizan la integración yoica que se suponen deberían vivenciar en esta fase de su vida, es decir, la recapitulación de su desarrollo no se basa en lo positivo sino en lo negativo, lo que incrementa la depresión.

b) Por lo mismo, tienen una vision del futuro negativa, que puede estar influenciada por un fuerte temor a la muerte.

De tal forma, que en este sentido la depresión se manifiesta como un deseo de no encontrar sentido a la vida: "para que seguir viviendo si nada vale la pena".

c) Así mismo, el sentimiento de depresión tiene au concomitante conductual en el hecho de que se comporten generalmente más malhumorados que aquellos ancianos que no viven en casas de reposo.

Ya que rompe el mito del lego por medio del cual se cree que una característica inherente a esta etapa de la vida es el mal humor, viendo que es posible que dicho sentimiento sea más bien debido al ambiente institucional.

Sintiéndose por lo tanto infelices en su situación así como también intranquilos (angustia).

d) Todo lo anterior los conlleva a expresar que no es maravilloso estar viviendo, dado que ya perdieron la esperanza de lograr algo, lo cual refiere a los fuertes sentimientos de depresión que están experimentando.

Por ello es importante, que las instituciones de este tipo encauzen sus esfuerzos a prevenir y tratar en forma adecuada a dichos sentimientos de depresión; que los asilos no sean "casas de abandono" sino lugares que fomentan el crecimiento de las personas ancianas.

Por otra parte, en el siguiente capítulo se describen las conclusiones a las que se llegaron en esta investigación en base a los resultados obtenidos.

4.2 CONCLUSIONES.-

Con el propósito de mencionar las conclusiones a las que se llegaron al realizar la presente investigación se resumirán a continuación:

Al enunciar el planteamiento del problema nos referimos a la diferencia que existe en el manejo del anciano antes y después de la Revolución Industrial.

Y como consecuencia de ello, ahora en esta época, vemos como ha repercutido en el anciano.

Esto lo podemos detectar por ejemplo con la jubilación obligatoria quedando los ancianos rezagados a las fuerzas de control político de la sociedad moderna.

Así como también ha repercutido en la forma como el anciano se percibe a sí mismo, a su relación con los demás y a su futuro.

Son sujetos que se encuentran en gran medida determinados por la conducta que reciben de la sociedad. Dando como resultado una progresiva incomprensión del anciano.

Vemos entonces como el anciano padece de un gran rechazo y de un aislamiento y como consecuencia de ello, en muchas

ocasiones surge la reclusión de los ancianos en instituciones, las cuales no son en la mayoría de los casos del todo favorables, aunque aparentemente, resulte ser un método práctico para hacerse cargo de los ancianos.

Desde luego, el envejecimiento se ha definido como un proceso multideterminado socialmente, fisiológicamente y psicológicamente.

Sin embargo, en lo que respecta al objetivo de este estudio es tratar de romper con los patrones culturales y sociales que se relacionan con la imagen del anciano para así poder acercarnos y tratar de entender, comprender y brindarle una mayor seguridad social al anciano,

Para lograr este objetivo fué necesario adentrarse al estudio de la vejez, mismo que nos permitió comprobar la hipótesis alterna (Ha), que nos dice existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al comportamiento depresivo de los ancianos que viven en casas de reposo en comparación con los ancianos que viven fuera de las casas de reposo.

Lo anterior nos llevo a la conclusión de que tenemos que hacer un verdadero reconocimiento de esta etapa tan importante como es la vejez.

Ya que de esta manera el anciano se permitirá modificar la escala de valores que la sociedad les ha adjudicado. Con ello podremos evitar que la vejez se aiga convirtiendo en una etapa difícil de vivir.

Es, por lo tanto, responsabilidad de la familia y la sociedad, modificar las condiciones en que viven los ancianos, mediante una interacción de esfuerzos, tanto del propio senecto, al que es necesario ayudar y preparar para que acepte las limitaciones impuestas por la naturaleza y aprenda a vivir acorde a ellas.

Así como también el de las personas que integran su ámbito familiar, en un intento por reintegrarle la seguridad y el valor de autoestimación perdido, a través del respeto, cariño, protección de lo que es merecedor por el valor intrínseco.

Para ello es necesaria también la participación del Estado, como principal promotor de este cambio, por medio de la implantación de programas efectivos que conduzcan al anciano al goce de una vida plena de esperanza, fundamentada en la utilidad de su existencia.

Por lo cual se considera necesario enfatizar que "el anciano necesita reconocer - y que lo reconozcan - que su vida tuvo sentido, que valió la pena vivirla".

Por ello es necesario que el anciano se sienta productivo, sentir que todavía tiene algo que dar y lo más valioso que un hombre puede dar es darse a sí mismo, dar su experiencia y dar su vida.

4.3 SUGERENCIAS.-

Para poder brindarle al anciano una mejor adaptación en esta etapa de su vida es necesario:

1. Que se le reconozca, se le respete ya que es un portador de un valor intrínseco apoyado en la consideración objetiva de que la vejez no es solamente una acumulación de años sino también de experiencia.

2. Considerar al anciano que se encuentra física y mentalmente sano, ya que es una fuerza productiva experimentada, que debe ser aprovechada en actividades adecuadas a su condición.

3. Es en el seno de la familia, consciente y responsable, donde debe de vivir el anciano a lado de sus seres queridos y bienes más preciados; de ningún modo, y por ninguna circunstancia, debe ser arrojado fuera de ese ámbito.

4. Como resultante del más elemental principio de justicia social, es deber de la familia y la sociedad proporcionar el mayor bienestar al anciano.

5. El Estado debe procurar otorgar asistencia al anciano mediante una forma legal que le dé bases inamovibles, invariables e inmutables, por ser un derecho así de los más

elementales del hombre, correlativo de un deber del Estado y la sociedad: atender a las limitaciones del necesitado.

Con lo cual, se considera necesario orientar a la familia y a la sociedad con la finalidad de cambiar las actitudes que se tienen hacia el anciano.

CAPITULO V.**V REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-****5.1 BIBLIOGRAFIA**

BIBLIOGRAFIA.-

- Abraham, K.
The Aplicability of Psychoanalytic Treatment to Patients of
Advanced Aged.
Selected papers Bryan and London: Hogartl Press.
1953.
- Ackerman, N. W.
Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.
Ed. Paidós.
1974.
- Adams, Denise Murielle.
Psychology, Clinical Dissertation Abstracts International
Vol. 43 No. 7.
Enero, 1983.
- Alamilla, P.
Envejecimiento y vejez
Un Punto de Vista Psiquiátrico.
Gemac, México.
1981.
- Albrecht, R.
The Family and Aging Seen Cross Culturally.
Ed. Boyd an Oakes.
University of South California.
1974.
- Ayuso Gutiérrez, J. L.
Análisis Etiopatogénico y Clínico de las Depresiones en la
Tercera Edad.
Acta Psiquiat. Paicol. AmerC. Lat.
1979.
- Ban, Th.
El Tratamiento de los Pacientes Geriátricos Deprimidos.
Am. Journal of Psychotherapy Vol. 23 No. 1.
Enero, 1978.

Barad, Altachule, M.D. y Goldfarb.
The Development of Traditional Psychopathology.
Nueva York, 1976.

-Beauvoir, Simone.
La Vejez.
Ed. Paidós.
Buenos Aires, 1970.

-Beck, A. T.
Depression: Causes and Treatment.
University of Pennsylvania Press.
1976.

-Bennett, Ruth.
Institutional Totality and Criteria of Social Adjustment in
Residences for Aged.
Journal of Social Issues.
1965.

-Bizet, Paul René.
Una Nueva Vida: La Tercera Edad.
Ed. Mensajero.
Bilbao, 1973.

-Blau, M.
Bureaucracy in Modern Society.
Borden House.
Nueva York, 1956.

-Blazer, Dan G.
Síndromes Depresivos en Geriatría.
Barcelona, Madrid, México, Buenos Aires.
Ed. Doyma.
1984.

-Boumpadre, Ana Ma.
Psicoterapia de Ancianos.
Tesis para Maestría en Psicología.
U.I.A. 1978.

- Brink, Terry I.
The Myth of Senility.
Journal of the Medical Association Vol. 72 No. 11.
San Carlos California, 1982.
- Brody, E. M.
Aging and Family Personality: A Developmental View, Family
Process.
Human Science Press Vol.13 No.1.
Nueva York, 1970.
- Brody, E. M.
Long Term Care of Older People.
Human Science Press.
Nueva York, 1977.
- Buasse, E. W.
Mental Illness in Late Life.
American Psychiatric Association.
1973.
- Calderón, Guillermo.
Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento.
Ed. Trillas.
México, 1984.
- Cottrell, W. F.
Women in Retirement: A Preliminary Report.
Scripps Foundation.
Oxford, Ohio, 1969.
- Cummings, E. and Henry, W. E.
Growing Old.
Basic Books.
New York, 1961.
- Chazaro, Lara.
Aspectos Sociales de la Vejez.
Memorias del Primer Congreso Nacional de Geriatria.
Hospital Central Militar.
1976.

- Erikson, Erik.
Insight and Responsibility.
Norton, New York.
1964.

- Erikson, Erik.
Infancia y Sociedad.
Ed. Trillas.
México, 1976.

- Fenichel
Tomado del libro:
Síndromes Depresivos en Geriatría.
De: Dan G. Blazer.
Ed. Doyma.

- Freud, S.
Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte.
Obras Completas, Tomo 2.
Biblioteca Nueva.
Madrid, 1917/1950.

- Goldfarb, A. I.
Institutional Care of the Aged: Behavior and Adaptation in
Later Life.
Ed. Buse Ewald.
Boston, 1969.

- Goldfarb, A. I.
A Psychoasocial and Sociophysiological Approach to Aging.
International University Press.

- Goffman, E.
Essays in the Social Situation of Mental Patients and Other
Inmates.
Garden City.
New York, 1961.

- Gonzalez, Paz y Márquez.
Condiciones, Funcionamiento y Necesidades de las Casas de
Ancianos en la Ciudad de México.
Trabajo inédito, 1980.

- Hale, Daniel.
Correlates of Depression in the Elderly.
Journal of Clinical Psychology Vol. 38 No. 2.
Abril, 1982.

- Haraven, Tamara E.
Historical Changes in the Timing.
1981.

- Hernández, G.
La Ancianidad, Recuperación de la Vida Recuperación para la
Muerte.
1er. Congreso Nacional de Geriatria.
Genac, 1976.

- Informe Sobre Investigación en Geriatria.
Psicología del Anciano.
Instituto del S.S. del Edo. de México y Municipios.
México, 1976.

- Johnson, Elizabeth y Bursk Barbara.
En Arrijoja Guerrero Gloria.
La Anciana en el Contexto Familiar.
Tesis U.I.A., 1985.

- James F. Phifer and Stanley A. Murrell.
Etiologic Factors in the Onset of Depressive Symptoms in
Older Adults.
Journal of Abnormal Psychology Vol. 95 No. 3.
1986.

- Kalish, Richard A.
The Later Years.
Social Applications of Gerontology.
Berkeley, California, 1977.

- Kastenbaum, Robert.
Vejez Años de Plenitud.
Ed. Harla.
México, 1980.

- Kastenbaum, Robert.
La Psicología y Tu.
Ed. Dimsa.
México, 1979.

- Kleemier R.
The Use and Meaning of the Time in Special Settings.
Aging and Leisure.
Oxford University Press.
New York, 1961.

- Kendall, R. E. y Post F.
Depressive Illness in Later Life.
British J. Psychiatry.
1973.

- Klineberg, Otto.
Psicología Social.
México, 1965.

- Kubler-Ross Elisabeth.
On Death and Dying.
Macmillan Publishing Co. Inc.
New York, 1970.

- Langer, Marie.
Psicología de la Senectud.
Revista Femenina.
1984.

- Lasing.
En Fuentes L. y Fuentes, R.
Salud y Vejez.
El Caballito.
México, 1978.

- Lehr, Ursula.
Psicología de la Senectud.
Ed. Herder.
Barcelona, 1980.

- Levine
Tomado del libro:
Síndromes Depresivos en Geriatría.
De: dan G. Blazer.
Ed. Doyas.

- Lieberman, M. A.
Institutionalization of the Aged: Effects on Behavior.
Journal of Gerontology, No.24.
1969.

- Maddox, George.
Getting Beyond the Stereotypes.
University of South California.
1973.

- Mendels, J.
La Depresión.
Ed. Herder.
Barcelona, 1977.

- Mercado, Angel.
Tiempo Lento, Los Viejos de la Ciudad.
Revista Femenina.
México, 1982.

- Montgomery, J. E.
Living Arrangements and Housing of the Rural Aged in a
Central Pennsylvania Community.
U. S. Government Printing Office.
Washington, 1965.

- Mortimer, Ostow.
La Depresión Psicológica de la Melancolía.
Ed. Alianza.
Madrid, 1980.

- Motlis, Jaime.
El Dado de la Vejez y sus Seis Caras.
Ed. Altalena.
Madrid, 1985.

- Murphy, E.
Orígenes Sociales de la Depresión en el Anciano.
British Journal Psychiatric.
1982.

- Neugarten, B.
Personality and Aging Process.
Gerontologist Vol. 12 No. 1.
1972.

- Rosow, I.
Socialization To Old Age.
University of California.
1974.

- Seligman, Martin E. P.
Indefensión en la Depresión, el Desarrollo y la Muerte.
Ed. Debate.
Madrid, 1981.

- Shanas, Ethel.
Family Relationships of Older People.
National Opinion Research Center.
University of Chicago.
1961.

- Sheldon, Tobin y Lieberman, M. A.
Last Home for the Aged.
Jossey-Bass.
San Francisco, 1976.

- Shidkrant, J. J.
Una Etiología Bioquímica.
Depresión.
MEDCOM.
New York, 1970.
- Smith, Charles Austin Ph. D.
Loss and Depression in the Aged.
Dissertation Abstracts International Vol. 42 No. 10.
1982.
- Spitz, René.
El Primer Año de Vida del Niño.
Ed. Fondo de Cultura Económica.
1946.
- Stieglitz, E.
Geriatric Medicine.
Philadelphia, J. B.
Lippincotte, Co.
1964.
- Stoffman, J.
La Vejez.
Excelsior.
México, 1979.
- Vigdor
Tomado del libro:
Síndromes Depresivos en Geriatría.
De: Dan G. Blazer.
Ed. Doyma.
- Weissman y Kastenbaum, R.
The Psychological Autopsy a Study of the Terminal Phase of
Life.
Community Mental Health Journal.
Behavioral Publications.
1965.

- Walter, R.
Are The Home Structure, Staff and Residents Adaptable.
Z. Gerontol Vol. 19 No. 1.
Enero 1986.

- Waschler, D.
The Measurement and Appraisal of Adult Inteligence.
Williams and Wilkins.
Baltimore, 1958.

- Williams, Ann Kristine.
Physical Illness and Depression.
Dissertation Abstracts International Vol. 46 No. 12.
Junio, 1986.

- Wolterek, H.
La Vejez, Segunda Vida del Hombre.
Ed. Fondo de Cultura Económica.
México, 1962.

- Zinberg, N. y Kaufman, I.
Cultura, Personalidad y Envejecimiento.
Buenos Aires, 1978.