

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Fundamentos de psicología de los ancianos

Autor: Laura Angélica Carrasco Curintzita

**Tesis presentada para obtener el título de:
Lic. en Psicología**

**Nombre del asesor:
Ariadna Teresita Sanromán Herrejón**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



8

AVALA

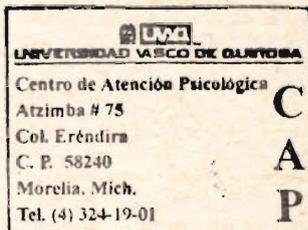


T2381

INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES "VASCO DE QUIROGA"

ESCUELA DE PSICOLOGIA

"FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA DE LOS ANCIANOS"



Investigación que presenta

LAURA ANGELICA CARRASCO CURINTZITA

a fin de obtener el título de
Licenciado en Psicología

Morelia, Mich.

1 9 8 8

Para mi padre, Geriatra y Gerontólogo,, sin cuya orientación especializada este trabajo no hubiera sido factible

Para mi madre, apoyo y fortaleza dentro de mi hogar

Para mis hermanos, verdaderos compañeros y amigos con quienes comparto mi pasión por la música

Para mis maestros, guías y fuente de conocimientos

Para mis compañeros en general

Para los autores de todos los libros en donde he abrevado el saber

Con todo respeto, para todos aquellos viejos que alguna vez fueron jóvenes y todos aquellos jóvenes que alguna vez serán viejos

Agradecimiento muy especial para mi maestra y amiga, la Lic. en Psicología Ariadna Teresita Sanromán Herrejón, quien dedicó muchas horas, incluso dentro de su hogar, a revisar mis borradores, a comentarlos conmigo y a hacerme indicaciones pertinentes para mejorar mi tesis.

P R O L O G O

"La belleza es atributo de los niños", escribía un poeta y filósofo, Fredrich Hölderlin, y ciertamente la infancia ha inspirado a muchas personas a realizar diversos estudios relacionados con el tema.

Pero, ¿qué se puede decir de la ancianidad? ¿por qué se ha dejado de lado esta etapa de la vida que es el resumen de las etapas anteriores? ¿qué indujo a Laura Angélica a trabajar sobre este tema?

La inspiró la falta de interés y atención, e incluso el desprecio, que manifiesta la sociedad para una parte de ella misma; la necesidad de modificar la actitud y la escasa atención a los ancianos, debidas quizá al desconocimiento de su problemática existencial o tal vez porque inconscientemente tenemos miedo de llegar algún día a esa etapa, ya que está próxima a la muerte.

Laura Angélica, desde hace más de un año, comenzó a recabar la información necesaria, documentándose acerca de los diversos factores que constituyen la naturaleza de las personas que se encuentran en el periodo de la ancianidad, como son los psicológicos, los físicos y los sociales.

Posteriormente solicitó la ayuda de las embajadas de algunos países que se encuentran más adelantados en la atención de los ancianos, así como a algunas instituciones reconocidas en México.

Por último, para integrar el material, consultó la opinión de diferentes profesionistas, como psicólogos, médicos, sociólogos, trabajadoras sociales, etc. a fin de asesorarse debidamente sobre el tema.

Como segunda etapa, para integrar la parte teórica con la práctica, se efectuó una investigación de campo en el Asilo de Ancianos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia, la que, a mi modo de ver, fue bastante completa, aunque tuvo limitaciones de orden económico y social.

Realmente es mi deseo que en los próximos años se realicen más trabajos como éste y que ojalá se tomen en cuenta las recomendaciones, todas ellas muy interesantes, que en el mismo se proponen, a fin de que los ancianos vivan más dignamente y seamos conscientes de que ellos necesitan tanto o más apoyo y atención que los niños.

Felicito a Laura Angélica por el esfuerzo realizado y confío que este material sirva de apoyo para futuros trabajos sobre el tema.

La directora de la tesis

Lic. en Psicología Ariadna Sanromán Herrejón

INTRODUCCION

No existe en nuestro país sector de la población más desprotegido y descuidado que el de los ancianos.

Por otra parte, de manera consciente o inconsciente, el anciano percibe que le queda menos tiempo de vida y que la muerte se aproxima. Esto, junto con las alteraciones fisiológicas concomitantes con la edad avanzada y los diversos factores sociales y económicos que lo abruma, da como resultado que el psiquismo del anciano se altere en forma perceptible, que se produzcan cambios notables de personalidad y que dichas alteraciones caigan con frecuencia dentro del terreno de lo patológico.

Todo ello contribuye a que los ancianos, como grupo, sean por lo general rechazados, aislados y menospreciados, lo cual viene a su vez a aumentar su problemática y sus actitudes antisociales, dando lugar a un verdadero círculo vicioso.

Ahora bien, por extraño y paradójico que parezca, son relativamente pocos los estudios dedicados a la problemática de los ancianos. Esta situación se refleja, por ejemplo, en el hecho de que, hasta donde llega mi información, no hay la especialización de Geriatria o Gerontología en nuestro país; no se cuenta con esta especialidad en las grandes instituciones asistenciales (IMSS, ISSSTSE, o SSA), y ni siquiera se imparte una cátedra sobre estas materias en las diversas escuelas de medicina o psicología.

Por otra parte, tampoco en las Escuelas Normales o Institutos en Ciencias de la Educación hay cátedras enfocadas específicamente a este sector, como podrían ser: Psicología de los Ancianos, Sociología de la Ancianidad, Terapia Ocupacional para Ancianos, o ¿por qué no? Educación de Ancianos (por ejemplo, en Francia existe una Universidad de la Tercera Edad, exclusivamente para mayores de 65 años).

Hay que señalar además que los asilos de ancianos, casi en su totalidad, no vienen a ser sino "bodegas de viejos" donde los inter- nos no hacen sino esperar resignadamente la llegada de la muerte. La pregunta lógica vendría a ser, ¿A qué obedece toda esta situa- ción? Una respuesta simplista sería que "México es un país de jó- venes" donde predominan los individuos menores de 25 años y los ancianos son relativamente escasos. Sin embargo, a dichos plan- teamiento pueden hacérsele varias objeciones. En primer lugar, aunque es cierto que la gran mayoría de los mexicanos somos jóve- nes, existen, sin embargo, cerca de CUATRO MILLONES de ancianos, cifra que, por sí misma, justifica el estudio de la problemática de esta etapa de la vida. Además, y gracias a los adelantos mé- dicos y sociales, es de esperarse que la gran mayoría de los ahora jóvenes y adultos llegarán algún día a ser ancianos. Se espera, por ejemplo, que para el año 2000 en el país haya cerca de QUINCE Millones de personas mayores de 65 años.

En mi opinión, este evidente descuido de los problemas de la ter- cera edad puede deberse más bien a una especie de mecanismo psico- lógico de defensa. Por temer a la ancianidad y a la muerte nadie quisiera envejecer y la forma más fácil de tratar de evitarlo es negando el problema, no interesándonos en él.

Motivada precisamente por la escasez de obras de consulta, sobre todo en español, sobre los aspectos psicológicos del envejecimien- to, es que me he decidido a escribir este ensayo para presentarlo como tesis recepcional en la Licenciatura en Psicología del Insti- tuto de Estudios Superiores "Vasco de Quiroga". Como se puede apreciar en el Índice de Contenido, me he propuesto enfocar la problemática de la ancianidad desde un triple enfoque: biológico, psicológico y social. Por otra parte, he optado por utilizar un lenguaje lo suficientemente sencillo como para que cualquier per- sona pueda leerlo y comprenderlo, ya que uno de los objetivos

primordiales de este trabajo es que constituya un medio de orientación, divulgación y concientización sobre los numerosos y abrumadores problemas de los ancianos. Es por ello, también, que se ha omitido deliberadamente la abundancia de citas bibliográficas en el cuerpo del ensayo. Sin embargo, al final del mismo se incluye una bibliografía para aquellos interesados en profundizar en el tema.

A fin de evitar conformarme con planteamientos meramente teóricos, he considerado útil y necesario, para vivir de cerca los problemas de la ancianidad, efectuar una investigación de campo aprovechando mi periodo de Servicio Social en el asilo de ancianos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia. Un informe sobre el mismo se incluye en la Cuarta Parte de esta tesis.

Confío sinceramente en que este trabajo
cumpla su cometido

Laura Angélica Carrasco Curintzita

Julio de 1988

OBJETIVOS

Los objetivos primordiales de este trabajo son:

- Lograr un mejor conocimiento y comprensión de la problemática existencial de los ancianos.
- Plantear acciones más realistas y fructíferas para la atención de este tipo de personas.
- Capacitar al psicólogo para buscar y proponer acciones para la terapia ocupacional y la educación de ancianos (si aceptamos la definición más amplia de educación continua como "capacitar al individuo para enfrentar y resolver los problemas que las cambiantes circunstancias le vayan presentando").
- Divulgar entre el gran público la enorme carga de problemas a los que se enfrenta el anciano, propiciando así la simpatía y ayuda para ellos, así como la mejoría en sus relaciones interpersonales.
- Enfrentar a jóvenes y adultos con las vicisitudes de una etapa de la vida a la que, fatalmente, la mayoría de nosotros tendremos que llegar.

I N D I C E

	página
Prólogo	iii
Introducción	v
Objetivos	viii
PRIMERA PARTE	
Marco de referencia	
Cap. 1 Demografía y estadística	2
SEGUNDA PARTE	
Marco teórico-conceptual	
Cap. 2 Definición de conceptos	5
Cap. 3 Teorías del envejecimiento	8
TERCERA PARTE	
Presentación de los hechos	
Cap. 4 Definición del estado biológico	11
Cap. 5 Biología del envejecimiento psíquico	15
Cap. 6 Definición del estado mental	18
Cap. 7 Elementos de psicología diferencial del anciano	34

	página	
Cap. 8	Psicología anormal del envejecimiento	38
	Neurosis	39
	Enfermedades psicósomáticas de los ancianos	41
	Síndromes maniacos	42
	Síndromes paranoides	42
	Síndromes esquizofrénicos	42
	Síndromes psico-orgánicos vasculares	43
	Síndromes psico-orgánicos degenerativos	45
	Demencia senil	45
	Enfermedad de Pick	50
	Estados confusionales agudos	51
	Enfermedades subcorticales	53
	Comportamiento antisocial	53
Cap. 9	El sexo en los ancianos	56
Cap. 10	Problemas socioeconómicos del envejecimiento	61
Cap. 11	El anciano y la muerte. Suicidio. Eutanasia	69
Cap. 12	El anciano y la educación permanente	75

CUARTA PARTE

Trabajo de campo

Investigación efectuada en el asilo de ancianos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia, Mich.	79
--	----

QUINTA PARTE

Conclusiones y propuestas

Resumen y conclusiones	119
Propuestas	122
Consejos prácticos para los ancianos	123
Testamento sobre mi vida	131
¿Cuántos años me quedan de vida?	135
Procuraduría del anciano	137
Inversión social geriátrica	138
Incorporación al Instituto Mexicano del Seguro Social	140
Servicio de visitas de auxilio domiciliar	141
Campaña pro dignificación de los ancianos	143
Propuestas generales	147
 Bibliografía	 151
 Apéndice: Morir digno y decisión médica, Dr. Ignacio Chávez	 155

PRIMERA PARTE

Marco de referencia

CAP. I. DEMOGRAFIA Y ESTADISTICA

En los países occidentales, en el transcurso del siglo y a pesar de las dos guerras mundiales que sacrificaron estupidamente a millones de personas, principalmente hombres jóvenes, que hoy estarían llegando o se encontrarían plenamente en la ancianidad, se ha apreciado un incremento constante de la población anciana. Así, por ejemplo, en Europa occidental la proporción de ancianos ha pasado de menos del 5% en 1960 a más del 15% en 1985.

Estadísticamente, ¿qué magnitud alcanza el problema de la ancianidad en nuestro país?, ¿cuántos ancianos existen actualmente y cuál será su número en un futuro próximo?

Los datos discrepan al respecto. Según el Fondo de las Naciones Unidas sobre Actividades en Materia de Población (FNUAP), en 1985 la proporción de individuos mayores de 65 años en los países del Tercer Mundo alcanzaba a un 6.6% de la población general, con una clara tendencia a aumentar. De acuerdo con ello habría en México (1988) alrededor de CINCO MILLONES de ancianos, esperándose que para el año 2000 dicha cifra llegue a los 15 millones.

Por otra parte, según datos proporcionados por la Dirección General de Estadística, con base en las cifras del último censo (1980) y proyección para el año de 1988, se calcula que en nuestro país existe un 3.98% de personas mayores de 65 años; así, para una población calculada en 82,123,380 personas, el número de los mismos sería de 3,268,510.

En Michoacán, para una población calculada para 1988 en 3,345,640 personas, el número de ancianos ascendería a 133,825. En Morelia, la población calculada para el mismo año sería de 493,923, con 19,757 ancianos. Estas cifras justifican por sí solas que nos interese más decididamente en los problemas de la tercera edad.

Cabe señalar que, en general, los países con un índice de natalidad elevada presentan un bajo porcentaje de personas ancianas y viceversa. Otro hecho interesante es que, a partir de los 60 años, la tasa de mortalidad es más elevada entre los hombres que entre las mujeres, hecho que se va acentuando con el transcurso de los años y así, hacia la edad de 85 años encontramos 26 mujeres por cada 10 hombres, y a los 95 años sobreviven 38 mujeres por cada 10 hombres, o, dicho de otro modo, la expectativa de vida es apreciablemente superior en el sexo femenino. La mujer promedio puede esperar alrededor de 10 años de viudez porque, generalmente, la mujer vive cinco años más que el hombre, y porque, por lo común, es 5 años menor que el hombre al casarse.

El anciano, como cualquier ser humano, merece tener una vida digna y, hasta donde sea factible, independiente, para lo cual se requiere un nivel económico adecuado, una vivienda decorosa y el mantener el estado físico y mental en las mejores condiciones posibles.

El individuo que rebasa la barrera de los 65 años, además de las alteraciones biológicas, tiene que hacer frente a múltiples situaciones directa o indirectamente relacionadas con la edad, como son la jubilación, la disminución de ingresos, la muerte de sus contemporáneos, la discriminación social, la patología múltiple, la frustración, etc., etc. A varios de estos aspectos me referiré en la Tercera Parte de este trabajo.

SEGUNDA PARTE

Marco teórico-conceptual

CAP. 2. DEFINICION DE CONCEPTOS

¿Cuándo podemos considerar que un individuo es un anciano?

El ser humano que logra tener una vida prolongada pasa por diversas etapas:

- a) Vida intrauterina, desde la concepción hasta el nacimiento (9 meses).
- b) Lactancia, que corresponde aproximadamente al primer año de vida. En este periodo, la dependencia de la madre (o en su caso con la persona que la sustituya) es prácticamente absoluta.
- c) Prescolar, que abarca, más o menos, desde uno hasta los seis años de edad. Este periodo se caracteriza por la adquisición de hábitos y habilidades básicas para el individuo (lenguaje, locomoción, etc.) así como por una socialización progresiva. No en balde es universalmente aceptado que estos primeros años de la vida resultan decisivos y marcan indeleblemente al individuo.
- d) Escolar, periodo durante el cual el sujeto acude a recibir instrucción primaria, o sea entre los 6 y los 12 años; caracterizado por una mayor socialización y progresivo aumento en la independencia del niño.
- e) Adolescente, etapa de crisis, comprendida entre los 12 y los 18 años, en el que el niño-joven pugna por estructurar su identidad. Coincide por lo general con la instrucción media y de ahí el riesgo de que pueda adquirir malos hábitos o vicios por imitación extralógica de sus compañeros o de los "ídolos" de cine, TV, deportes, etc. (como las modas estrafalarias, fumar, ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas, etc.). El despertar del sexo y sus restricciones complica aún más este periodo.

f) Adulto joven, de los 18 a los 30 años, periodo en el cual las personas, habiendo pasado ya la crisis de la adolescencia, y teniendo más o menos estructurada su personalidad, se "asientan", culminan una carrera o deciden la forma en que se ganarán la vida, comenzando por lo tanto a ser útiles a sí mismas y a la sociedad. Por lo general se casan y forman una familia.

g) Adulto, de los 30 a los 65 años, que es por lo común una etapa de cabal plenitud. El individuo lucha a brazo partido dentro de la sociedad para llevar a cabo sus proyectos, para educar a una familia, y para "realizarse". Algunos lo logran, otros no, pero por lo general todos se esfuerzan en ello.

Con múltiples gozos y satisfacciones, pero también tropezos y sinsabores, el sujeto "vive su vida" y disfruta o sufre las consecuencias de sus actividades y de su interacción social.

La actividad sexual, fundamento de la perpetuación de la familia y de la especie, se efectúa, salvo lógicas excepciones, a cabal plenitud.

De los 50 años en adelante se inicia, generalmente, la declinación en todos los aspectos de la vida.

h) Ancianidad, cuyos límites, un tanto arbitrarios, se han establecido entre los 65 y los 80 años. La declinación, iniciada en el periodo anterior, se vuelve progresivamente acelerada. Enfermedades, entorpecimiento de las facultades físicas y mentales, y múltiples problemas sociales asedian al individuo, disminuyendo notablemente la calidad de su vida, así como su independencia.

i) Senilidad, de los 80 años en adelante, en que las faculta

des físicas y mentales llegan a una franca decrepitud. Incapaz, por lo general, de bastarse a sí mismo, el individuo, a la vez que teme, desea la muerte para que ponga fin a sus sufrimientos y a una existencia que ha llegado a ser miserable. En esta etapa el grado de dependencia suele ser total.

.....

En el presente ensayo me referiré primordialmente al periodo de la ancianidad, con sus múltiples aspectos tanto negativos como positivos, considerando, por lo tanto, como anciano, a todo aquel individuo que ha traspasado el límite de edad de los 65 años. En psicología y medicina se utiliza también mucho la palabra geronte como sinónimo de anciano, así como sus derivados. Geronte es un vocablo proveniente de la voz griega γέρων, viejo, y de él derivan los términos Gerontología, estudio científico de la vejez y de los fenómenos y problemas propios de ella, y Geriatria, rama de la medicina que trata las enfermedades de la vejez.

CAP. 3. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Es un lugar común decir que el individuo nace, crece, por lo general se reproduce, envejece y muere. Pero, ¿cuáles son los mecanismos que intervienen en este ciclo?, ¿qué "reloj biológico" controla o desencadena el envejecimiento?

Ante todo, hay que recalcar que el envejecimiento no es una enfermedad sino un fenómeno natural. Todo, absolutamente todo, incluso el Universo, envejece.

Handler define así el proceso de envejecimiento:

El envejecimiento es el deterioro de un organismo maduro como resultado de cambios relacionados con el tiempo, esencialmente irreversibles y propios a todos los miembros de una especie, de modo que, con el tiempo, se vuelven cada vez menos capaces de enfrentarse al stress del ambiente, aumentando per tanto la probabilidad de la muerte.

El envejecimiento no está, por lo tanto, ligado primordialmente a factores del medio sino que es resultado de mecanismos internos propios de los seres vivos, consistentes primordialmente en una disminución progresiva de la masa metabólica activa concomitante a un aumento, también progresivo, de los tejidos conjuntivos de sostén y a una disminución en la proporción de agua del organismo.

A nivel celular, se ha emitido la hipótesis de que el envejecimiento es debido a errores dentro de la síntesis de proteínas necesarias e indispensables (enzimas primordialmente) que trastornan el metabolismo celular.

Para otros, hay un proceso programado, un verdadero "reloj biológico" que controla el envejecimiento; así Duve señala:

Esta teoría, que basa sus premisas en investigaciones sobre el desarrollo celular, postula que el envejecimiento y su

consecuencia, la muerte, son partes integrantes de la diferenciación y se inscriben, como las etapas anteriores del proceso de desarrollo, dentro de una sucesión de episodios estrictamente programados por el genoma. Se han propuesto muchas variantes, pero todas hacen intervenir un "relejo" incorporado al ADN.

O sea, que desde que somos concebidos, todos estamos fatalmente programados a través de la herencia para envejecer y morir. La importancia de la herencia sobre el envejecimiento parece comprobarse por el hecho de que existen familias e incluso grupos raciales que se caracterizan por su longevidad. Sin embargo, no hay que dejar de reconocer que tanto los factores ambientales como los hábitos de vida del individuo (obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.) de hecho actúan sobre la rapidez con que se presenta y desenvuelve la ancianidad. Buenos hábitos contribuirán a una vida más saludable y prolongada. Malos hábitos, por el contrario, propician y aceleran las alteraciones degenerativas de la vejez. Por ejemplo, se calcula que el tabaquismo disminuye, en promedio, cinco años a la vida del individuo y así lo reconocen las compañías aseguradoras, las cuales tienen tarifas diferenciales para fumadores y no fumadores. Una cosa similar podría decirse del alcoholismo.

TERCERA PARTE

Presentación de los hechos

CAP. 4. DEFINICION DEL ESTADO BIOLOGICO

Sen dos los aspectos primordiales que diferencian a un viejo de un adulto; ellos son la lentificación general de sus funciones y la disminución de la vitalidad.

Como ya hemos dicho, la vejez, en sí, no es una enfermedad, tal como no podrían serlo, por ejemplo, la infancia o la adolescencia. Sin embargo, dentro de la vejez es más frecuente encontrar ciertas alteraciones o enfermedades, principalmente de tipo degenerativo, que en forma directa o indirecta llegan a afectar la forma de vida y el psiquismo del individuo.

Aparato circulatorio. Además de las afecciones vasculares que afectan directamente el funcionamiento cerebral y, por lo tanto, las funciones mentales, y a las cuales nos referiremos con mayor detenimiento en el siguiente capítulo, es necesario tener en cuenta varias otras afecciones circulatorias.

Las diversas enfermedades cardiovasculares restringen por lo general la actividad física del sujeto, lo cual se refleja sobre su psiquismo. Podemos citar, como ejemplo, las lesiones de las válvulas cardíacas o la disminución de la irrigación coronaria. Asimismo, la insuficiencia arterial o vena de los miembros inferiores disminuirá la capacidad ambulatoria del sujeto.

Sistema osteomuscular. Las diversas afecciones del sistema de sostén y locomoción, como la osteoporosis, artritis, artrosis, tendinitis, miositis, etc., propias de la senectud, así como la pérdida gradual del volumen y la fuerza musculares, además de ser muchas veces dolorosas, resultan incapacitantes en mayor o menor grado, reflejándose necesariamente en el enfoque vital del individuo.

Aparato digestivo. Los trastornos en el funcionamiento de este aparato, aunado a factores sociales como la menor capacidad eco-

nómica y la falta de apoyo familiar, hacen que, en muchas ocasiones, el anciano se vea privado de consumir una dieta satisfactoria y gratificante, lo cual, además de conducirlo irremediablemente hacia la desnutrición y la anemia, lo hacen sentirse insatisfecho y resentido, al no poder disfrutar de uno de los pocos placeres que le quedan a su alcance.

Los ancianos sufren casi siempre de problemas dentales, piezas rotas o cariadas, o pérdida parcial o total de la dentadura, lo cual obviamente dificulta o impide la masticación adecuada de los alimentos. La disminución de las secreciones digestivas, primordialmente de los jugos gástrico y pancreático les hace sufrir comúnmente de "mala digestión. La disminución del peristaltismo intestinal, junto con los malos hábitos dietéticos y la falta de ejercicio, hacen que el estreñimiento constituya una molestia frecuente, lo cual constituye otro factor de preocupación e irritación para el sujeto y, en ocasiones, para los familiares. La disminución en los sentidos del gusto y del olfato propician la anorexia.

Aparato urinario. Diversos problemas, como la micción frecuente o la incontinencia, a causa de padecimientos prostáticos en el hombre o por tonicidad insuficiente del esfínter vesical, proveen aislamiento y preocupación para el individuo.

Las afecciones renales mayores, como la nefritis o la nefrosis, conducen poco a poco a la retención excesiva de sustancias de desecho en la sangre (creatinina, urea, etc.) que afectan notablemente las funciones mentales.

Aparato respiratorio. La pérdida de elasticidad pulmonar y otras afecciones respiratorias, al disminuir la oxigenación de la sangre, conducen necesariamente a una defectuosa oxigenación cerebral, además de limitación de la actividad física, incluyendo la sexual.

Trastornos metabólicos. Algunos trastornos metabólicos, como la diabetes, son más frecuentes en la ancianidad, viniendo a complicar el estado general del individuo, lo cual se refleja necesariamente sobre su psiquismo. La diabetes, por ejemplo, implica limitaciones en la dieta, disminución de peso y ciertos cambios en los hábitos personales. Además propicia lesiones vasculares que pueden ocasionar incluso ceguera.

Organos de los sentidos. Las diversas alteraciones sensoriales, como la disminución en la audición, la visión (presbicia, ceguera nocturna), o el olfato y el gusto acarrear tipos muy diversos de problemas de comunicación y de información ambiental que necesariamente afectan el psiquismo y las relaciones interpersonales.

Cáncer. Aunque el cáncer ataca prácticamente a cualquier edad, hay algunos tipos como el carcinoma del pulmón y del estómago, algunas afecciones malignas de la próstata o de los huesos, así como algunos cánceres de la piel, que son más frecuentes en los ancianos. Además, ciertos cánceres, como los del pulmón o de la piel, son frecuentemente propiciados por malos hábitos del sujeto durante muchos años; existe, por ejemplo, una franca relación entre el carcinoma bronquial y el hábito de fumar, o entre el cáncer de la piel y la exposición crónica a los rayos del sol, aspectos que hay que tomar muy en cuenta para la profilaxis de dichas afecciones.

Piel y pelo. Aunque puede considerarse que las alteraciones en esta área no son de mayor importancia para la salud física del individuo, resultan, sin embargo, sumamente importantes en la esfera psíquica, al afectar profundamente su autoimagen.

La elasticidad de la piel disminuye, acarreando la producción de arrugas. El pelo encanece y cae. Se presenta queratosis en cara, tronco y brazos. La fragilidad capilar propicia la formación de

moretones.

Todo esto coadyuva al profundo deterioro del aspecto de la persona, aunado muchas veces a malos hábitos de higiene y a una forma de vestir descuidada y anacrónica, lo cual, en muchas ocasiones, da al anciano un aspecto desagradable e incluso repulsivo, verdadera antítesis de la lozanía y belleza de la juventud. Las consecuencias son que familiares y demás personas se aparten de él y esto a su vez contribuye al aislamiento, frustración, tristeza, depresión, e incluso a actitudes antisociales del anciano.

.....

Estas y varias otras alteraciones pueden complicar la vida del anciano, debiendo, por lo tanto, ser diagnosticadas y tratadas por personal competente (por o bajo la supervisión de un Geriatra y Gerontólogo) a fin de tratar de corregirlas y eliminar de este modo factores negativos sobre el psiquismo y actitudes del individuo.

Tal y como lo señala el planteamiento fundamental de la Gerontología: "Quizá no se pueda aumentar años a la vida, pero es factible aumentar vida a los años."

CAP. 5. BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO PSÍQUICO

Hay un aforismo en medicina que señala: "el individuo tiene la edad de sus arterias". Esto se hace evidente sobretodo en lo que respecta a las funciones cerebrales.

Si bien es cierto que todo órgano de nuestro cuerpo requiere de un adecuado aporte circulatorio para funcionar correctamente, dicho aporte es todavía más importante en órganos vitales como el corazón e el cerebro. La interrupción de la circulación sanguínea a dichos órganos durante sólo unos cuantos minutos produce una lesión irreversible y casi siempre mortal debido a la sustracción del aporte de oxígeno indispensable para su metabolismo y funcionamiento.

Según estudios metabólicos efectuados, el tejido nervioso que integra al encéfalo es el que requiere de mayor cantidad de oxígeno (20% del total consumido por el individuo en reposo) y, por consiguiente, de calorías para funcionar correctamente. No es de extrañar, pues, que cualquier deterioro circulatorio a dichos órganos disminuya notablemente su capacidad funcional. Por desgracia, la arteriosclerosis (cambios proliferativos y degenerativos de las arterias que causan engrosamiento de sus paredes, con pérdida de elasticidad y, en ocasiones, deposición de calcio) y la aterosclerosis (alteraciones de la capa interna de las arterias, con acumulación focal de lípidos, carbohidratos complejos, sangre y productos derivados de ella, tejido fibroso y depósitos de calcio, todo lo cual acarrea necesariamente disminución de su calibre y del flujo sanguíneo, el que llega incluso a interrumpirse totalmente) son afecciones muy comunes y generalizadas en la edad avanzada, a grado tal que algunos autores las consideran como aspectos "normales" del envejecimiento. Estas afecciones causan una disminución concomitante

de oxígeno y sustancias nutritivas hacia los tejidos encefálicos con perturbaciones funcionales e incluso destrucción masiva de neuronas. Esta combinación conduce a demencia por infarto cerebral múltiple y a enfermedad cerebral senil tipo Alzheimer, ambas totalmente irreversibles.

Cabe señalar que las neuronas o células del tejido nervioso no disfrutan de la capacidad de reproducción y las que van muriendo por diversas causas durante la vida del individuo no pueden ser reemplazadas, mermando por lo tanto el funcionamiento de los órganos integrados por ellas.

Se calcula que al nacer el ser humano cuenta con alrededor de 15,000 millones de neuronas en el encéfalo, de las cuales se va perdiendo un número considerable con el transcurso de los años. Dicha pérdida se acelera si la circulación sanguínea y el concomitante aporte de oxígeno y de sustancias nutritivas se encuentran disminuidos, acarreado forzosamente alteraciones en las funciones mentales del individuo que se reflejan en su psiquismo, llegando incluso al terreno de lo patológico.

Tanto la arterioesclerosis como la aterosclerosis guardan relación con factores genéticos (tendencias familiares), pero de mayor importancia son los factores adquiridos, habiéndose demostrado que ciertos factores ambientales (vivir o trabajar en ambientes sobrecargados de sustancias tóxicas) o determinados hábitos del sujeto (fumar, ingestión abundante de grasas e de bebidas alcohólicas) propician la disminución del calibre arteriolar y del aporte sanguíneo hacia el cerebro.

Ha quedado perfectamente demostrado que el estado de la circulación arterial y el concomitante aporte de oxígeno y sustancias nutritivas guardan estrecha relación con las funciones mentales del sujeto. Sin embargo, algunos otros factores como la desnutri-

ción, deficiencias vitamínicas, o enfermedades encefálicas (como tumores, aneurismas, enfermedad de Parkinson, etc.) también pueden influir negativamente como factores biológicos del envejecimiento psíquico.

Como se señaló en el capítulo anterior, las afecciones vasculares cerebrales de los ancianos también deben ser tratadas por un médico competente. La medicina moderna cuenta con recursos como las megavitaminas y los vasodilatadores cerebrales que pueden mejorar bastante el cuadro clínico del anciano.

CAP. 6. DEFINICION DEL ESTADO MENTAL

De importancia fundamental resulta precisar el estado mental de los individuos. La definición del estado mental de los ancianos se dificulta por el hecho de que éstos se encuentran sometidos a muy diversas condiciones de vida, que van desde el seno de una familia que lo cuida y apoya, hasta una institución de asistencia social en donde, con frecuencia, es mal atendido e incluso menospreciado.

Algunos ancianos disfrutan de una salud más o menos buena, sus buenos hábitos durante la vida les permiten llegar a la ancianidad en buena condición física, social y económica, y son relativamente autosuficientes y socialmente útiles. Por lo contrario, otros, víctimas de sus malos hábitos existenciales o de circunstancias fortuitas, se encuentran afectados de enfermedades o invalidez, de pobreza o deficiente ambiente familiar que les impiden una vejez digna. Esto necesariamente se refleja sobre la psicología de la ancianidad.

Como a cualquier edad, la función mental en los ancianos puede ser considerada en tres aspectos: la capacidad intelectual, la función cognoscitiva, y la capacidad de juicio.

En psicología geriátrica, como en cualquier otro campo de la psicología, los tests deben ser adecuadamente seleccionados a fin de que:

- a) Reflejen realmente el estado del paciente.
- b) Puedan ser cuantificables y reproducibles.
- c) Sean fáciles y comprensibles para el sujeto.
- d) Puedan ser aplicadas por personal no especializado.
- e) No resulten afectadas por error del observador.
- f) No resulten influenciadas por su reaplicación.

Capacidad intelectual

Se mide mediante las llamadas "pruebas de inteligencia" y está relacionada con la habilidad para manejar símbolos y objetos para la solución de problemas o para llevar a cabo ciertas tareas propuestas. En la solución de estas pruebas intervienen, sin duda, la habilidad personal y la experiencia adquirida. Como en cualquier otra edad, las pruebas de inteligencia aplicadas a los ancianos deben guardar relación con el medio socio cultural del sujeto. Intervienen también en sus resultados las enfermedades que pueda padecer el individuo, en especial las relacionadas con deficiencias en los órganos de los sentidos, que dificultan recoger y utilizar la información. Las pruebas verbales pueden dar datos equívocos, aunque la inteligencia en sí no se encuentre alterada, si existen problemas para la articulación de las palabras o trastornos de la fonación. Por otra parte, las pruebas de ejecución pueden resultar alteradas en caso de problemas del sistema osteomuscular.

Para la medición de la capacidad intelectual del anciano ha sido muy popular el empleo de la escala de Wechsler (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS), una modificación de la escala de Stanford-Binet, que relaciona la capacidad intelectual del sujeto con su edad (cociente intelectual).

Este test utiliza dos subgrupos de pruebas, unas verbales y otras de ejecución. Se ha apreciado que en la edad avanzada se modifican poco los resultados de las pruebas verbales; en cambio las pruebas de ejecución se alteran bastante, sobre todo por el tiempo que toma llevarlas a cabo. De esto se deduce que el anciano conserva mejor la información adquirida (vocabulario) que la habilidad para resolver problemas (ejecución).

Además del cociente intelectual (IQ), la capacidad intelectual comprende a la memoria, el aprendizaje y la creatividad.

El cociente intelectual disminuye, por lo general, a partir de los 30 años. Tal disminución se acentúa en el anciano. Para que este dato sea de utilidad necesitarían efectuarse estudios lineales, es decir la determinación del IQ a diversas edades en el mismo sujeto para apreciar sus posibles cambios.

El problema de la memoria-aprendizaje tiene gran importancia en el anciano. Estos dos aspectos se estudian en conjunto ya que están íntimamente interrelacionados. La memoria de evocación (lejana) no suele deteriorarse con la edad; así, el sujeto conserva los conocimientos y habilidades logrados cuando joven y puede relatar hechos acontecidos 30 o 40 años atrás. En cambio, la memoria para hechos recientes, íntimamente relacionados con el aprendizaje, se pierde considerablemente en la vejez.

En la capacidad de aprender, además de la dificultad para la fijación de conocimientos intervienen, en forma importante, la motivación, el interés, y los medios educativos disponibles. Por desgracia, en el caso de los ancianos, la motivación y el interés se encuentran casi siempre muy disminuidos (a mi edad, ¿ya para qué quiero aprender?) y los medios educativos son deficientes pues se considera un desperdicio destinar tiempo y recursos a individuos que ya no son productivos.

Por lo común, la creatividad también se encuentra disminuida en el anciano, quien muestra casi siempre una resistencia al cambio y predilección por los procesos estereotipados. Al respecto puede señalarse que la "producción de alta calidad", en la cual interviene la creatividad, se ve disminuida después de los 50 años de edad. En cambio, la "productividad total", en la cual intervienen procesos estereotipados, sólo se ve afectada a una mayor edad (70 años en adelante).

Función cognoscitiva

Se refiere a la capacidad de orientación del sujeto respecto a tiempo, lugar y persona, información que, a su vez, influirá sobre su comportamiento.

Entre las múltiples pruebas empleadas para determinar la función cognoscitiva citaré únicamente dos; ellos son el "Cuestionario del Estado Mental", desarrollado por Kahn, Pollack y Glodfarb en 1961 y modificado por el Royal College of Physicians de Londres, y el "Test Simplificado de Información-Memoria-Concentración", derivado por Perlado del "Test de Orientación de Crichton" (Crichton Orientation Test).

CUESTIONARIO DEL ESTADO MENTAL *

Esta prueba muestra mejoría en unos días cuando se aplica en casos de confusión mental aguda. Tal mejoría no se presenta en ancianos demenciados; por lo contrario, empeora con el tiempo. La prueba ha sido ligeramente modificada por mí para adecuarla a nuestro medio. Se efectúa preguntando al sujeto:

- 1) Edad
- 2) Hora aproximada del día
- 3) Recordar, al final de la prueba, una dirección sencilla proporcionada en este momento
- 4) Año en que nos encontramos
- 5) Nombre de la Institución o sitio en que se encuentra
- 6) Reconocimiento de dos personas (afanadora, familiar, etc.)
- 7) Fecha de nacimiento
- 8) Fecha de inicio de la Revolución
- 9) Nombre del Presidente de la República
- 10) Contar en sentido inverso del 20 al 1

Menos de 5 puntos deben hacer pensar en demencia.

.....

* Tomado de Perlado

TEST SIMPLIFICADO DE INFORMACION-MEMORIA-CONCENTRACION *

Derivado por Perlado del "Test de Orientación de Crichton", la prueba ha sido ligeramente modificada por mí para adecuarla a nuestro medio.

		<u>Puntuación</u>
INFORMACION	Nombre	1
	Edad	1
	Hora del día	1
	Mañana o tarde	1
	Día de la semana	1
	Fecha (día, mes, año)	3 (1 c/u)
	Estación del año	1
	Nombre de la ciudad	1
	Lugar presente (casa, hospital, etc)	1
Reconocimiento de personas (2)	2	
MEMORIA	Fecha de la Revolución	1
	Fecha de su matrimonio	1
	Nombre del presidente	1
	Lugar de nacimiento	1
	Fecha de nacimiento	1
	Trabajo o profesión anterior	1
	Nombre del cónyuge	1
	Nombre de hijos o padres	1
Recordar a los 5 minutos un nombre	5	
CONCENTRACION	Enumerar los meses al revés	4
	Contar del 1 al 20	4
	Contar del 20 al 1	<u>4</u>
TOTAL		

Lo normal es lograr más de 30 puntos. Menos de 15 hacen sospechar demencia.

.....

* Tomado de Perlado.

Capacidad de juicio

Se refiere a la calidad de las decisiones tomadas entre diversas alternativas, lo cual en la práctica afecta, a su vez, a la forma de comportamiento. Es conveniente señalar que la conducta guarda relación con factores individuales genéticos y adquiridos, lo mismo que con factores ambientales físicos y sociales y por lo tanto hay muchas escalas de valoración del comportamiento que equilatan, al mismo tiempo, la función física junto con el estado mental y la interacción social de los ancianos.

Una de las primeras escalas utilizadas en este campo fue la Psychiatric Status Schedule, de la que Overall y Gorham derivaron una escala de valoración psiquiátrica compuesta de 15 categorías y encaminada a investigar únicamente el estado mental psiquiátrico.

ESCALA DE ESTADO PSIQUIATRICO *

Preocupación somática (hipocondriasis)

Ansiedad

Disturbio emocional

Desorganización conceptual

Sentimientos de culpabilidad

Irritabilidad

Amoramientos y posturas estereotipadas

Ideas de grandeza

Estado depresivo

Hostilidad

Ideas de sospecha

Ideas alucinatorias

Retraso motor

Indiferencia

Euforia injustificada

.....

* Tomada de Perlado

Sin embargo, en el campo de la Geriatria, resulta preferible emplear pruebas que suministren datos sobre la capacidad funcional total del anciano y no sólo sobre su estado mental.

Escala de comportamiento

Dentro de las pruebas de este tipo que resultan más útiles están:

la Escala de Valoración Geriátrica de Sandoz

la Escala de Valoración del Comportamiento de Crichton y

el Índice de Independencia de las Actividades Diarias de Katz

ESCALA DE VALORACION GERIATRICA DE SANDOZ *

	Ausente	Muy poco	Poco	Medio	Importante	Extremo
	0	1	2	3	4	5
1- Confusión						
2- Descenso de la vigilancia						
3- Pérdida de memoria						
4- Desorientación						
5- Ansiedad						
6- Depresión						
7- Labilidad emocional						
8- Pérdida de la motivación						
9- Irritabilidad						
10- Hostilidad						
11- Conducta impertinente						
12- Indiferencia						
13- Incociabilidad						
14- No cooperación						
15- Dependencia física						
16- Cansancio						
17- Anorexia						
18- Desequilibrio						

Una puntuación total mayor de 30 indica un comportamiento deficiente; por arriba de 50 se convierte en un comportamiento francamente perturbado.

*

ESCALA DE VALORACION DEL COMPORTAMIENTO DE CRICHTON

Mide, por observación, la capacidad o incapacidad del sujeto para llevar a cabo actividades de la vida diaria, así como su comportamiento en relación con su integración social, como son la cooperación y la comunicación; lo mismo que aspectos del estado anímico.

PUNTUACION

	1	2	3	4	5
a MOVILIDAD	Completa. Incluso <u>es</u> caleras	Buena, no escaleras	Camina <u>vi-</u> gilado	Camina con ayuda	No camina
b ORIENTACION	Completa	Identifica personas	No las <u>iden</u> tifica	Se pierde a veces	Se pierde siempre
c COMUNICACION	Normal	Comprende pero <u>nec</u> sita ayuda	Comprende con <u>gran</u> ayuda	Comprende con mucha dificultad	No <u>com</u> prende
d COOPERACION	Muy <u>coope</u> rador	Pasivo	Necesita <u>es</u> tímulos	Poca <u>activi</u> dad espon-tánea	Aislado
e AGITACION	No tiene	Ocasional	<u>Persisten</u> te	Día y noche	Constante
f SE VISTE	Solo	Le cuesta trabajo	Preciso <u>vi</u> gilar	Necesita <u>mu</u> cha ayuda	Incapaz
g ESPINTERES	Continente	Incontinen <u>cia</u> nocturna	A veces de día	Casi <u>siem</u> pre	Incontinen <u>te</u> siempre
h COME	Normal	Debe <u>vigi</u> larse	Precisa <u>mu</u> -cha <u>vigi</u> -lancia	Muy defec <u>tuosamente</u>	Imposible
i SUEÑO	Normal	Precisa a veces <u>hip</u> -nóticos	Siempre con <u>hipn</u> óticos	Malo	Muy malo
j ESTADO DE ANIMO	Normal	No siempre estable	Alterado	Inhibido	Deteriorado

Tomada de Perlado

Una puntuación superior a 20 indica incapacidad manifiesta del sujeto para actividades de la vida diaria.

INDICE DE INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE KATZ
(Activities of Daily Living- 1970)*

Esta prueba no es realmente de tipo psicológico, sino que explora actividades de la vida diaria importantes para la autosuficiencia personal. Proporciona datos sobre la cantidad y tipo de ayuda que requiere el anciano, tanto dentro de una institución como en su hogar.

<u>PREGUNTAS</u>	<u>PUNTUACION</u>
1. Lavarse	1 No necesita ayuda 0 Necesita ayuda para lavarse
2. Vestirse	1 No necesita ayuda 0 Necesita ayuda para vestirse
3. Uso del excusado	1 No necesita ayuda 0 Necesita ayuda para ir al excusado o para limpiarse o vestirse
4. Levantarse y acostarse	1 Entra y sale de la cama sin ayuda 0 Necesita ayuda para levantarse o sentarse, o para meterse o salir de la cama
5. Control de esfínteres	1 Controla los esfínteres por completo 0 Tiene incontinencia ocasional, o requiere vigilancia, o necesita ayuda o está incontinente
6. Comer	1 Se alimenta sin ayuda 0 Se le ayuda a comer totalmente o en parte, o por medio parenteral

Las puntuaciones van desde 6 que corresponde a una capacidad funcional completa hasta 0 o incapacidad absoluta, con grados intermedios de incapacidad, la cual resulta por lo general progresiva en el anciano.

.....

Existen varias otras escalas de comportamiento en geriatría, como la Escala de Valoración Geriátrica de Stockton y la Escala de Valoración de Clifton, que también pueden ser de utilidad.

Por mi parte, he elaborado una Lista Caracterológica que considero puede resultar de utilidad para conocer mejor y manejar más adecuadamente al anciano en particular. Para poder llenar esta lista caracterológica es necesario conocer más a fondo a la persona, así como consultar la opinión al respecto de los familiares y personas que lo han venido tratando, aunque siempre se corre el riesgo de caer en errores de apreciación subjetiva.

La puntuación ideal en esta prueba sería 0; mientras más alta sea la puntuación obtenida, más problemáticas serán las relaciones interpersonales del sujeto y más difícil su manejo y atención.

LISTA O INVENTARIO CARACTEROLOGICO
(Carrasco)

	Si	No
1) Retraído		
2) Egoísta		
3) Envidioso		
4) Desconfiado		
5) Mala higiene personal		
6) Desconsiderado		
7) Malagradecido		
8) Triste		
9) Exigente		
10) Deprimido		
11) Poco comunicativo		
12) Dependiente		
13) Extravagante		
14) Maniático		
15) Terco		
16) Negativista		
17) Odsesivo		
18) Díficil		
19) Agresivo		
20) Tacaño		
21) Quejumbroso		
22) Renuente al cambio		
23) Mentiroso		
24) Fabulador		

.....

Se utilizaron varias de estas pruebas en el estudio de campo efectuado durante el servicio social en el Asilo de Ancianos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia. Los resultados se resumen en la Cuarta Parte de esta tesis.

INTERESES Y ACTITUDES

Para poder orientar adecuadamente el esfuerzo educativo o de modificación u orientación de la conducta a cualquier edad, pero muy especialmente en la ancianidad, es indispensable tener muy en cuenta los intereses y actitudes del sujeto.

Aunque la forma más rápida para tratar de determinar los intereses de un individuo sería simplemente interrogarlo al respecto, las respuestas a este cuestionamiento directo no son del todo confiables; por este motivo, se han utilizado medios menos directos y más sutiles para determinar los intereses, como son los "tests".

Los primeros de estos tests fueron originados en el Instituto de Tecnología Carnegie en 1920. A partir de entonces se han desarrollado diversas pruebas como el Strong Vocational Interest Blank (Hoja de Intereses Profesionales de Strong) y el Inventario de Intereses de Kuder.

Hoja de intereses profesionales de Strong. Esta prueba está orientada primordialmente a precisar las preferencias o aversiones del sujeto y ver cómo este perfil se adecúa al "perfil característico" de los individuos dedicados con éxito a tal o cual ocupación o profesión.

Inventario de Intereses de Kuder. Existen diferentes formas y versiones enfocadas a la medida de los intereses desde diversos ángulos y diseñada para finalidades un tanto diferentes. El más conocido es el Kuder Preference Record Vocational (Hoja de preferencia de profesión de Kuder) que, como su nombre lo indica está diseñado para orientar a adolescentes y adultos jóvenes respecto a la elección de carrera o campo ocupacional. Otras variantes de esta prueba como el Kuder General Interest Survey (Investigación de Kuder sobre el interés general) y el Kuder Occupational Interest Survey (Investigación de

Kuder sobre el interés ocupacional) tienen el mismo enfoque hacia la elección de ocupación.

Por lo que respecta a las actitudes o sea "la tendencia a reaccionar favorable o desfavorablemente hacia una serie determinada de estímulos, como un grupo racial o nacional, una costumbre o una institución" (Anastasi), es lógico que tienen que inferirse de la conducta abierta del sujeto, ya sea verbal o no verbal. En la práctica, el término actitud se ha asociado frecuentemente con estímulos sociales y respuestas matizadas emocionalmente.

En la determinación de las actitudes se emplean dos métodos: las encuestas de opinión se ocupan de investigar cuestiones específicas, no necesariamente relacionadas entre sí.

Las escalas de actitud obtienen una puntuación total que indica la dirección e intensidad de la actitud del individuo, ya sea hacia una institución, una empresa, un grupo de personas, un plan de acción u otra categoría de estímulos.

Escalas tipo Thurstone. Thurstone y col. han preparado una serie de escalas para medir la actitud de un sujeto hacia diversos asuntos como la guerra, los negros, la Iglesia, el patriotismo, la pena de muerte, etc., que aseguran valores específicos a ciertos tipos de respuestas y que requieren de "jueces" adiestrados para su calificación.

Escalas tipo Likert. Se caracterizan porque los aspectos propuestos requieren de una respuesta graduada en cinco categorías: acuerdo total (AT), acuerdo (A), indecisión (I), desacuerdo (D), y desacuerdo total (DT), con puntuación de 5, 4, 3, 2, y 1 respectivamente. La calificación total se expresa simplemente sumando los puntos respectivos.

Tanto los inventarios de intereses como las encuestas de opinión y las escalas de actitud se han empleado ampliamente para

diversos fines pero, desgraciadamente, no se ha podido localizar en la literatura disponible ninguna referencia a este tipo de investigaciones en relación con el grupo de edad de los ancianos y con sus necesidades específicas.

En andragogía y antropagogía se emplean generalmente escalas de actitudes encaminadas a explorar:

- La actitud emotiva
- La actitud hacia el estímulo
- La actitud hacia el objeto
- La actitud hacia el proceso educativo
- La actitud social

Sin embargo, tampoco en este campo se cuenta con escalas específicas hacia la problemática y hacia la situación existencial de los ancianos. Resultaría muy útil e interesante contar con escalas de actitudes de los ancianos enfocadas, por ejemplo, hacia la familia o institución, hacia los compañeros o amistades, hacia el medio social, etc. Sin embargo, mientras no se cuente con escalas debidamente estandarizadas y estructuradas para ancianos, será necesario adecuar empíricamente las utilizadas con adolescentes y adultos que, como ya se ha dicho, están enfocadas más bien hacia el aspecto ocupacional y las relaciones y opiniones sociales del sujeto.

Algunos de estos aspectos fueron explorados en la práctica al elaborar la historia personal de los residentes en el Asilo de Ancianos "Miguel Hidalgo" con preguntas tales como: ¿Qué le gusta de esta institución? ¿Qué le desagrada? ¿Cómo se lleva con sus compañeros? ¿Qué le gustaría hacer en su tiempo libre?, etc.

Vale la pena recalcar lo ya señalado en la sección de "El Anciano y la Educación Permanente" acerca de lo indispensable que es que la educación orientada a personas en este grupo de

edad sea sobre aspectos eminentemente prácticos, orientados a la vida diaria, y adecuados a la edad, aptitudes, intereses y actitudes de las personas en particular, ya que, de otro modo, la enseñanza será rechazada, mal aprovechada y tropezará con la indiferencia de los sujetos a quienes se pretende beneficiar.

Constituye un principio básico de Psicología el hecho de que no existen dos personalidades iguales. Incluso en el caso de gemelos idénticos (univitelinos) criados dentro del mismo ambiente familiar y social se aprecian características específicas en su temperamento y en su carácter que los diferencian entre sí. La rama de la Psicología que se encarga del estudio de las diferencias individuales es la Psicología Diferencial.

Las causas de las variaciones psicológicas individuales son múltiples, interrelacionadas, y no siempre resulta fácil establecer una relación causal precisa entre ellas y los rasgos de la personalidad. Entre tales causas podemos citar el sexo, la edad, factores genéticos y constitucionales, la raza, y como factores externos al individuo, el clima, la alimentación, y los innumerables factores de tipo social, como la familia, la escuela, el nivel socioeconómico, la ocupación, etc., etc.

Escapa al propósito de este trabajo examinar, así sea someramente, a toda esta gama de factores que influyen sobre la psicología diferencial del individuo y sobre su comportamiento, así como su distribución y manera de estudiarlos (pruebas, escalas, etc.). Nos limitaremos, por lo tanto, a hacer únicamente un esbozo de los rasgos que, como grupo, caracterizan en cierta forma a los individuos mayores de 65 años, sin que por ello pueda considerarse que son únicos y exclusivos de esta edad. Resulta, sin embargo, aconsejable tener siempre presente lo que pudiera llamarse "psicología diferencial del anciano" pues ello permitirá, en primer lugar, conocerlos mejor; en segundo término facultará para planear acciones adecuadas para su bienestar, su adaptación al medio y su educación (en el sentido más amplio de la palabra); y, en tercer lugar, proporcionará un punto de referencia para poder juzgar sobre lo adecuado de la conducta en cualquier caso en particular.

Aunque, como se ha dicho, cada caso es diferente y las generalizaciones son siempre peligrosas, es posible trazar un perfil de lo que podemos considerar como la psicología diferencial "normal" del envejecimiento. Al respecto, es prudente distinguir, en primer lugar, entre senescencia, o sea la lentificación paulatina, progresiva y moderada, "normal" de las funciones biológicas y psicológicas a consecuencia de la edad, y senilidad, que es la pérdida patológica, grave y acelerada, de dichas funciones. En esta sección se hará referencia a los fenómenos de la senescencia.

La sabiduría popular ha formulado dos proverbios en relación con la vejez:

"Se envejece como se ha vivido", y

"En la vejez se cosecha lo que se sembró en la juventud".

Es indudable que, por lo general, la forma en que se envejece guarda relación muy estrecha con la manera en que se ha vivido durante la juventud y la edad adulta. El individuo que durante 40 o 50 años ha vivido en forma descuidada e incluso desenfrenada (vicios, alcoholismo, libertinaje sexual, malos hábitos alimenticios, etc.), si es que llega a la vejez, lo hará con su organismo totalmente deteriorado. Lo contrario será el caso de la persona que, previendo que algún día tendrá que llegar a la vejez, evitará racionalmente caer en excesos, conservándose en buen estado de salud física y mental.

Estas observaciones vienen al caso porque la ancianidad del individuo prudente no tiene que acompañarse necesariamente de demencia o deterioro grave de las facultades mentales. Se ha comprobado que la inteligencia en sí (IQ) sufre poca alteración con la edad, mientras que las tareas de ejecución sí se alteran, debido principalmente a que el anciano tarda más tiempo en llevarlas a cabo.

La memoria retrógrada o lejana se conserva bastante bien, pero la memoria reciente, relacionada con la fijación y el aprendizaje se perturba.

Por otra parte, el pensamiento creativo disminuye, lo mismo que la facultad de aprender; las motivaciones resultan más monótonas y decrece la capacidad de concentrarse durante periodos prolongados.

En el aspecto afectivo se observa por lo común una evolución de la extroversión del niño y del joven hacia la introversión y debilitamiento de los mecanismos de represión en el anciano. La emotividad y la afectividad se debilitan, lo cual con frecuencia conduce a la apatía y el egocentrismo. Es frecuente que los ancianos se muestren poco afectuosos y cariñosos. Como consecuencia, la actividad sexual disminuye fuera de proporción con la capacidad física (véase el Cap. 9).

Frente a nuevas situaciones, el individuo se conduce en forma estereotipada, rígida, tratando de aplicar soluciones que le fueron útiles en situaciones anteriores, lo cual no siempre le da resultado, acarreando por lo tanto una notable resistencia al cambio, y cierta terquedad en su comportamiento.

Por lo común, el interés del anciano por lo que le rodea va en disminución, incrementándose en cambio su vida interior; hay la tendencia a cerrarse a los estímulos exteriores, incrementándose la imaginación y la intuición.

Aunque a veces se acentúan los rasgos del carácter, también puede presentarse una atenuación de las antiguas estructuras de la personalidad, con aparición de nuevas particularidades, dando como resultado una bizarra mezcla de cambios positivos y negativos, y un comportamiento casi siempre caprichoso.

Los estudios longitudinales demuestran que la rapidez de reacción disminuye acusadamente a partir de los 45 o 50 años, lo cual tie-

ne una aplicación práctica en aspectos como la operación de maquinaria peligrosa o el manejo de vehículos automotores.

En el terreno de la inteligencia se ha apreciado que las facultades más o menos independientes del envejecimiento son la comprensión, la riqueza de vocabulario, la capacidad de completar imágenes o de ensamblar figuras; mientras que los resultados de las pruebas de cálculo, de la memoria de fijación, y de percepción y reconocimiento de similitudes y diferencias sufren la influencia de la edad.

En cambio, la riqueza de vocabulario puede aumentar incluso después de los 65 años, a condición de que el individuo ejercite esta facultad, lo cual depende de su nivel cultural. Los estudios han demostrado también que la inteligencia global disminuirá más lentamente cuanto mayor sea el grado de cultura; tal parece que una "ejercitación" previa de la inteligencia favorece su persistencia en la ancianidad.

Vale la pena recalcar que lo hasta aquí señalado son generalizaciones y que el proceso de envejecimiento psicológico tiene principalmente un carácter individual, sumamente influenciado por la personalidad, la experiencia y conocimientos previos, y los diversos factores ambientales y sociales, así como por el estado de salud o enfermedad del sujeto.

En la ancianidad el individuo tiene que modificar las metas que anteriormente había esperado alcanzar, aceptar sus limitaciones físicas, intelectuales y socioeconómicas, así como su creciente dependencia. Podría decirse que las tareas de desarrollo más importantes en la senectud son aceptar los cambios de los ideales y del autoconcepto como resultado de la edad; aceptar las alteraciones físicas y psíquicas a consecuencia del deterioro orgánico y aceptar la proximidad de la muerte.

CAP. 8. PSICOLOGIA ANORMAL DEL ENVEJECIMIENTO

Al intentar hacer un estudio de los problemas psiquiátricos de los ancianos, hay que distinguir, primero, entre dos grandes grupos:

a) Problemas ya existentes desde antes que los individuos lleguen a alcanzar los 65 años de edad.

b) Problemas que aparecen por vez primera durante la senescencia, en los cuales es indudable que la edad constituye un factor etiológico a través, muchas veces, de procesos involutivos, tanto de tipo neural como circulatorio.

Debemos desde luego insistir en que, como acontece a cualquier edad, la aparición de padecimientos psiquiátricos en el anciano se debe a una causalidad multifactorial y específica para cada caso en particular. La vejez es un periodo de crisis, en el cual el anciano tiene que defender sus logros previos contra la amenaza, real o supuesta, del medio y de la sociedad, teniendo además que enfrentarse a las frustraciones propias de la edad, requiriendo todo ello de una constante y casi siempre difícil adaptación. Lo más terrible de la problemática existencial de los ancianos es que casi siempre es de carácter progresivo e irreversible. La esperanza de que "las cosas mejoren" se desvanece poco a poco y el sujeto tiene, a la larga, que resignarse con su triste situación o reaccionar violentamente contra ella. El anciano tiene que luchar constantemente contra los sentimientos de frustración, de desvalorización, de inutilidad, de angustia y de inseguridad. El precario equilibrio entre el individuo con su medio puede fácilmente romperse y desembocar en un problema neurótico o en una afección psicósomática o psicótica.

Por otra parte, los límites entre lo normal y lo patológico resultan bastante más difíciles de precisar a medida que progresa la senescencia.

Las reacciones anormales agudas a los traumatismos psíquicos bruscos son probablemente más frecuentes en la vejez que en periodos anteriores de la vida. Una pérdida existencial brusca (la muerte del cónyuge o de otro familiar cercano, una grave crisis económica, etc.) puede provocar la descompensación súbita de un precario equilibrio psicológico y el derrumbe del individuo.

NEUROSIS

Los síndromes clásicos de neurosis de la tercera edad son prácticamente iguales a los encontrados en la edad adulta.

Neurosis de ansiedad

La ansiedad "normal" es una respuesta del sujeto ante alguna situación especial. El tono muscular aumenta, lo mismo que la frecuencia cardíaca y la irrigación sanguínea, la glucosa sanguínea se eleva y la mente queda en estado de alerta ("reacción de stress" de Seyle). Esta reacción puede considerarse útil para el sujeto ya que lo prepara para "luchar o huir" ante determinadas agresiones ambientales.

Sin embargo, cuando la ansiedad no tiene causa aparente y es prácticamente continua, constituye un estado de neurosis que, lejos de ser de utilidad, perturba y trastorna al sujeto.

La neurosis de ansiedad, además de no poder ser controlada por el individuo, es de duración muy prolongada, ocasionando "somatización" de la perturbación psicológica, apareciendo diversos síntomas, como palpitaciones, disnea, vértigo, calambres, etc., que aumentan la preocupación del paciente, quien considera estar gravemente enfermo, lo cual aumenta a la vez su ansiedad.

En la vejez, el comienzo de la ansiedad suele coincidir con un cuadro patológico real, el cual acarrea aprensión, temor, irregularidad y, finalmente, ansiedad. No es raro que una afección de relativamente poca importancia, como palpitaciones, mareos o cefa-

leas ocasionen preocupación y ansiedad, ya que el anciano neurótico llega a considerar dichos síntomas como evidencia de una afección grave o incluso como preludio de una muerte inminente. Además, suele suceder que estos pacientes neuróticos "contagian" su ansiedad a sus familiares, los cuales realmente llegan a considerar que el fin del anciano se acerca.

Neurosis depresiva

Sabemos que la depresión es la perturbación psiquiátrica más frecuente en adolescentes y adultos. Lo es también entre los ancianos y sólo después de los 75 años se ve sobrepasada por la demencia senil.

La depresión en el anciano no es fácil de diferenciar como "endógena" o "exógena"; sin embargo, la endógena o psicótica acarrea anorexia, insomnio, disminución de la concentración mental, así como ideas de culpa, infravaloración y autodesprecio.

Dado que la vejez es un estado de pérdidas y privaciones, donde los diversos factores negativos que agobian al sujeto justifican una actitud triste y apática, las depresiones pueden pasar desapercibidas, o somatizarse bajo una reacción hipocondríaca, cuando el sujeto "fija" su depresión en alguna parte o función de su cuerpo (insomnio; "mala digestión", "estreñimiento"; "dolores reumáticos"; etc.).

No es raro que en los ancianos la depresión se manifieste como un síndrome de ansiedad, con el sujeto continuamente agitado, inquieto, en continuo movimiento, y por lo general inapetente e insomne.

Es muy común que los enfermos de edad muy avanzada o con una afección terminal, presintiendo la proximidad de su fin, se sientan, no sin razón, profundamente deprimidos, situación que requiere de gran ayuda (véase el Cap. 11).

Como en ocasiones resulta difícil diferenciar a la depresión de

la demencia en el anciano, algunos autores han propuesto el término de "pseudodemencia depresiva". Se basan en el supuesto de que aquellos pacientes con grave disminución de reservas neurales sufren retardo psicomotor general, disminución de interés y falta de atención, junto con descuido de los hábitos higiénicos y alimenticios, cuadro muy similar a una neurosis depresiva.

Neurosis obsesivo-compulsiva

Los fenómenos obsesivos (fijación y reiteración de determinadas ideas) y compulsivos (efectuación repetitiva de ciertos actos, como lavarse las manos o ver si se ha cerrado la puerta) que los psiquiatras consideran como la descarga parcial de tensión por un sentimiento reprimido (por lo general de tipo sexual), son relativamente poco frecuentes en los ancianos, debido, quizá, a que en este grupo de edad la libido ha dejado de ser un motor primordial de la conducta y su represión resulta menos importante. Otros tipos de neurosis, como las fobias o la histeria son poco frecuentes entre los ancianos y casi nunca se manifiestan por vez primera en la tercera edad; por lo contrario, parecen atenuarse o resolverse a medida que la edad del sujeto aumenta.

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS EN LOS ANCIANOS

Sería de suponerse que las tensiones y problemas de la tercera edad aumentarían las enfermedades psicosomáticas. Sin embargo, se ha comprobado que las afecciones más estrictamente psicosomáticas, como el asma bronquial, la úlcera péptica y la colitis ulcerosa son mucho más frecuentes en etapas anteriores de la vida. Las excepciones a esto podrían ser la hipertensión arterial que afecta a una elevada proporción de ancianos, y el estreñimiento. Sin embargo, por otra parte, las afecciones orgánicas se cargan de un componente psíquico más grande, cualquier enfermedad preocupa en demasía al paciente y hay cierta tendencia general hacia la hipochondriasis.

SINDROMES MANIACOS

Este tipo de alteraciones es relativamente frecuente; se caracteriza, de manera general, por hiperactividad, fuga de ideas, logorrea, una tendencia a la hostilidad y a volverse peleonero; todo ello combinado a veces con confusión o reagos paranoides. A veces, los periodos de manía pueden alternarse con otros de casi normalidad, o incluso de depresión, constituyendo ciclos maniaco-depresivos.

SINDROMES PARANOIDES

Existe en la vejez una afección que ha recibido el nombre de "demencia paranoide" o "parafrenia" caracterizado por sentimientos de sospecha y hostilidad, persecución, e incluso crisis de terror por sentirse el individuo acorralado.

Aunque en ocasiones este síndrome constituye una reacción exagerada ante actitudes hostiles contra los ancianos, muchas veces representa un verdadero estado paranoide, desconfiando la persona de vecinos, familiares, o del personal del asilo o residencia geriátrica, temiendo ser envenenada, despojada de sus bienes, o incluso asesinada.

Se ha observado que la soledad y el aislamiento de los ancianos exacerbaban esta idea persecutoria y que, cuando se logra corregir tal aislamiento, ya sea mediante visitas frecuentes de vecinos o de la trabajadora social, las ideas paranoides se mitigan bastante, llegando incluso a desaparecer.

SINDROMES ESQUIZOPRENICOS

Algunos autores consideran que en la vejez hay una predisposición a las ideas delirantes. La causa de ello es múltiple: degeneración neuronal, trastornos vasculares cerebrales con disminución de la oxigenación, carencias proteínicas y vitamínicas en la dieta,

el aislamiento, y el debilitamiento de ciertas funciones sensoriales como la vista y el oído.

Sin embargo, el diagnóstico de verdadera esquizofrenia o reacción esquizofrénica sólo se justifica en un bajo porcentaje de casos. La mitad de los casos de "esquizofrenia tardía", o sea, aquella que se inicia en la vejez, no difiere del cuadro de la esquizofrenia juvenil precoz. En la otra mitad pueden apreciarse tres tipos de pacientes:

1. los parafrénicos, en los cuales predominan las ideas delirantes y las alucinaciones paranoides (esquizofrenia paranoide).
2. los catatónicos depresivos, con tendencia a una actitud aislacionista y rígica (esquizofrenia catatónica).
3. los estados confusionales con agitación aguda, que semeja a los estados demenciales.

Sin embargo, lo más común es que la esquizofrenia de la vejez no sea sino una recaída de episodios esquizofrénicos previos, cuya historia puede remontarse hasta la juventud, precipitada por la crisis existencial propia de la vejez.

Por otra parte, la esquizofrenia tiende por lo general a atenuarse en la ancianidad, sin grandes crisis, debido probablemente, por una parte, a la atenuación de la tensión libidinal y, por otra, al medio bastante limitado en que transcurre la existencia del anciano, lo cual permite una mejor adaptación. Los delirios paranoides tienden a transformarse con la edad en delirios depresivos.

SINDROMES PSICO-ORGANICOS VASCULARES

Después de la demencia senil (a la cual nos referiremos más adelante), la causa más frecuente de deterioro mental son los trastornos de la circulación cerebral, cuya frecuencia se calcula entre 6 y 8 por ciento entre los ancianos. Tales trastornos

pueden ser de tipo isquémico (trombosis o embolia) o hemorrágicos.

La mayor parte de los infartos cerebrales se deben a émbolos provenientes del corazón o de alguna arteria extracraneal. La trombosis (oclusión in situ) de vasos cerebrales es más rara. No nos referiremos aquí a los cuadros propiamente neurológicos ocasionados por estas lesiones sino exclusivamente a las consecuencias de tipo psicológico y conductual.

Las lesiones vasculares localizadas en el territorio de la arteria cerebral media en el lóbulo dominante tienen consecuencias afásicas. Las lesiones vasculares del lóbulo parietal acarrear perturbaciones de la percepción del hemiespacio y el hemicuerpo opuestos acompañadas de indiferencia afectiva, así como de perturbación de las praxis constructivas, ideomotrices e ideatorias. Las lesiones vasculares bilaterales de los lóbulos frontales (equivalentes a una lobotomía frontal) se caracterizan por lo general por indiferencia afectiva, anosognosia (incapacidad del paciente para reconocer que es hemipléjico) e inercia psicomotriz y de las actividades del lenguaje.

Las lesiones vasculares difusas conducen a un estado demencial.

En casi la totalidad de los casos es posible comprobar la presencia previa de una hipertensión arterial grave. La evolución, por lo general, es lentamente progresiva, con periodos más o menos prolongados de estabilidad e incluso de mejoría (casi siempre lograda con tratamiento médico). La duración promedio de la evolución es de 6 a 10 años, caracterizada por periodos de manía y abulia. Las alteraciones de la memoria son poco frecuentes.

La presentación de infartos múltiples (enfermedad multi-infarto) es favorecida por la preexistencia de diabetes o hipertensión arterial; es más frecuente entre los hombres (3:1) que entre las mujeres, debido posiblemente a factores adquiridos como el taba-

quisimo. Los signos sensitivos o sensoriales dominan el cuadro neurológico. Todos los pacientes sufren un síndrome pseudobulbar (disartria, disfagia, marcha a pasos pequeños, urgencia para la micción y labilidad emocional).

Se presentan episodios confusionales transitorios, con percepciones mal integradas y lagunas mnésicas; tales episodios son más frecuentes por la tarde o por la noche.

SINDROMES PSICO-ORGANICOS DEGENERATIVOS

DEMENCIA SENIL

(Enfermedad degenerativa cerebral, Enf. de Alzheimer)

Hay autores que opinan que antes de los 75 años la demencia constituye una verdadera enfermedad y que después de esa edad, la demencia vendría a constituir un aspecto practicamente "normal" de la senilidad. Además, la demencia senil o enfermedad degenerativa cerebral es practicamente idéntica a la demencia presenil o enfermedad de Alzheimer, por lo cual en la actualidad hay la tendencia a considerar a ambas como una sola entidad.

La afección, que se caracteriza por la formación de placas degenerativas en diversas zonas de la corteza cerebral y formación de madejas neurofibrilares en el tejido nervioso, guarda cierta relación con la herencia, pues los casos son de 4 a 5 veces más frecuentes entre los familiares de casos conocidos que entre la población en general. Otros autores han considerado en la etiología de esta enfermedad la presencia de un virus de acción lenta, la posibilidad de formación de anticuerpos contra el tejido cerebral del mismo paciente, así como la depositación de metales pesados en el tejido cerebral.

En diversos estudios, la frecuencia de demencia senil en personas de 65 a 80 años se ha establecido entre 3 y 14%; es más frecuente a medida que progresa la edad y en individuos mayores de 90

años puede llegar hasta un 90%. Es más frecuente entre las mujeres (2.5 : 1), habiendo así mismo una correlación significativa entre esta enfermedad y una disminución de la longevidad, siendo una causa frecuente de muerte la bronconeumonía a consecuencia de problemas neurológicos para la deglución.

Aunque se han hecho clasificaciones rebuscadas de esta enfermedad con base en la extensión, gravedad y rapidez de las lesiones, el cuadro en general se caracteriza por alteraciones en diversos campos.

FUNCIONES INTELECTUALES

Annesia. Afecta esencialmente la memoria de fijación; hay dificultad para recordar nombres propios. La cronología de los acontecimientos se altera y hechos muy lejanos se entremezclan con otros más recientes, causando confusión y desorientación espacio-temporal. Hay tendencia a referirse a temas estereotipados respecto a los recuerdos. Ante las lagunas de su memoria, el anciano se defiende a través de la confabulación.

Lenguaje. La extensión de las alteraciones en este campo es muy variable. Por lo general, el anciano demenciado utiliza palabras inadecuadas con parecido fonético; en las formas avanzadas el habla se vuelve incoherente y pueden aparecer ecolalia (repetición sin sentido e involuntaria de las palabras dichas por otra persona) y logoclonia (habla o discurso espasmódico).

Escritura. Es frecuente encontrar grandes variables de alteración en la escritura, que van desde duplicación de letras, de sílabas o de palabras, hasta deformaciones de palabras y alteraciones en la disposición espacial en la página.

Cálculo. Hay dificultades en el cálculo mental, especialmente en la resta, o en la numeración en orden inverso (por ejemplo, del 20 al 0, disminuyendo de 2 en 2). En las operaciones escritas, resultan alterados los principios mismos de las diferentes operaciones.

Hay también tendencia a escribir las cifras como si fueran palabras (por ejemplo, si se le pide al anciano demenciado que escriba el número 1910, puede hacerlo en esta forma: 1000 900 10).

Movimientos voluntarios. En las formas ligeras o iniciales de demencia, resulta útil recurrir a la Prueba de Imitación de Movimientos sin Significado, como entrecruzar los dedos de ambas manos, entrecruzar los aros formados con el pulgar y el índice, hacer una "paloma" entrelazando los pulgares y agitando el resto de los dedos a manera de alas, hacer "cuernitos" extendiendo el índice y el meñique y flexionando los demás dedos de la mano, etc., apreciándose diversas dificultades y alteraciones.

Es también frecuente encontrar apraxias (pérdida o perturbación de la habilidad para efectuar un acto aprendido, pero no por parálisis o lesión que afecte la movilidad) ya sea ideomotoras, siendo el sujeto, por ejemplo, incapaz de peinarse, cepillarse los dientes, o vestirse, o ideatorias, siendo el individuo incapaz de apreciar la secuencia lógica de movimientos para efectuar cierta tarea (como, por ejemplo, doblar sencillos en una hoja de papel para hacer una "papirola"), o constructivas, en las cuales la persona tiene dificultad para copiar un dibujo sencillo tridimensional (un cubo, una casa, etc.). Estas apraxias reflejan los problemas que el sujeto puede tener en la vida cotidiana y permiten aquilatar el tipo y grado de ayuda que necesita dársele.

Agnosias. Las agnosias (pérdida o trastorno de la capacidad para reconocer características del mundo exterior, como formas, sonidos, símbolos, etc., por lesión del hemisferio cerebral dominante, pero no por lesión que afecte la sensación primaria) son frecuentes en el individuo demenciado, siendo más frecuente la visual, y el sujeto es a veces incapaz de reconocer objetos y personas familiares, llegando incluso a desconocer su propia ima

gen en el espejo. Las agnosias pueden afectar otros sentidos y la persona puede ser incapaz de reconocer una voz familiar, o el sabor de la fruta que está comiendo, por ejemplo.

AFECTIVIDAD

La depresión es la manifestación más frecuente en la esfera de la afectividad; sin embargo, no es el único signo al respecto.

La forma senil simple de demencia se caracteriza por graves problemas en la memoria, labilidad afectiva, empobrecimiento de los medios de expresión, tendencia a la fabulación, y estado del humor invariablemente estereotipado.

La forma maniaco-expansiva se caracteriza por hiperactividad; el anciano trata de emprender tareas propias de individuos más jóvenes ya sea en los deportes, los negocios, o la esfera sexual ("donjuanismo senil").

La forma hipocondriaco-melancólica se caracteriza por diversos tipos de angustia o temores (a la pobreza, a la enfermedad, a la muerte, etc.).

En la forma paranoide-alucinatoria aparece una ideación delirante (robo, celos, riqueza, envenenamiento, etc.).

La mayoría de los autores está de acuerdo en que, de estos tipos, la demencia senil simple es la más frecuente, abarcando a más de la mitad de los casos, habiendo además formas mixtas.

COMPORTAMIENTO

Los problemas de comportamiento constituyen la causa principal de dificultades interpersonales y sociales para el anciano. Los sujetos pueden mostrar agresividad, falta de higiene (ropas sucias e inadecuadas, cabellos y uñas demasiado crecidos y sucios, dientes sumamente descuidados, los hombres mal rasurados, las mujeres desaliñadas, etc.), descuido al caminar por las calles, indiferencia para alimentarse, suciedad en su hogar (compartido en ocasiones con múltiples animales), así como conducta antisocial (alco-

holismo, consumo de drogas, faltas a la moral, etc.), no siendo raros los casos de continuos problemas con la policía a causa de delitos menores.

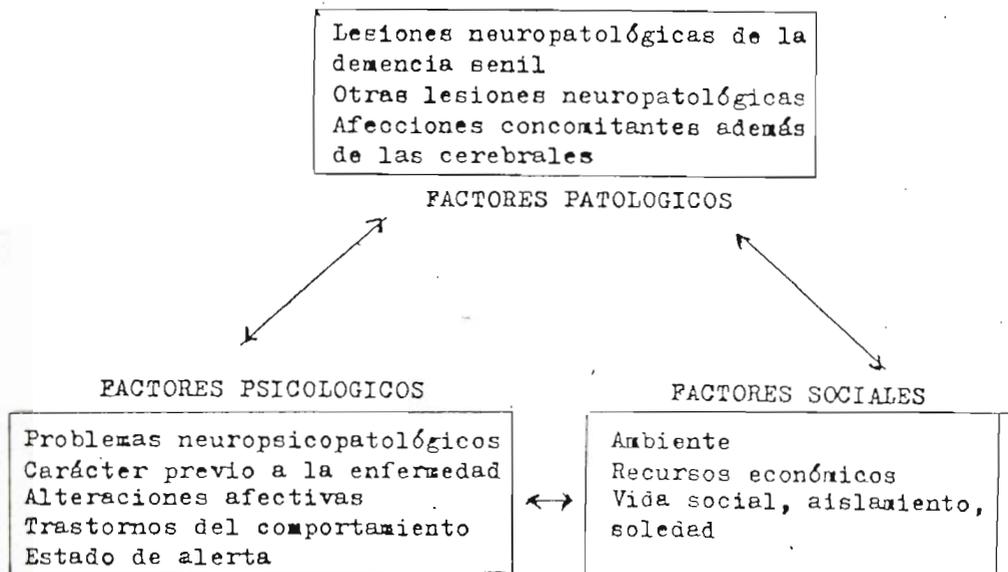
PROBLEMAS NEUROLOGICOS

La expresión facial es por lo general escasa, debido probablemente a la falta de motivación. Suelen aparecer también alteraciones de la marcha, así como movimientos repetitivos de las manos, la boca, los miembros, o el tronco.

Entre las manifestaciones neurológicas más frecuentes están las crisis epilépticas (gran mal y crisis menores) que por lo general son de mal pronóstico, pues tienden a aparecer entre 6 meses y 2 años previos a la muerte.

.....

El siguiente esquema, debido a Müller y Fertheimer, nos muestra la interdependencia de los factores patológicos, psicológicos y sociales sobre la evolución de la demencia senil.



Como puede desprenderse de la interacción multifactorial, la evolución, aunque por lo general progresiva, es totalmente individual y el manejo del paciente demenciado debe tener en cuenta todos estos factores para tratar de restablecer cierto equilibrio, frenar un tanto la evolución, o, cuando menos, prestar una atención óptima al paciente.

ENFERMEDAD DE PICK
(demencia familiar)

Aunque se trate en realidad de una enfermedad presenil (edad media de aparición, 54 años), su extensión dentro de la tercera edad y su relativa frecuencia (0.2 a 1.6 por ciento) justifican que hablémos de ella aquí, aunque sea someramente. Su frecuencia es mayor entre las mujeres (2 : 1) y en la transmisión parece operar un gene autosómico dominante.

Esta afección es una forma de demencia, a menudo familiar, que se caracteriza por atrofia cerebral grave, restringida por lo general a los lóbulos frontales y temporales, con extensión menos frecuente a los lóbulos parietales del cerebro.

En las formas iniciales los signos primordiales consisten en problemas de comportamiento: síndrome moriátrico (demencia caracterizada por locuacidad, bobería, y un deseo anormal de bromear); apregmatismo con pseudoindiferencia; actividades compulsivas que semejan el comportamiento de la neurosis obsesiva; reducción de la expresión verbal, mutismo y estereotipos.

En las formas ya establecidas pueden existir problemas de la memoria con desorientación temporal y espacial, falsos reconocimientos y confabulaciones. Se pueden apreciar también actividades estereotipadas de tipo obsesivo (verificaciones compulsivas, ritual de lavado de las manos, etc.), así como tendencia a deambular siguiendo siempre el mismo itinerario.

El repertorio verbal se reduce progresivamente. El comportamiento se caracteriza por una marcada desinhibición sexual, euforia con hiperfía, y ausencia de iniciativa.

Vale la pena señalar que el EEG es casi siempre normal.

Estudios recientes sugieren una relación entre la enfermedad de Pick y el metabolismo del zinc; los pacientes excretan una mayor cantidad de este elemento que los individuos normales o que los afectados por la enfermedad de Alzheimer.

ESTADOS CONFUSIONALES AGUDOS

Es relativamente común que los ancianos sufran estados confusionales agudos; su frecuencia sobrepasa al 20 por ciento, pudiendo ser repetitivos. El cuadro se conoce también como "síndrome cerebral agudo" o "estado confuso-onírico" y las manifestaciones son transitorias. El cuadro puede asociarse o no a un síndrome psico-orgánico crónico previo.

El estado confuso-onírico es el resultado de una alteración de la vigilancia debido a un sufrimiento cerebral difuso de origen principalmente anóxico o metabólico. Las causas desencadenantes más frecuentes son:

Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, alteraciones del ritmo cardíaco, infarto del miocardio, hipertensión arterial, hipotensión arterial.

Metabólicas: deshidratación, uremia, desequilibrios electrolíticos, diabetes (hiperglicemia, hipoglicemia).

Infecciosas: bronconeumonía, infección urinaria, septicemia, meningitis.

Cerebrales: accidentes vasculares cerebrales, traumatismos craneo-cerebrales, hematomas subdurales, tumores cerebrales.

Diversos: anemia, hemorragia aguda, retención urinaria, diarrea, medicamentos, problemas endócrinos.

La polimerbilidad del anciano crea las condiciones favorables para la aparición de un estado confuso-onírico. La instalación del cuadro es, por lo general, brusca, aunque a veces la obnubilación de la conciencia se instala progresivamente. La desorientación témporo-espacial es fluctuante; los recuerdos se presentan sin orden cronológico. La confusión también es variable; el sujeto reconoce unas veces a las personas y otras no.

El onirismo, plagado de alucinaciones y de ilusiones, deforma la realidad. Consiste en un estado anormal de conciencia, en el cual el sujeto sufre trastornos de la percepción, alucinaciones aterradoras, sueños vívidos e intensas emociones; imagina participar en acontecimientos extraños y absurdos.

La mirada perpleja, la angustia y la inestabilidad reflejan la búsqueda de cohesión. Los movimientos pueden ser estereotipados y con frecuencia consisten de una actividad inadecuada (automatismos profesionales).

El habla es dudosa, fragmentada e ilógica, desembocando a veces en un murmullo ininteligible.

La evolución del estado confuso-onírico depende de la naturaleza de la causa desencadenante, la importancia de la polimerbilidad del sujeto y la posible patología cerebral crónica existente. Del 27 al 50 por ciento de los casos fallecen en un término de 2 años después del episodio agudo. Sin embargo, alrededor del 25 por ciento de los pacientes logran una remisión total o con escasas secuelas.

Hay también formas asociadas de estados confusionales oníricos con demencia, lo cual dificulta la diferenciación.

Por otra parte, no es raro que algunos medicamentos comúnmente utilizados en geriatría puedan producir trastornos mentales, entre éstos un cuadro confusional agudo que desaparece al interrumpir la medicación.

ENFERMEDADES SUBCORTICALES

Bajo el nombre general de "demencia subcortical" se conoce un síndrome común a diversas enfermedades provocadas no por lesión cortical sino por lesiones de estructuras nucleares profundas del cerebro, como la "parálisis supranuclear progresiva", la "enfermedad de Parkinson", la "corea de Huntington" y la "psicosis de Korsakoff", así como lesiones vasculares degenerativas o neoplasias del tálamo o de otros núcleos grises subcorticales.

El cuadro común de alteraciones psicológicas consiste en:

- a) modificaciones emocionales o de la personalidad, como apatía progresiva, falta de espontaneidad y de iniciativa, con accesos irregulares de irritabilidad,
- b) perturbaciones de la memoria,
- c) dificultades para manipular los conocimientos y efectuar tareas complejas, y
- d) marcada lentitud en el ritmo de producción de la información.

COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL

Los múltiples aspectos sociales (pobreza, aislamiento, pérdida de "status", etc.), junto con la merma ocasional en el estado mental que reduce la autocrítica, hacen que los ancianos presenten muchas veces comportamiento antisocial que puede ir desde una conducta altanera y agresiva hasta grados diversos de verdadera delincuencia, pasando por el alcoholismo o el consumo de drogas.

Es interesante hacer notar que la proporción de delincuentes ancianos en los dos sexos conserva la tendencia general de la población (85% hombres y 15% mujeres). Además, el 65% de los delincuentes seniles cometen su primer delito a esta edad.

En orden descendente de frecuencia, los delitos cometidos por los ancianos son de los siguientes tipos:

Delitos sexuales (véase también el Cap. 9)

La mayoría de los delinquentes sexuales seniles han sido personas que durante toda la vida se mostraron respetuosas y equilibradas. Los delitos sexuales de los viejos consisten principalmente en el manoseo indecente de niños y adolescentes, y en ocasiones en el intento o consumación de relaciones sexuales forzadas. Es posible que esta situación sea propiciada por la costumbre de dejar muchas veces a los niños al cuidado de los abuelos u otras personas ancianas en el hogar mientras los padres trabajan, se divierten o atienden otras actividades fuera de su domicilio, propiciando una intimidad viejo-niño que puede llegar a degenerar en excitación sexual en el anciano. Los delitos sexuales del anciano son siempre actos impulsivos, no frenados por las resistencias de la personalidad disminuidas por lesiones psico-orgánicas. En ocasiones tales delitos son propiciados por los mismos niños o adolescentes, que con espíritu explotador, se dejan acariciar o besar a cambio de dinero o regalos.

Delitos contra la propiedad

Las condiciones económicas difíciles de los viejos hacen que muchos de ellos recurran a pequeñas estafas o hurtos a fin de procurarse dinero para sus necesidades o pequeños gustos (cigarritos, periódico, dulces, diversiones, etc.) e incluso a veces para poder sobrevivir. Otras veces los pequeños robos no son sino una manera pueril de apoderarse de un objeto que les ha llamado la atención.

Delitos contra la integridad de las personas

Los ancianos frustrados e irascibles pueden volverse sumamente agresivos y, en un acto impulsivo, brusco y no controlado, lesionar y en raras ocasiones incluso llegar a asesinar por un motivo mínimo. Es necesario tener esto en cuenta y al tratar con ancianos procurar ser prudentes y no irritarlos.

Alcoholismo y consumo de drogas

Aunque la adicción al alcohol y a drogas se adquiere, casi siempre, durante la adolescencia y la juventud, no es raro que individuos que durante toda su vida fueron abstemios y equilibrados, lleguen a adquirir en la vejez el hábito de ingerir bebidas embriagantes e incluso a consumir enervantes. Esto podría explicarse por diversos factores. En primer lugar, el anciano, sobre todo el de sexo masculino, al jubilarse o retirarse de sus actividades dispone de demasiado tiempo libre, se aburre y busca la compañía de amigos con quienes puede caer en el hábito de la bebida. Por otra parte, la tristeza y la depresión que, por diversas causas, sufren los ancianos pueden orillarlos a consumir bebidas o drogas "para elevar su estado de ánimo" e incluso para mejorar el apetito. Finalmente, las enfermedades dolorosas, como lo son las afecciones reumáticas y muy primordialmente el cáncer, pueden inducir al anciano al consumo crónico y a la habituación por determinado grupo de drogas.

CAP. 9. EL SEXO EN LOS ANCIANOS

Amor: En la juventud, deseo sexual; en la madurez, costumbre; y en la ancianidad, dependencia mutua

El sexo en los ancianos continúa siendo, para muchos autores, "tabú", tal como lo prueba el hecho de que la mayoría de las obras de consulta sobre Geriatria y Gerontología, o sobre Psicología ni siquiera hacen referencia a este tema.

Por otra parte, las teorías sobre la sexualidad en los ancianos están plagadas de mitos: que el interés sexual declina después de los 60 años; que la histerectomía (extirpación de la matriz en la mujer) o la prostatectomía (extirpación de la próstata en el hombre) disminuyen la libido; que la vida sexual de la mujer termina con la menopausia, etc. Estas y otras tensiones hacen que, sobre todo el hombre anciano, se cargue de ansiedad acerca de su capacidad sexual y esta ansiedad disminuye o anula dicha capacidad, llegando incluso a la impotencia.

Cuando uno o ambos miembros de la pareja superan la barrera de los 65 años, los prejuicios que se oponen al sexo entre ancianos llegan a su máxima expresión.

La menopausia, el signo más específico de envejecimiento sexual en la mujer, se presenta en la actualidad alrededor de los 50 años, o sea unos 10 años más tarde que en las mujeres de principios de siglo y 5 años más tarde de lo que acontecía en la década de los 40. Algunas mujeres (y no pocos hombres) consideran que la menopausia es signo de decadencia y pérdida de feminidad, cayendo en la depresión y aislándose voluntariamente de la vida sexual. Otras, sin embargo, al cesar la posibilidad de un embarazo, se sienten liberadas e incrementan su actividad sexual.

Hay que hacer notar que al disminuir la producción de estrógenos en la menopausia, se presentan, entre otros efectos, disminución del tamaño vaginal y resequedad de la vagina por disminuir las secreciones, lo cual puede acarrear dispareunia (dolor durante el acto sexual) desalentando la sexualidad en la pareja.

A pesar de estos cambios en la mujer, ni el deseo ni la capacidad sexual se ven reducidos por muchos años. El 60% de las mujeres continúan siendo sexualmente activas después de los 65 años y, según Masters y Johnson,^{*} no hay prácticamente fecha límite para la sexualidad de la mujer si su estado general de salud es adecuado; sin embargo, después de los 80 años son raras las mujeres que permanecen sexualmente activas, sobretodo por la muerte de su compañero.

En el hombre, la insuficiencia gonadal no guarda relación con la edad; la producción de testosterona y la concomitante espermatogénesis (producción de espermatozoides o células sexuales masculinas) declina únicamente a causa de algún proceso patológico; por lo tanto, el hombre sano es prácticamente capaz de engendrar a cualquier edad. La Dra. Kaplan[†] sostiene que "un hombre sano...es capaz de disfrutar el acto sexual toda su vida. En efecto, al liberarse de la intensa necesidad de desahogo orgásmico y de las inhibiciones de la juventud, el hombre y la mujer de edad avanzada a menudo disfrutan de un juego amoroso más satisfactorio e imaginativo. Para el hombre que está libre de temores, la edad no tiene por qué ser una barrera para el placer sexual, siempre que tenga buena salud y oportunidades."

Los factores psicológicos constituyen la principal causa de impotencia. El individuo puede sentirse aburrido o poco atraído por una mujer vieja; puede interesarse más en comer y beber que en la actividad sexual; puede tener temor de fallar sexualmente y por lo tanto evita ponerse a prueba; e incluso algunos creen,

* Citado por American Medical Association

† Citado por Botwin

erróneamente, que la pérdida de semen disminuye la longevidad, habiéndose demostrado todo lo contrario, que la estimulación sexual frecuente contribuye a una vida más feliz y prolongada (debido probablemente a la concomitante estimulación hormonal). Es curioso hacer notar que la introducción de una mujer joven, sobre todo si es bonita, al ambiente familiar del anciano provoca un "rejuvenecimiento" (muy posiblemente de origen psicológico, pero también quizá por estimulación hormonal) del individuo, mejorando su estado de ánimo, sus hábitos higiénicos y alimenticios, y su estado general.

Por otra parte, algunos hijos o familiares adultos ejercen una sutil o manifiesta oposición al interés erótico que sus padres muestran a través de los años, negándoles prácticamente el derecho a ser felices en este terreno ("tu ya no estás para eso"). Les molesta que sus padres puedan tener necesidades sexuales como cualquier adulto, oponiéndose, por ejemplo, a que vuelvan a casarse en caso de quedar viudos o divorciarse.

Las estadísticas indican que la frecuencia sexual disminuye de manera gradual durante cada década de la vida adulta del hombre, lo cual, le agrada o no, implica menos sexo para la mujer, ya que, por lo general, son los hombres quienes determinan la frecuencia sexual en el matrimonio.

Las investigaciones revelan que, si bien los hombres de edad necesitan un lapso considerablemente mayor entre erecciones (período refractario o de latencia) y no siempre llegan al clímax con eyaculación, las mujeres conservan toda su capacidad para tener orgasmo. Las mujeres casadas con hombres más jóvenes disfrutaban de más actividad sexual en el matrimonio que aquellas casadas con hombres mayores.

A veces en la tercera edad, y sobre todo en los años más avanzados, se aprecia el retraimiento y distanciamiento de alguno de

los cónyuges, por lo general el de mayor edad o de salud más deteriorada, que comprende el retraimiento sexual. Con frecuencia, esto representa lo contrario de lo que parece ser; el cónyuge que se retrae ama mucho a su pareja pero se preocupa por la separación que sobrevendrá con la muerte. Con el retraimiento trata de reducir el dolor y la soledad de la pareja, distanciándola emocionalmente antes de que suceda lo inevitable.

Los expertos consideran que debemos apartarnos del concepto limitado que se tiene del sexo exclusivamente como acto sexual. Cualquier pareja, pero muy especialmente los ancianos, pueden encontrar gran placer en los abrazos, los besos y las caricias, y aún en la mutua compañía y apoyo. Erick Erikson se refiere a la tercera edad como un periodo de "sensualidad generalizada", en contraste con la sexualidad restringida, específicamente genital, del periodo reproductivo de la vida.

Uno de los aspectos que más deterioran la vida sexual en la tercera edad es la enfermedad. Por desgracia, aunque la vejez en sí no es una enfermedad, a medida que la edad aumenta las enfermedades son cada vez más frecuentes. Una causa común de incapacidad en el anciano es el infarto del miocardio; cuando el paciente logra sobrevivir, y esto es cada vez más factible gracias a los adelantos de la ciencia, queda siempre temeroso por haberse visto en los umbrales de la muerte y, con exceso de prudencia, evita cualquier exceso físico, entre ellos el acto sexual. Sin embargo, los especialistas consideran que no hay razón para ello y que si el paciente puede subir dos tramos de escaleras sin sufrir síntomas, puede también desarrollar perfectamente y sin riesgo su actividad sexual, lo cual, además de ser gratificante, contribuye a restablecer su confianza y la alegría de vivir.

En ocasiones, las deformidades producidas por enfermedades o intervenciones quirúrgicas hacen que la pareja rehuya el sexo. El

cónyuge sano puede sentir remordimiento por alejarse del enfermo, pero le es imposible tener deseo sexual hacia él. Como Erik Erikson indica: "antes, la actitud era que la sexualidad no existía en la tercera edad o, al menos, no debería existir. La nueva actitud permite elegir. La sexualidad en la tercera edad es un potencial que se puede disfrutar, no una obligación." Es posible tener una vida perfectamente feliz sin sexo, como lo hace mucha gente de edad; pero si las personas desean mantener una vida sexual activa, hay que alentarlos a que lo hagan. Los especialistas señalan que se deben cumplir dos condiciones para aprovechar el sexo en la tercera edad: buena salud y una pareja receptiva. Cuando se carece de uno o de ambos, es factible que el sujeto pueda vivir una existencia satisfactoria en sus últimos años sin necesidad del sexo.

Por otra parte, la senilidad (más de 75 años), con su carga de demenciación progresiva, puede sin duda hacer que la persona engendre tendencias perversas como el voyerismo (obtención de placer sexual al espiar a otros individuos desnudos), el exhibicionismo (satisfacción al mostrarse desnudo ante los demás), la pedofilia (atracción sexual por los niños), la masturbación exagerada y descarada, etc., aspecto que debe tenerse muy en cuenta sobre todo en lo referente a las interacciones sociales entre ancianos y niños.

Finalmente, y a manera de colofón a este capítulo, podemos citar lo dicho por el genial artista francés Maurice Chevalier al referirse a los placeres que puede tener el sexo para una persona de edad avanzada: "La única diferencia entre un hombre de cuarenta años y otro de setenta son treinta años de "savoir faire" (maña o experiencia)."

CAP. 10. PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS DEL ENVEJECIMIENTO

"Saber que se ha llegado a
viejo es una experiencia larga
ga, compleja y dolorosa"

G. Stanley Hall

Por crudo que parezca el planteamiento, las sociedades de tipo capitalista, como la nuestra, aquilatan en general a los individuos por el "rol" que desempeñan dentro del proceso de producción. A los niños y a los jóvenes se les prepara para desempeñar en el futuro un papel productivo ("para que sean útiles a la sociedad"); a los adultos se les aprovecha y casi siempre se les explota en el proceso de la producción de satisfactores o de servicios; a la mujer, en general, se le subyuga y se le explota como "madre abnegada" (en realidad sirvienta sin sueldo y objeto de placer para el "jefe de familia") y, dentro de la fuerza de trabajo, casi siempre ocupa puestos inferiores y se encuentra bajo las órdenes de un hombre. El anciano, que ha sido útil y productivo durante cincuenta años, al dejar de serlo es hecho a un lado, relegado, menospreciado, para dejar lugar a generaciones más útiles y productivas.

Por la misma función que le ha sido asignada por la sociedad, la mujer casi siempre resiente menos este cambio concomitante con la llegada a la vejez. Sierva y señora de su hogar, solamente a una edad más avanzada va cediendo su puesto a la hija o la nuera más joven. Para el hombre el cambio es más drástico; por lo general llega a la edad de la jubilación aún apto y, sobre todo, con una gran experiencia ocupacional y, de pronto, se ve "libre" y sin trabajo, y, lo que es peor, sin saber realmente que va a hacer con los veinte o más años que le quedan por delante.

Resulta a todas luces injusto que un individuo aún lúcido y productivo sea automáticamente hecho a un lado, jubilado y desplazado ya

que, como ya señalaba Hall* desde 1920, "en esta edad existe cierta madurez de juicio acerca de los hombres, las cosas, las causas y la vida en general, que nada en el mundo sino los años puede traer, una auténtica sabiduría que únicamente la edad puede enseñar."

Debido al incremento progresivo en la duración promedio de la vida, puede decirse que no es sino hasta comienzos de este siglo que médicos, psicólogos y sociólogos, e incluso el gran público, se interesan realmente por la vejez como problema social. De los estudios efectuados se desprende que un aspecto decisivo en el papel que desempeñan los ancianos dentro de la sociedad es, sin duda, el tipo mismo de la sociedad en que se desenvuelve, sea ésta rural o urbana. En la sociedad rural el individuo, que comienza a colaborar en las tareas del campo desde temprana edad, continúa haciéndolo prácticamente hasta morir o hasta que alguna enfermedad lo invalida. Con los años, la práctica lo va haciendo cada vez más experto y sus consejos e indicaciones son aceptados y respetados. Esta colaboración en las labores le permite conservar la autoestima así como la consideración de los demás.

En contraste, el trabajador urbano, sobre todo el empleado asalariado que, durante toda la vida se ha visto forzado a vender su fuerza de trabajo, sufre con el paso de los años merma de su capacidad productiva y al llegar el momento de la jubilación forzosa se ve separado de su trabajo, de manera similar a como se descarta una máquina obsoleta, haciendo a un lado muchos años de experiencia, con grave agresión a su autoestima e indudable degradación y demérito ante los demás.

El profesionista libre, el dueño de su propio negocio, o el ama de casa, como ya hemos señalado, no se ven expuestos a un retiro brusco y obligatorio, sino que son sus propias capacidades físicas e intelectuales, o sus propios deseos, los que, poco a poco,
.....

van haciendo disminuir sus actividades y esto, lógicamente, les permite una adaptación más paulatina y adecuada hacia sus nuevas condiciones de vida, por lo general de dependencia.

Por otra parte y en una gran proporción de los casos, en el medio rural los hijos y sus correspondientes nuevas familias permanecen muy cerca del hogar paterno, no siendo raro que en la misma casa convivan miembros de 3 o 4 generaciones, que se apoyan y cuidan mutuamente, lo cual permite que el mundo del anciano sea más estable y, hasta cierto punto, más seguro y afectuoso. Como contra parte, en el medio urbano, los hijos, por razones muy diversas (falta de espacio en el hogar, distancia al sitio de trabajo, deseo de independencia, etc.) casi siempre se alejan del hogar paterno, incluso muchas veces antes de casarse, y se establecen por su cuenta, distanciándose física y emotivamente de sus ancianos.

Los estudios y encuestas han encontrado también que, en los pocos meses o años previos a la jubilación, el individuo espera con ansia e intranquilidad "el día que me libere de esta maldita rutina de tantos años". Llegado el momento se siente casi siempre feliz y liberado; por fin es "dueño de su tiempo". Durante algunas semanas disfruta de levantarse tarde, arreglar sus cosas, atender ciertos asuntos que había pospuesto, visitar familiares y quizá hasta hacer un viaje, pero luego, a los pocos meses se encuentra con que sus posibilidades de distracción se van agotando y dispone de largas horas vacías, las cuales no sabe realmente cómo emplear. El carácter, que después de la jubilación se había vuelto, hasta cierto punto, eufórico se le va acriando y empieza a sumirse en la depresión, a añorar la fábrica o la oficina. Esto, lógicamente repercute en sus relaciones interpersonales; empieza a reñir con la esposa o con los hijos; le molestan los nietos si están a la mano; se disgusta con los vecinos o los prestadores de servicios y, paulatinamente, se vuelve un viejo gruñón y antisocial.

La esposa, por lo general algunos años más joven, también reacciona ante esta situación. Siente que el marido gruñón le estorba en el hogar. Ya no dispone de sus "horas particulares" para ver telenovelas o para visitar a los nietos o a sus amistades. Prácticamente empuja al esposo para que salga a la calle a dar la vuelta o pasar el tiempo con los amigos, muchas veces bebiendo. La relación entre los cónyuges se vuelve tensa y esto no hace sino agravar la situación. Para colmo, ello se refleja sobre las, de por sí, precarias relaciones sexuales y esta última fuente de satisfacción deja de funcionar, lo cual no es raro que empuje a uno u otro hacia las relaciones extramaritales.

El sujeto, sintiéndose menospreciado y realmente acosado por las circunstancias, puede buscar alguna fuente de compensación. En este periodo de la vida suelen reforzarse malos hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, o el abuso de fármacos o drogas, a pesar del consejo del médico en contrario.

Un aspecto interesante de analizar es el hecho paradójico de que a medida que mejoran las prestaciones sociales para los ancianos (jubilación, pensiones, servicios médicos y asistenciales, etc.) más desprotegidos quedan éstos de la atención y el afecto familiar. Tal parece como si los hijos pensarán, "ya hay quien se haga cargo del viejo, por lo tanto yo puedo dejar de preocuparme por él."

Por otra parte, siempre hay familiares explotadores que por un rincón donde dormir y una mala alimentación para el anciano se quedan descaradamente con lo que éste recibe de jubilación (EEL para qué quiere dinero, yo le doy casa y comida, y en el Seguro le atienden sus enfermedades"). Si el anciano mantiene todavía alerta su estado mental no puede menos que entristecerse y maldecir su suerte.

Dado que son proporcionalmente pocas las mujeres que desempeñan una ocupación asalariada durante toda su vida adulta y debido a ello poder llegar a disfrutar de una jubilación en la vejez, aún en esta edad siguen siendo dependientes del esposo y, si éste fallece, pasarán a depender de los hijos u otros familiares cercanos, con todos los problemas que esto acarrea.

Una consecuencia lógica de la jubilación y el desempleo de los ancianos son los graves problemas económicos por los que generalmente atraviesa este grupo de edad. Se calcula que sólo el 12 por ciento de las personas mayores de 65 años reciben ingresos que exceden a sus necesidades; otro 35% tienen ingresos que pueden considerarse más o menos adecuados y les permiten cubrir sus gastos; pero más del 50 por ciento tiene ingresos totalmente insuficientes para un nivel razonable de subsistencia, o no tiene ninguna fuente de ingresos, quedando totalmente supeditados a la buena voluntad de sus familiares. Este último grupo se encuentra constituido primordialmente por mujeres, debido por una parte a que pocas veces disfrutaban de jubilación, y, por otro lado a que, como ya se ha dicho, la mujer tiene una expectativa de vida 5 años mayor que la del hombre.

Los ingresos económicos insuficientes o nulos vienen a agravar la, de por sí, difícil situación de los ancianos. Las enfermedades provocan un gasto constante en médico y medicinas, y esto constituye una preocupación para el individuo y sus familiares. Por otra parte, para el anciano (sobre todo en el caso del hombre) que durante toda su vida ha estado acostumbrado a ser el proveedor y "jefe de familia", el cambio a estar supeditado y en la necesidad de pedir o recibir constantemente ayuda económica o de otro tipo viene a resquebrajar su autoestima y su precario equilibrio psicológico.

Un aspecto muy importante a considerar respecto a la situación económica de los ancianos es la crisis y la constante devaluación económica que aqueja al país. Una persona (pequeño comerciante, agricultor, profesionista honesto, obrero o empleado, e incluso no pocas amas de casa y viudas) que durante 20 o 30 años ha venido ahorrando peso a peso alguna cantidad "para vivir tranquilamente su vejez" se encuentra con que la crisis, la inflación y las devaluaciones han venido a mermar tremendamente el poder adquisitivo de los réditos generados por su inversión, llegando el momento en que éstos se vuelven insuficientes y hay que echar mano del propio capital el cual va mermando y llega a agotarse, y, contra todas sus expectativas, tiene que caer en la miseria o en la dependencia familiar contra las que tanto se había esforzado durante muchos años.

Otro problema al que se enfrenta el anciano es el aislamiento. La jubilación, la muerte del cónyuge o de sus amigos coetáneos, la tendencia natural hacia la introversión propia de esta edad, etc., todo ello coadyuva para que el anciano se encuentre cada vez más aislado y, por ende, deprimido. Lo acelerado de la vida actual, lo pequeño de la vivienda urbana, y el hecho cada vez más frecuente de que ambos cónyuges jóvenes trabajen, imposibilitan en ocasiones que los familiares puedan hacerse cargo de la adecuada atención de un anciano, sobre todo si éste se encuentra enfermo o demenciado. Esta situación obliga a recurrir al internamiento en alguna institución especializada (sanatorio, hospital de día, residencia geriátrica o asilo). Por desgracia (¿o por fortuna?) este tipo de instituciones es aún muy escaso en nuestro país, incluso en las grandes poblaciones. Como quiera que sea, ningún sistema o institución de asistencia social proporciona sustitutos efectivos para los nexos y la integración que los lazos de parentesco pueden ofrecer a los ancianos. O, dicho sea

de otra forma, tal como acontece con los niños, salvo excepciones ninguna institución puede sustituir a la familia para la atención de los ancianos.

Por otra parte, resulta una aberración que el anciano, cada vez más necesitado de ayuda y compañía, llegue a vivir solo. Sumamente arraigado, sobre todo en el caso de la mujer, a "su" casa y a "sus" pertenencias (muebles, animales, plantas) resulta muchas veces casi imposible convencerlo para que se traslade a vivir con algún familiar o a alguna institución. No es raro encontrar a un anciano sucio, demenciado, andrajoso y enfermo, viviendo solo en una casa o en un cuartucho descuidado y maloliente, compartido con perros, gatos u otros animales, y quien tiene que ser prácticamente forzado a cambiar a otro ambiente más adecuado. Aunque se carece de estadísticas precisas al respecto, se calcula que alrededor del 20 por ciento de los ancianos viven solos o auxiliados únicamente por algún sirviente pero sin el apoyo o el cariño familiar. Esta situación rara vez se corrige con el internamiento en una institución ya que, por desgracia, la mayoría de los asilos de ancianos no son sino "bodegas de viejos", muy escasos de recursos, con instalaciones inadecuadas, sin planeación, sin atención personalizada, sin terapia ocupacional y recreativa, sin los servicios de un psiquiatra o psicólogo, etc., que coadyuvan a dignificar la vida del anciano.

Otro aspecto que afecta a la tercera edad es la carencia casi absoluta de especialistas en enfermedades y problemáticas de los ancianos (Geriatra y Gerontólogo, respectivamente), ya que, como se señala en la Introducción, y hasta donde llega mi información, no existe dicha especialización en el país. Esto hace que el anciano quede en manos de algún médico general o familiar que, a pesar de toda su ciencia y buena voluntad, carece del enfoque y de la preparación necesarios sobre la problemática de la tercera edad.

Esta situación equivaldría a que en el país no se contara con Pediatras para la atención especializada de los niños.

Resulta verdaderamente desconcertante que en nuestra ciudad no existan (fuera de dos asilos, uno oficial y otro atendido por religiosas) practicamente servicios sociales especificos para los ancianos. A ello me referiré más ampliamente en los Caps. 13 y 14 de esta tesis. No hay que olvidar que la persona anciana ha ayudado a conformar la sociedad actual y, como cualquier otra persona, tiene derecho a la felicidad y al bienestar. Resulta imprescindible hacer algo al respecto.

Recordemos que, querámoslo o no, todos tendremos que llegar a viejos (a menos de morir jóvenes) y lo que hagamos ahora por los ancianos lo estaremos también haciendo por nosotros en un futuro.

CAP. 11. EL ANCIANO Y LA MUERTE. SUICIDIO. EUTANASIA

"La muerte es a veces un castigo, a menudo un don y para muchos un favor"

Séneca

Al llegar a los años finales de su existencia, el anciano no sólo pierde el control de su vida sino que, podemos decir, pierde también el control de su propia muerte. Abrumado muchas veces por una existencia inútil y dolorosa, complicada por múltiples enfermedades, demenciado, ciego o paralítico, no puede hacer nada por terminar con su sufrimiento. La sociedad, las leyes, la religión y sus propios familiares se lo impiden.

Todos, y afortunadamente en esto no hay distinciones, hemos nacido para morir. Sin embargo, la idea de la propia muerte entre jóvenes y adultos es considerada como algo muy distante y en realidad se le presta poca atención, salvo en raras ocasiones como una enfermedad grave o la muerte de algún familiar o amigo. No acontece lo mismo entre los ancianos, los cuales en su inmensa mayoría se encuentran preocupados e incluso a veces obsesionados ante la idea de morir; es decir, para el anciano la muerte deja de ser una posibilidad distante para convertirse en un hecho fatal a corto o mediano plazo.

Según Erikson, puede considerarse que en esta etapa de la vida hay dos tipos de individuos. El primero consiste en aquellas personas que al llegar a la culminación de su existencia han acumulado juicio y pensamientos maduros y "liberados de la relatividad temporal" logran una integridad de su ego, los cuales, satisfechos con lo que han vivido, esperan serenamente la muerte. El otro tipo estaría constituido por aquellos individuos que llegan a la vejez en un estado de desesperación y que, insatisfechos con lo que han vivido, sienten un gran temor a la muerte.

Erikson mismo señala como una de las tareas de esta edad el prepararse para aceptar la inevitabilidad de la muerte y afrontarla con dignidad. Muchos ancianos, sobre todo aquellos que se encuentran sufriendo una enfermedad grave o tienen una edad bastante avanzada, manifiestan una gran ansiedad ante la inminencia de la muerte, temiendo sufrir dolor o encontrarse solos en el momento de tan tremendo trance, rehusándose incluso a dormir por temor de que la muerte los sorprenda y ya no vuelvan a despertar. Ante esta situación, el médico, la enfermera, el sacerdote, o más adecuadamente el psicólogo, deben conversar con el paciente para tratar de disipar sus temores, haciéndole comprender que el morir es tan natural como el nacer, que el trance no es doloroso y, sobre todo, que nunca se le dejará solo sino que siempre habrá a la mano alguna persona que le acompañe.

Algunos ancianos reaccionan ante la muerte mediante un mecanismo de negación, asegurándose a sí mismos y a los demás que todavía les quedan muchos años por delante, y llegando incluso a caer en un delirio de inmortalidad, todo lo cual no constituye sino una máscara para esconder su profunda angustia y su temor ante la muerte.

Otros pacientes no manifiestan temor realmente ante el hecho inevitable de la muerte sino ante lo que puede esperarle "Más Allá"; tienen miedo de que sus errores o malas acciones vayan a serle cobrados y, en las últimas etapas de su vida adoptan una gran religiosidad. En este aspecto, considero que es el sacerdote o ministro de la religión que profesa el anciano, o en su defecto el psicólogo, quien debe prepararlo a afrontar los hechos con dignidad y sin temores.

En mi opinión, el médico o el psicólogo deben hablar con toda franqueza con los familiares más cercanos del anciano ante la inminencia de la muerte a fin de que tanto el paciente como los familia-

res den los pasos necesarios para finalizar los asuntos de aquél, tales como avisar a los familiares más próximos, redacción de un testamento, últimas disposiciones, reconfortamiento religioso, etc.

Un factor que influye bastante sobre la forma en que el anciano se enfrenta a la proximidad de la muerte es el "duelo anticipado" de sus familiares. Si el anciano observa medidas apresuradas que se toman cuando una persona va a morir, o si los hijos (principalmente las hijas) o el cónyuge se muestran sumamente inquietos o llorosos, esto le hará presumir que su propio fin se aproxima y se angustiara, en ocasiones con demasiada anticipación. Por lo contrario, si el anciano aprecia serenidad y sensatez entre quienes lo rodean, esto lo hará mostrarse y comportarse más acunime y tranquilo ante la proximidad de su fin, y el trance será menos penoso para todos.

Es indudable que, por otra parte, muchos ancianos, ante la vida de sufrimientos que soportan, desean verdaderamente la llegada de la muerte, no siendo raro el caso de algún anciano desesperado por sus males, su abandono, o su precaria situación económica que intente o logre cometer suicidio. En medicina se recalca mantener bajo estricta vigilancia a los ancianos que están recibiendo medicación contra la depresión pues llega a suceder que un individuo, al disminuir un tanto la inercia depresiva adquiere fuerza e iniciativa suficientes como para intentar suicidarse. Las estadísticas indican que la frecuencia de suicidios es más elevada entre los adolescentes y entre los ancianos, sobre todo cuando una persona de edad avanzada sufre la pérdida de un ser querido, por lo general un cónyuge o un hijo, y pierde toda voluntad para seguir viviendo.

Un temor frecuente entre los ancianos es que, llegado el momento de su muerte, se les haga sufrir demasiado con medidas desespe-

radas y extremas que tercamente se empeñan en prolongar horas o días una vida de sufrimientos y a todas luces indigna de vivirse. Familiares, médico, enfermeras y psicólogo deben coordinar sus esfuerzos para asegurarse que tal cosa no suceda y que se respete la decisión de "morir con dignidad". Para tal fin resulta muy conveniente que a una edad adecuada, por lo común al entrar a la ancianidad y con motivo de alguna consulta rutinaria, el médico o el psicólogo deriven la conversación hacia este terreno y hagan del conocimiento de la persona la facultad de suscribir un "Testamento sobre mi vida" (verlo en Propuestas), donde se hacen indicaciones muy precisas al respecto, que aseguran al individuo la posibilidad de una muerte digna.

Intimamente relacionado con esto se encuentra el difícil tema de la eutanasia. ¿Hasta cuándo es válido que familiares y personal médico se empeñen en prolongar una agonía o una vida de dolor y sufrimiento sin esperanza alguna de recuperación? ¿Se podría en ciertos casos recurrir a la eutanasia?

Las opiniones difieren al respecto (véase el Apéndice con la opinión del Dr. Ignacio Chávez) y por eso considero conveniente ahondar el tema.

La palabra "eutanasia" se deriva de las voces griegas "eu", buena, y "tanatos", muerte, o sea que etimológicamente significa buena muerte o muerte digna y, por extensión, inducir por piedad la muerte a un ser que sufre una enfermedad incurable o extremadamente dolorosa, o un estado de decrepitud total.

Dado que tanto desde el punto de vista legal como del ético o religioso está absolutamente prohibido y penado el quitar la vida a un semejante, es prudente diferenciar entre eutanasia activa (el hecho de matar por motivos piadosos) en la cual el médico, el personal paramédico, o bien algún familiar o amigo, para evitar mayores sufrimientos al paciente, llevan a cabo medidas activas (como la

administración de algún fármaco) para terminar con la vida del individuo; y eutanasia pasiva o por omisión, en la cual las personas que rodean al sujeto moribundo o gravemente enfermo se abstienen de practicar medidas desesperadas y, respetando su derecho a morir, le evitan días o semanas de inútil sufrimiento.

Obviamente, así como nadie tiene derecho a matar, cualesquiera que sean las circunstancias, a un semejante, tampoco nadie tiene derecho, ni médico ni familiares, de "jugar a Dios" y empeñarse tercamente en prolongar una "vida" inútil o dolorosa.

Si el paciente anciano se encuentra mentalmente lúcido y, dándose cuenta de lo desesperado e irremediable de su situación, reclama su derecho a morir con dignidad y exige que "ya no se le siga haciendo sufrir" inutilmente, es indudable que su decisión debe ser respetada.

Por otra parte, si el individuo no se encuentra lúcido para poder decidir sobre tan delicado asunto, pero obviamente está sufriendo y los médicos coinciden en que ya no existen esperanzas de poder salvarlo, ¿a quién corresponde la decisión de interrumpir la lucha y dejarlo morir? Creo que en este caso el médico está obligado a externar ante los familiares su opinión sobre la inutilidad del tratamiento y, con la anuencia expresa de ellos, suspender medidas extremas e inútiles que, más que beneficiar al paciente, no hacen sino prolongar su agonía y complicar los últimos días de su existencia. Es de gran importancia que el médico evite a toda costa el dolor y el sufrimiento del anciano en su periodo terminal mediante la administración adecuada de analgésicos, sedantes y narcóticos; además de beneficiar con ello al paciente, hace que la tranquilidad así lograda se refleje en los familiares y amigos que esperan más resignados el desenlace fatal. Considero que dentro de esta difícil situación tanto el psicólogo como el sacerdote tienen una enorme responsabilidad examinando objeti-

vamente el problema con los familiares y ayudándolos a tomar una decisión adecuada y conveniente, ya que es muy probable que los familiares puedan sentirse indecisos sobre cómo proceder y, además, posteriormente pueden llegar a sufrir graves sentimientos de culpa por haber tomado determinada decisión.

Para cerrar este capítulo citaré un párrafo del Dr. Arturo García Herrera: "El morir es inevitable, los patrones bioquímicos y genéticos de nuestro organismo han sido diseñados en forma tal que este fenómeno debe ocurrir. En algunas ocasiones el morir reporta más beneficios que el vivir. A veces los médicos incurrimos en imprudentes excesos al demorar, indebidamente, la muerte de algún ser. Hay que estar conscientes de que existen momentos para fomentar la vida y tiempos para propiciar la muerte".

El filósofo Lin-Yutang, en su magnífica obra "La importancia de vivir" nos señala el camino cuando dice: "La sinfonía de la vida debería terminar con un gran final de paz y serenidad, comodidad material y contento espiritual."

"La vida misma es la escuela
abierta en la cual el indivi
duo nunca deja de aprender"

Comenius

Pedagogo checo

(1592-1670)

El ser humano, por su propia naturaleza y capacidad de aprendi-
zaje (excepto en casos extremos de oligofrenia o demencia), al
enfrentarse a un medio más o menos cambiante, está aprendiendo
a satisfacer sus necesidades, a relacionarse con sus semejantes,
a asimilar su cultura, a expresar sus sentimientos e ideas, a
adquirir habilidades, a evitar peligros, etc. Está aprendiendo,
siempre aprendiendo para poder vivir y, en última instancia, al
final de la vida, aprendiendo a pasar una vejez más tranquila y
a esperar la muerte con dignidad.

Pero, ¿vale la pena emplear tiempo, esfuerzos y recursos en la
educación de los ancianos?

En términos económicos de inversión/utilidad podría pensarse
que no. Los ancianos, en general, han dejado de ser producti-
vos y, por lo tanto, su educación o capacitación para el trabajo
ha dejado de ser redituable y recomendable.

Sin embargo, considerando que, desde el punto de vista andragó-
gico y antropagógico, la educación permanente tiene como objeti-
vo, en su contexto más amplio, la constante adecuación del indivi-
duo a los cambiantes aspectos de la vida y del entorno, así
como su capacitación para modificar el medio y las condiciones
a las que se enfrenta a fin de poder ser autogestor de su vida
y su progreso, tanto personal como social, es indudable que di-
cho esfuerzo se justifica plenamente.

No hay que perder de vista que en la ancianidad, como a cualquier otra edad, la educación permanente debe ser adecuada y funcional, tomando plenamente en cuenta los intereses, aptitudes y necesidades de dicho grupo de edad, así como su medio físico y social.

Intereses. Por lo general, en el anciano los intereses se van haciendo más egoístas y concretos a medida que aumenta la edad. Al individuo le preocupan "sus" problemas y su bienestar. Se apega mucho a sus cosas y a su casa. Le preocupa su situación económica y sus enfermedades y, en la mayoría de los casos sólo le interesan sus familiares más próximos y unos cuantos amigos.

Aptitudes. Es lógico que, a medida que la edad progresa, las aptitudes tanto físicas como mentales del anciano merman hasta llegar a la franca decadencia e incluso a la demenciación de la senilidad. La fuerza y la coordinación muscular merman. Los órganos de los sentidos, primordialmente el oído y la vista, van sufriendo deterioro y la presencia de diversas enfermedades agobia al sujeto.

Necesidades. El anciano necesita aprender aspectos eminentemente prácticos que le ayuden a resolver, cuando menos en parte, sus múltiples problemas. Necesita aprender cómo enfrentarse al deterioro físico y a sus enfermedades. Debe aprender a utilizar creativamente la abundancia de tiempo libre. Necesita aprender a manejar sus precarias condiciones económicas. Y, finalmente, debe aprender a adaptarse a su edad, a sus condiciones familiares y sociales, y a la inminencia de la muerte.

Medio físico y social. Aunque tanto el medio físico como el social en el que se desenvuelven los ancianos resultan muy diversos según el caso en particular, lo cierto es que, en

la mayoría de las ocasiones, por razones propias de la edad, es más o menos restringida, ya sea a su hogar o a una institución, sobre todo en los individuos de mayor edad.

A medida que la edad aumenta, el medio del anciano se va restringiendo, llegando incluso al confinamiento y las meras relaciones intrafamiliares. En casos extremos, el anciano llega a caer en el aislamiento y el abandono.

Motivación. Por lo general, en los ancianos la motivación es escasa y restringida a aspectos prácticos. La depresión característica de esta edad hace que el individuo se muestre poco inclinado al aprendizaje, sobre todo si con éste se trata de cambiar hábitos, costumbres o creencias muy arraigadas. Además, por naturaleza, los ancianos son renuentes al cambio.

.....

¿Qué deben, por lo tanto, aprender los ancianos?

Aunque sea reiterativo, considero que al anciano deben ofrecérsele conocimientos eminentemente prácticos que le ayuden de algún modo a aligerar su problemática y a hacerle más llevadera su vida diaria (véase "Consejos Prácticos para los Ancianos" en la sección de Propuestas).

Finalmente, resulta conveniente hacer notar que, como a cualquier edad, la frustración, las necesidades insatisfechas, el resentimiento, etc., harán que el anciano se muestre belicoso, hostil e inadaptado al medio. En la medida en que la acción educativa coadyuve a mejorar la situación existencial del sujeto ayudará también a su felicidad y a su adaptación social.

CUARTA PARTE

Trabajo de campo

INVESTIGACION EFECTUADA EN EL ASILO DE ANCIANOS
"MIGUEL HIDALGO" DE LA CIUDAD DE MORELIA, MICH.

INTRODUCCION

Para poder efectuar una comprobación práctica de los aspectos teóricos obtenidos, se llevó a cabo, en el asilo de ancianos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia, Mich., una investigación sobre las capacidades físicas y mentales de los internados.

Dicho asilo inició sus actividades en el año de 1953 siendo gobernador del estado el Sr. Gral. Dámaso Cárdenas. Aunque después de 35 años de funcionar no ha sido objeto prácticamente de ninguna remodelación o readaptación, cuenta con instalaciones más o menos adecuadas para albergar alrededor de treinta internos de ambos sexos.

Sus recursos económicos son limitados, dependiendo directamente del DIF municipal. El personal a cargo de esta institución está compuesto por una directora, una doctora, una enfermera, tres afanadoras, 2 cocineras, 1 mozo, 2 lavanderas, y 1 cuidadora nocturna (12 en total), personal que resulta insuficiente para las múltiples necesidades de los residentes. No se cuenta, por ejemplo, con un fisioterapeuta, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogo, etc. Sin embargo, puede considerarse que, aunque con carencias, los internos se encuentran adecuadamente atendidos en sus necesidades básicas.

El presente estudio se efectuó en esta institución aprovechando el hecho de que la sustentante consiguió, de las autoridades respectivas, la autorización para efectuar su servicio social en la misma, ya que desde hace más de un año inició los pasos y las indagaciones necesarias para elaborar su tesis dentro del campo de los problemas de la ancianidad.

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta investigación de campo consistió en que sirviera a manera de contrastación con el marco teórico respectivo y además, muy primordialmente, para estudiar las características psicológicas, así como el grado de capacidad funcional, de cada uno de los residentes, a fin de individualizar la atención que reciben, mejorar su adecuación a la institución y encauzar mejor sus relaciones interpersonales, objetivos estos eminentemente prácticos.

MUESTRA

Se sometieron al estudio 31 sujetos residentes en la institución. No se incluyeron otros seis (4 hombres y 2 mujeres) dado que su estado de decrepitud hizo imposible toda comunicación, encontrándose incluso varios de ellos obligados a guardar confinamiento permanente en cama.

Considero desde luego que esta muestra no es representativa, ni en cantidad ni en calidad, de la población general de ancianos, ya que se trata de individuos de la clase económicamente más débil de nuestra sociedad, sin protección familiar y que, en su mayoría, tuvieron condiciones de vida muy precarias, lo cual indudablemente vino a afectar negativamente su vejez. Sin embargo, el hecho de tenerlos fácilmente a la mano y de poder estar en estrecho contacto con todos ellos durante seis meses permitió un estudio más a fondo, el establecimiento de una muy necesaria comunicación y un puente de confianza entre investigador e investigados, así como el intentar cierta reorientación conductual en aquellos casos en que fue factible.

HIPOTESIS GENERAL

Para esta contrastación de campo se partió de la siguiente hipótesis general de trabajo:

LA CONDUCTA DEL ANCIANO SE VE AFECTADA Y DETERMINADA POR UNA SERIE DE FACTORES DE INDOLE BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL.

METODOLOGIA

Considerando que las pruebas comúnmente aplicadas a jóvenes y adultos resultan tediosas y difíciles de utilizar en el caso de los ancianos, muchos de ellos física y mentalmente debilitados, o con alteraciones en los órganos de los sentidos (vista, oído) que afectan la comunicación, se optó por efectuar a cada uno de los internados que fueron incluidos en el estudio una entrevista personal durante la cual se elaboró una Breve Historia Personal (véase cuestionario adjunto) que, al mismo tiempo que permitiera conocerles mejor, sirviera como primer contacto para crear un mutuo puente de confianza que facilitara el resto de la investigación y, además, para establecer aunque sea provisionalmente un primer diagnóstico sobre sus facultades, primordialmente mentales, así como sobre su voluntad de colaboración y de algunos de sus rasgos de personalidad.

Durante todo el periodo de estudio (6 meses) se complementó la historia personal mediante observación y pequeñas charlas "casuales", lo cual permitió ir conociendo mejor a cada uno de los casos. Además, siguiendo las orientaciones de Perlado, se sometió a cada uno de los sujetos a las siguientes pruebas:

- Test mental simplificado
- Escala de valoración geriátrica de Sandoz
- Índice de independencia de las actividades diarias
- Escala de valoración del comportamiento de Crichton
- Lista caracterológica

CONCLUSIONES

De los 31 residentes estudiados, once se encontraron francamente demenciados (35%).

En seis casos se encontraron síntomas de perturbación mental, primordialmente de tipo esquizoide (20%).

En grado variable, prácticamente todos los residentes presentaron problemas relacionados con la salud, desde grados moderados de dispepsia o reumatismo hasta grave incapacidad física.

Asimismo, las relaciones interpersonales de los ancianos entre sí eran conflictivas en su mayoría, abundando las quejas por motivos muy diversos y casi siempre triviales. Solamente cinco de ellos manifestaron encontrarse a gusto en el asilo.

La mayoría de los internos formaban parte de la clase económicamente débil y no hubieran podido mantenerse fuera de la institución. Menos de la mitad recibían la visita periódica de sus familiares, estando el resto prácticamente abandonados.

Aunque, como ya se indicó, esta muestra no puede considerarse representativa, la investigación realizada confirmó el hecho de que LA ANCIANIDAD ES UNA ETAPA DE LA VIDA PLAGADA DE GRAN CANTIDAD DE PROBLEMAS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO.

RECOMENDACIONES

Para el caso en particular de la institución donde se llevó a cabo este estudio, se recomienda:

- Poner en práctica actividades de terapia ocupacional, tales como dibujo, modelado en plastilina, bordado, tejido y pequeñas artesanías.
- Llevar a cabo actividades recreativas, como pequeños paseos, proyección periódica de películas, juegos de mesa, visitas de voluntarios para charlar con los internos, etc.

— Establecer sesiones de orientación conductual a cargo de un psicólogo, a fin de encausar y mejorar las relaciones interpersonales y la adecuación de los internos a la institución.

.....

Con base en los conocimientos teóricos y los resultados obtenidos en este estudio de campo, los dos últimos meses del Servicio Social se dedicaron, primordialmente, a efectuar "Sesiones de Orientación Conductual" tendientes a ayudar a solucionar problemas de relaciones interpersonales entre los internos, así como a mejorar su adecuación a la institución. Los resultados fueron medianamente satisfactorios.

.....

A continuación se presentan extractos de los estudios efectuados a cada uno de los 31 residentes estudiados. Para tal efecto se han utilizado las siguientes claves:

- I- Breve historia personal (los incisos corresponden al cuestionario presentado en la página 85).
- II- Cuestionario del estado mental.
- III- Escala de valoración geriátrica de Sandoz.
- IV- Índice de las actividades diarias de Katz.
- V- Escala de valoración del comportamiento de Crichton.
- VI- Inventario caracterológico (Carrasco)
- VII- Observaciones generales.

Se recomienda, también, consultar al respecto la Hoja de Concentración de Datos de la página 117.



*Asilo de Ancianos
"Miguel Hidalgo"*

*Ayuntamiento Constitucional
de
Morelia, Michoacán*

C. Lic. Emilio Solorzano Soliz
Director General de Servicios Sociales
Presente.

Me permito comunicar a Ud. que la Srta. Laura Angélica Carrasco Curíntzita pasante de Licenciatura en Psicología, hizo su Servicio Social en esta Institución con fecha del 4 de enero al 30 de junio del año en curso, haciendo notar que dentro de su especialidad su trabajo fué muy satisfactorio por su actitud de convivencia con los ancianos y su contribución acertada para la atención del mismo.

Sin otro particular, reitero a Ud. las seguridades de mi atención y respeto.

A T E N T A M E N T E .

Enf. en S.P. *[Signature]*
M. Luisa Armenta Hernández
Directora.



7-VII-88

ASILO DE ANCIANOS "MIGUEL HIDALGO"

CUESTIONARIO PARA LA BREVE HISTORIA PERSONAL

- a) Nombre: Cama: Sexo:
- b) Edad (año de nacimiento)
- c) Estado civil
- d) Familiares cercanos (si los hay) o personas allegadas
- e) Domicilio de los mismos
- f) Tiempo de residir en el asilo
- g) Breve historia personal (origen, recuerdos, matrimonio, hijos, oficio u ocupación)
- h) Estado general de salud
- i) ¿Le gusta residir aquí? ¿Por qué?
- j) ¿Qué le agrada de esta Institución?
- k) ¿Qué le desagrada? {(comida, cama, atención, compañeros)}
- l) ¿Con quién se lleva bien? ¿por qué? (personal, compañeros)
- m) ¿Con quién no se lleva bien? ¿por qué?
- n) ¿Qué más le gustaría tener aquí en el asilo?
- o) ¿Qué le gustaría hacer en su tiempo libre?

Num. 1

I- a) RHM

F

b) 73

c) Soltera

d) Rebeca (sobrina)

e) Lo ignora

f) 2 meses

g) Originaria de Tepalcatepec, Mich., se niega a proporcionar mayores datos; trabajó como sirvienta. Quiere irse a residir al asilo de Zamora.

h) Molestias reumáticas

i) Si

j) Considera que todo está bien.

k) Los pleitos entre los residentes.

l) Con Pilar y con Olivis, porque la trata bien

m) Con nadie

n) Que hubiera un vigilante para que no se pelearan

o) Nada en especial

.....

II- 8

III- 5

IV- 6

V- 10

VI- 2

VII- Condiciones aceptables de salud. Bien adaptada al medio.

Num. 2

- I- a) HH
b) 80
c) Viuda
d) No tiene
e) -----
f) 7 meses
g) Coronela de la Revolución (?)
h) Bueno
i) Si, "vivo como si estuviera en mi casa"
j) Todo
k) Nada
l) Todos, más o menos
m) Con nadie
n) Nada más
o) Platicar

.....

II- 3

III- 36

IV- 3

V- 16

VI- 6

VII- Demenciada, incoherente

Num. 3

I- a) ALR

F

b) 81

c) Viuda

d) Hijos (Gerardo, Pedro y Pablo)

e) Los ignora

f) Un año

g) Su hijo le ha prohibido hablar de la familia pues es un conocido fotógrafo de esta ciudad. Tiene otro hijo en Estados Unidos. Ella trabajó de joven en Filadelfia.

h) Le duele la cintura. Tose mucho de noche.

i) La pasa bien

j) Le gusta que los muchachos visiten el asilo porque lo alegran y atienden lo que les piden

k) Que se peleen

l) Con casi todos

m) Con nadie en especial

n) Nada más

o) Nada

.....

II- Se negó a contestar

III- 48

IV- 4

V- 16

VI- 2

VII- Poco cooperadora; muy irritable

Num. 4

I- a) CGA

F

b) 54

c) Soltera

d) Padre, 2 tías, prima

e) El padre reside en el mismo asilo

f) 3 meses

g) Comenzó a trabajar como sirvienta desde los 6 años. Varios hermanos murieron chicos. Estudio 2 años de primaria. No continuó por falta de recursos. Dice ver ángeles.

h) Buena. A veces padece mareos que le duran 3 a 4 hs.

i) Si

j) Todo

k) Que se peleen

l) Con todos

m) Con nadie

n) Que les llevaran fruta

o) Ver televisión y bordar

.....

II- 7

III- 3

IV- 6

V- 10

VI- 7

VII- Rasgos de esquizofrenia

Num. 5

I- PRC

F

- b) 64
- c) Soltera
- d) Dos hermanos
- e) Luis vive en México; Leopoldo es limosnero y no sabe dónde esté
- f) Medio año
- g) Nació en Tiripetío, Mich. Madre tortillera, padre desocupado. Cinco hermanas y tres hermanos. Casi no fue a la escuela. Trabajó como sirvienta
- h) Bueno, excepto reumatismo en las piernas
- i) Si
- j) El lugar, la comida, "que estén al pendiente de uno y nos cuiden"
- k) Nada
- l) Con nadie en especial
- m) Con nadie en especial
- n) Nada
- o) Nada

.....

II- 2

III- 23

IV- 1

V- 21

VI- 5

VII- Incapacidad física pronunciada. Demenciada

Num. 6

I- SCM

F

- b) 71
- c) Viuda
- d) Nietas
- e) Cuautla, Mor.
- f) Dos años
- g) Nació en Morelia. Tuvo 3 hermanas y 1 hermano. Estudió primaria y trabajó como retocadora de fotografías. Se casó a los 18 años. Enviudó a los 64 años. No tuvo hijos
- h) Ceguera, jaqueca y reumatismo
- i) Si, "por mal que me vaya, estoy bien"
- j) La directora y la doctora son buenas gentes. Le gusta que le den refrescos, dulces y fruta
- k) "Son muy perras unas con otras"
- l) Con Epifanio y Salvador
- m) Con nadie
- n) Thé o café cuando ella quiera. Cenar más tarde. Que la sopa la sirvan caliente
- o) Platícar, dormir, rezar, oír el radio

.....

II- 9

III- 26

IV- 6

V- 15

VI- 8

VII- Se encuentra muy afectada por su ceguera

Num. 7

I- a) JGP

M

b) 86

c) Viudo

d) Dos amigos, Rubén y Noé. Una hija

e) Los amigos, uno por la calle Bucareli y el otro en Zacapu.

La hija en la Col. Los Tepetates

f) Desde el año pasado

g) Los únicos datos que proporciona es que un cura y una señora lo ayudaron a entrar al asilo

h) Le duele el brazo derecho y la cadera izquierda

i) Respuestas incongruentes

j) Idem

k) Idem

l) Idem

m) Idem

n) Rastrillo para rasurarse. Que le cortaran el pelo. "Bálsamo Rascapie para los ojos". Quiere artículos para el aseo personal

o) No dió información

.....

II- Incoherente

III- 35

IV- 5

V- 19

VI- 20

VII- Demenciado, muy mal adaptado al medio

Num. 8

I- a) CUT

M

b) 75

c) Soltero

d) Hermana

e) Uruapan

f) Un mes

g) Originario de Uruapan, no acudió a la escuela; hasta los 15 años aprendió a leer. Considera que el Sr. X, "archimillonario y dueño del asilo" fue quien arregló que lo internaran

h) Padece de la vista y dice que "tiene todos los huesos rotos".

i) No, porque está lejos de su familia

j) No le gusta nada pero tiene que quedarse

k) No le gusta la comida

l) No le habla a sus compañeros porque él "es de Uruapan"

m) No se lleva bien con nadie

n) Nada, porque "se lo roban". Le gustaría "comer más carne y chile"

o) Tener un radio porque le robaron el suyo

.....

II- 1

III- 32

IV- 5

V- 14

VI- 8

VII- Demenciado, con rasgos de esquizofrenia. Problemas auditivos

Num. 9

M

- I- a) JCS
b) 76
c) Casado
d) Medios hermanos
e) Lo ignora
f) No sabe
g) Nació en Tlalquitenango. Empleado federal; esposa enferme-
ra. Un hijo. (Logorrea incoherente).
h) De esta pregunta en adelante se negó a responder

.....

- II- 9
III- 47
IV- 6
V- 13
VI- 13
VII- Falleció

Num. 10

I- a) SMM

M

b) 71

c) Soltero

d) Sobrinos y hermanos

e) No sabe

f) 27 meses

g) Nació en Puruándiro, seis hermanos (viven 5). Estudió hasta tercero de primaria. Trabajó como machetero en un camión de carga. Policía en 1950. Al siguiente año se dió de alta de soldado pero desertó pues no le gustó esa vida. Hace 4 años un camión le fracturó una pierna. La madre era sirvienta; no conoció a su padre

h) Le falla la vista; dificultad para caminar; gran obesidad

i) No le gusta y "se reserva los comentarios"

j) Que le dan comida y ropa

k) Que "hay muchos locos aquí"

l) Con Sarita

m) Con todos los demás porque le llaman "loco marihuano"

n) Que hubiera mejor comida

o) Ver televisión e ir al cine

.....

II- 9

III- 37

IV- 6

V- 12

VI- 10

VII- A pesar de su estado físico y mental aceptable se halla mal adaptado

Num. 11

I- ESO

F

- b) 80
- c) Soltera
- d) Nadie
- e) ----
- f) Un año
- g) Nació en Morelia, tuvo tres hermanos y una hermana. Padre albañil y madre ama de casa. Fue un par de años a la primaria. Trabajó de mozo.
- h) Bueno, con excepción de problemas reumáticos en las piernas
- i) Si
- j) Todo
- k) Nada
- l) María solamente
- m) Nadie
- n) ----
- o) Ver televisión y oír radio

.....

II- 4

III- 12

IV- 1

V- 19

VI- 4

VII- Demenciada, con incapacidad física

Num. 12

I- a) ARR

F

b) 87

c) Viuda

d) Un hermano, una hija y varios conocidos que la visitan

e) El hermano vive en Ziquitaro y la hija a 5 calles del asilo

f) Como 18 años

g) Catorce hermanos; sólo queda uno y ella. Nació en Ziquitaro, Mich. Nunca fue a la escuela. Se casó de 15 años; no tuvo hijos, la hija es adoptiva.

h) Audición disminuida

i) Le encanta

j) Las atenciones que le tienen

k) Nada

l) Con la Directora y con Esperanza "la de la cocina"

M) Con los hombres porque "a ellos no se les habla"

n) Nada

o) Oír radio

.....

II- 8

III- 45

IV- 6

V- 19

VI- 8

VII- Problemas auditivos

Num. 13

I- a) MMD

F

b) 98

c) Soltera

d) Manuel (sobrino) que trabaja en la Coca-Cola manejando un trailer

e) No sabe

f) No recuerda

g) Se quedó soltera porque sus novios se morían. Trabajó de secretaria; también estudio enfermería y partos en la Universidad Michoacana. "Sus familiares trataron de envenenarla" y por eso "lleva 28 años sin andar".

h) Problemas graves de la vista; temblor de manos y pies

i) "Que remedio me queda"

j) De esta pregunta en adelante sólo abordó temas sobre la comida

.....

II- Incoherente

III- 47

IV- 2

V- 22

VI- 6

VII- Demenciada. Gravemente incapacitada. Rasgos paranoicos

Num. 14

I- a) JJC

M

b) 87

c) Soltero

d) Sobrina

e) En la calle Héroes del 47

f) 7 años

g) Nació en Morelia. Era militar. Estudió hasta 6^o año de primaria. Tuvo dos hermanas y un hermano. Sus padres se dedicaban al comercio. Fue chófer desde 1924 a 1981

h) Padece temblores; ligeros problemas auditivos; problemas visuales

i) "No hay de otra"

j) Nada

k) Principalmente estar de ocioso

l) Celsa, porque lo comprende y lo atiende

m) Con Salvador A. porque se droga y anda provocando

n) "Lo que venga es bueno"

o) Hacer y enseñar trabajos de palma

.....

II- 10

III- 4

IV- 6

V- 10

VI- 8

VII- Buena adaptación

Num. 15

I- a) OBB

F

b) 64

c) Soltera

d) Ninguno

e) -----

f) 10 años

g) Nació en Morelia, su padre murió de pulmonía y no lo conoció. Su madre murió en 1958 "del riñón". Dos hermanos que murieron pequeños. Estudió primaria y comercio.

h) Reumatismo. Problemas visuales y auditivos

i) "Qué se le va a hacer"

j) Nada

k) El robadero de las afanadoras. La comida mal sazonada. Hay afanadoras muy majaderas..

l) Con todas las mujeres

m) Con las majaderas

n) Que volviera a ir la profesora de flores. Estambre e hilaza para tejer. Que le devolvieran las revistas de "Vanidades" que le robaron.

o) Rezar y ver televisión

.....

II- 10

III- 32

IV- 6

V- 15

VI- 5

VII- Grave incapacidad física. Mala adaptación

Num. 16

I- a) FAP

F

b) 82

c) Soltera

d) Ninguno

e) -----

f) 7 años

g) Nació en Cd. Juárez. Aprendió cocina y corte en la escuela. Padre agricultor; madre dedicada al hogar. Dos hermanos y dos hermanas. Cursó primaria y secundaria. Trabajó desde los 9 años en cocinas y restoranes, hasta que se internó en el asilo. Su padre murió cuando ella tenía 10 años y su madre cuando ella tenía 15.

h) Operada de hernia, vesícula y apéndice. Amputada de la pierna izquierda.

i) "En ratos"

j) La música que ponen después del desayuno

k) Que la manden a dormir ni que le de el sol

l) Con todos

m) A veces "le caen gordos" todos

n) Nada en particular

o) Nada especial

.....

II- 3

III- 23

IV- 6

V- 18

VI- 7

VII- Denunciada

Num. 17

I- a) ALT

M

b) 94

c) "Juntado" y con tres hijos

d) Una hermana y una sobrina

e) "Pasando el río a Guanajuato"

f) 9 meses

g) Nació en Villa Morelos. Siete hermanos, de los cuales sólo sobreviven él y una hermana. No fue a la escuela; apenas si sabe leer. Trabajó de peón en el ferrocarril, luego de jornalero, peón caminero, etc. No tiene relaciones con su esposa e hijos "pues son gringos"

h) Dolor en el costado derecho y en la espalda. Disnea al caminar. Operado de la próstata. Usa lentes desde 1918

i) No tiene otro sitio donde vivir

j) Le dan de comer y duerme bajo techo

k) Sus compañeros son muy "infantiles"

l) Con nadie

m) Con todos porque no responden el saludo

n) Ver películas

o) Leer y ver televisión

.....

II- 5

III- 16

IV- 6

V- 10

VI- 9

VII- Demenciado

Num. 18

I- a) MGA

F

b) 80

c) Viuda

d) Hija Angelina

e) Por el Mercado Independencia

f) Menos de 1 mes

g) Posponía el relatar su vida y luego se fue del asilo por lo que no se pudo profundizar al respecto

h) Bueno, pero problemas para caminar

i) Si, pero extraña a sus familiares

j) La comida

k) Que la regañen

l) Pikar y Olivia

m) Con Angelina

n) Material para bordar

o) Dormir más, que le dieran naranjas

.....

II- 3

III- 20

IV- 6

V- 15

VI- 9

VII- Demenciada. Salió por su propia voluntad de la Institución

Num. 19

- I- a) PGA F
- b) 75
- c) Soltera
- d) Hermano, Luis
- e) Por Almacenes Zavala
- f) Año y medio
- g) Nació en Queréndaro, Mich.; tres hermanos, ella es la mayor; la menor murió pequeña. Padres comerciantes; papá Presiden te Municipal. Ella estudió hasta tercer año; trabajó como sirvienta en E.U.A. por \$150 dólares a la quincena
- h) "Como mango de manila, apachurrado y dulce"
- i) Si, "porque es la pura vida, como y duermo cuando quiero"
- j) Todo
- k) Nada
- l) Todos, en especial Antonino y Pancho
- m) Ninguno, pero Angelina "le cae gorda"
- n) Nada
- o) Cantar

.....

II- 9

III- 10

IV- 5

V- 10

VI- 6

VII- Adecuada adaptación al medio

Num. 20

I- a) MER

F

b) 75

c) Soltera

d) No

e) -----

f) Dos años

g) Nació en Rincón de Escobedos. Tuvo 5 hermanos mayores.

Padre arriero y lechero, murió cuando eela tenía 15 años.

Fue muy poco a la escuela. Se dedicaba a lavar ropa.

h) Dolor de cabeza al pararse

i) Si, porque le dan todo, ropa y comida

j) Todo

k) Nada

l) Comninguno, "porque la tratan de ratera y animal"

m) -----

n) Lavar trastes y barrer pero no la dejan

o) Fumar

.....

II- 6

III- 33

IV- 2

V- 20

VI- 7

VII- Rasgos esquizofrénicos

Num. 21

I- a) CEC

F

b) 67

c) Viuda

d) Diez nietos, nuera

e) Lo ignora

f) Cuatro años y medio

g) Originaria de Tupátaro. No conoció a su padre. No tuvo hermanos. Un hijo. Su esposo murió de "bilis". Lavaba y planchaba ajeno. Nunca fue a la escuela.

h) Hernia; sufrió fractura de una pierna hace 25 años.

i) "¿ A dónde me podría ir?"

j) Casi todo, "excepto las habas y las lentejas"

k) "El viejo mariguano".

l) Con Don Chucho, porque "le aconseja y se quieren como hermanos".

m) Con: "el viejo mariguano".

n) Más música.

o) Oír novelas en la radio y que le dejaran lavar los trastes.

.....

II- 5

III- 2

IV- 6

V- 10

VI- 4

VII- Demenciada

Num. 22

I- a) S G C

F

b) 75

c) Viuda

d) Dos hijos

e) Morelia

f) Dos años

g) Nació en Pátzcuaro, padre albañil, madre dedicada al hogar. Dos hermanos finados. Estudio hasta tercero de primaria. Nunca trabajó. Se caso a los 15 años; su esposo tenía 14 años. Esposo zapatero, murió del corazón.

h) Reumatismo.

i) Si

j) Todo.

k) -----

l) Con María.

m) -----

n) Lo que quieran regalarle.

o) Pasear dentro del asilo. Hacer gimnasia.

.....

II- 5

III- 32

IV- 4

V- 21

VI- 5

VII- Demenciada

Num. 23

I- a) C D S

F

b) 97

c) Soltera

d) Algunos familiares

e) Morelia

f) Dos años

g) Originaria de Salvatierra. Sus padres tenían una hacienda. Estudió normal y fue maestra de primaria. Tuvo tres hermanos y siete hermanas.

h) Infección en la pierna derecha. Cifosis senil.

i) Si

j) Todo.

k) Que sus parientes la tishen olvidada. Que todos le roban.

l) Todas.

m) Nadie.

n) Fruta; que permitan visitas los domingos y a cualquier hora.

o) Remendar.

.....

II- 9

III- 21

IV- 6

V- 14

VI- 11

VII- Rasgos esquizofrénicos.

Num. 24

- I) a) M V H P
 b) 89
 c) Viuda.
 d) "Su mamá" (?). Sus hijas Margarita y Lupe
 e) "En Buenavista; abajo del Cacalote"
 f) "Un día" (en realidad cuatro meses).
 g) "No tengo por qué contarte nada".
 h) Bueno
 i) Si
 j) Está bonita.
 k) Nada

En las siguientes preguntas se negó a contestar.

.....

- II- Se negó a contestar
 III- 58
 IV- 6
 V- 15
 VI- 15
 VII- Esquizofrenia (dice ver burros en el tejado).

Num. 25

- I- a) M A F F
 b) 74
 c) Viuda.
 d) Dos hermanos, dos hermanas y un "hijo de crianza" con dos nietos.
 e) Ignora dónde viven.
 f) Seis meses.
 g) Nació en Atecucario, Mich., padres campesinos y comerciantes; 4 hermanos y 3 hermanas. Estudió hasta tercero de primaria. Ayudaba en el comercio y cosía a máquina. Se casó a los 30 años. Después de 5 años murió el esposo; no tuvieron hijos.
 h) Reumatismo; dolor de "riñones".
 i) No, "aquí está muy encerrado".
 j) El jardín.
 k) La comida
 l) Pilar y Angelina.
 m) -----
 n) Buenas comidas.
 o) Nada en especial.

.....

II- 6

III- 12

IV- 2

V- 16

VI- 4

VII- Incapacidad física.

Num. 26

I- a) L S H

M

b) 96

c) Soltero.

d) Sobrinos y hermanos.

e) Uruapan

f) 21 años

g) Nació en Pico de Tancítaro. Se negó a dar más datos.

h) Se siente "como de fierro".

i) No, "por el clima".

j) La comida.

k) Respuestas muy incongruentes.

A partir de aquí se negó a responder.

.....

II- Se negó a responder.

III- 39

IV- 6

V- 15

VI- 14

VII- Demenciado.

Num. 27

I- a) P H F

M

b) 64

c) Soltero.

d) Sobrinos.

e) Celaya.

f) Ocho meses.

g) Nació en Tlalpujahua. Padre panadero. La madre hacia rosarios y reliquias. Ocho hermanos. Estudió dos años de primaria. Se crió en Patzcuaro. Desde los 12 años comenzó a trabajar el huaracaje hasta los 56 años. Trabajó un tiempo en los Estados Unidos.

h) Ceguera, gastritis.

i) A gusto, pero preferiría vivir en Uruapan.

j) Las albóndigas.

k) Nada.

l) Pilar.

m) Con nadie.

n) Nada.

o) Platicar.

.....

II- 7

III- 27

IV- 6

V- 15

VI- 13

VII- Geguera.

Num. 28

- I- a) M F V F
 b) 93
 c) Viuda
 d) Ninguno
 e) -----
 f) 7 años
 g) Nació en México. Padre zapatero. Mayor de 4 hermsnos.
 Padre murió de pulmonía y madre de parto. Desde los 7
 años trabajó de criada. Su esposo era mozo de hotel.
 h) Bueno.
 i) Sí
 j) Todo.
 k) Nada.
 l) Amalia, poque "se cayeron bien".
 m) -----
 n) -----
 o) Darle de comer a los pájaros.

.....

- II- 6
 III- 0
 IV- 6
 V- 10
 VI- 10
 VII- Caso notable de geronte en buen estado físico y mental.

Num. 29

I- a) J S R

M

b) 65

c) Casado.

d) Esposa.

e) Texcoco, Edo. de México.

f) 4 meses.

g) Nació en el Estado de México. Trabajó como carpintero. Se casó y tuvo 2 hijos. Múltiples problemas con su esposa por cuestiones económicas. Se fue un tiempo de su casa "a conocer el mundo". Al regresar continuaron las peleas. Desde hace unos 10 meses dejó su casa sin avisar, vagando por el país. En la central de autobuses le robaron la caja con sus pertenencias y se vino al asilo.

h) Bueno.

i) Si.

j) Todo. Goza de libertad y lo tratan bien.

k) El caracter de algunas personas.

l) Con Salvador.

m) Con nadie.

n) Trabajo para entretenerse y beneficiar al asilo.

o) Leer revistas y jugar dominó.

.....

II- 10

III- 10

IV- 6

V- 10

VI- 1

VII- Salud y adecuación aceptables.

Num. 30

- I- a) J G F M
- b) 88
- c) Viudo. (3 veces)
- d) Una hija, dos hermanas.
- e) La hija reside en el mismo asilo. Las hermanas en California, E.U.A.
- f) 22 años.
- g) Nació en Zindurio, Mich. Trece hermanos. Papá campesino; murió del corazón. Madre murió cuando le dio un ataque y se ahogó. Desde los 7 años se inició en las labores del campo. Se dedicó a la peluquería y a la música con un grupo llamado El Coloquio.
- h) Dolor de espalda, visión disminuida.
- i) No, porque lo maltratan los compañeros.
- j) La comida.
- k) Que lo regañan.
- l) Con su hija.
- m) Con Quico y con Alfredo el mandadero.
- n) Que le dieran amistad.
- o) -----

.....

- II- 9
- III- 46
- IV- 2
- V- 15
- VI- 14
- VII- Visión disminuida e incapacidad física

Num. 31

I- a) M A G

F

b) 98

c) Soltera.

d) Ninguno.

e) -----

f) No recuerda

g) Nació en Morelia. Padre soldado; madre "la guacña 'Adelita la Grande', la de la canción". Sus padres la abandonaron a los 7 meses. Sus padres de crianza trabajaban en su casa tejiendo y bordando. Ella trabajó en la cocina y como lavandera. Nunca fue a la escuela.

h) Aceptable.

i) Si

j) Todo.

k) Nada.

l) Con todas.

m) Con nadie.

n) Nada.

o) Coser, bordar y tejer.

.....

II- 9

III- 11

IV- 6

V- 11

VI- 8

VII- Irritable y fabuladora.

INVESTIGACIÓN

CONCENTRACIÓN DE DATOS

Núm orde	Observaciones generales
1	ceptables de salud, bien adaptado al medio
2	incoherente
3	dora, muy irritable
4	esquizofrenia
5	física pronunciada, demenciada
6	cas, reumatismo
7	muy mal adaptado al medio
8	psicosis de esquizofrenia, problemas auditivos
9	
10	física y mental aceptable se halla mal adaptado
11	grave incapacidad física
12	auditivos
13	gravemente incapacitada, rasgos paranoides
14	psicosis
15	psicosis, manifestaciones esquizoides
16	F
17	psicosis esquizofrénicas
18	psicosis
19	psicosis por su propia voluntad de la Institución
20	psicosis al medio
21	psicosis
22	F
23	F
24	F
25	F
26	F
27	F
28	psicosis de gerente en buen estado físico y mental
29	psicosis aceptables
30	psicosis
31	psicosis, incapacidad física

M=Masculino MODA=75 años

F=Femenino

QUINTA PARTE

Conclusiones y propuestas

RESUMEN Y CONCLUSIONES

"Yo soy yo y mis circunstancias"

José Ortega y Gasset

Los ancianos son el sector más desprotegido de nuestra sociedad, constituyendo aproximadamente el 4% de la población, lo cual significa cerca de 4,000,000 de personas mayores de 65 años en el país, con tendencia clara a aumentar, tanto en proporción como en cantidades absolutas.

Ahora bien, como consecuencia natural del incremento de la edad, el organismo sufre un deterioro progresivo que se traduce en alteraciones en diversos aparatos y sistemas, y en afecciones principalmente de tipo degenerativo.

La decrepitud lógica de los años, la merma progresiva de fuerza y entusiasmo, la tendencia a la introversión y al aislamiento, la gran frecuencia de demenciación (que como ya se ha dicho incluso algunos autores consideran "normal" después de los 75 años) y la proximidad misma de la muerte, todo ello contribuye a que, en la mayoría de los casos, la ancianidad resulte en realidad poco envidiable.

Además de estas alteraciones, que pudieramos considerar como personales o individuales, debidas a la edad, el anciano se enfrenta a una gran y variada problemática socioeconómica, como la jubilación forzosa, el desempleo, la falta de recursos económicos, el desplazamiento dentro del seno de su propia familia, el exceso de tiempo libre, etc.

Contra el erróneo y romántico concepto de considerar a la ancianidad como "la edad dorada", donde el individuo no tendría más tarea que sentarse feliz a contemplar su obra y sus logros, lo cierto es que, querámoslo o no, la ancianidad es un periodo de deca-

dencia progresiva física y mental, de segregación social y desesperanza, sobre todo después de los 75 años.

Si a ello se añade la perspectiva social de considerar que el mundo es de los jóvenes (como si éstos nunca fueran a llegar a viejos) y a ver con malos ojos, inclusive los propios familiares, cuando un anciano "no se comporta de acuerdo con su edad", hace que los ancianos, como grupo ya que sin duda pueden existir excepciones, se vuelvan aislados, retraídos, frustrados, y deprimidos, contribuyendo todo ello a aislarlos aún más del ambiente familiar y social.

Súmese a todo ello el poco interés que la sociedad muestra por los ancianos: carencia de médicos, enfermeras, psicólogos y maestros especializados en esta edad; falta de servicios "ad hoc", como clubes y centros recreativos, servicios asistenciales, ayuda domiciliar, etc.; falta de adecuadas residencias geriátricas, y así sucesivamente, y se comprenderá mejor el por qué, cuando menos en nuestro medio, la persona que llega a la tercera edad tiene que resignarse y aceptar lo que escribió Dante a las puertas mismas del Infierno, "LOS QUE LLEGUEN HASTA AQUI, PIERDAN TODA ESPERANZA".

Sus circunstancias, por lo general desesperadas, hacen que el anciano al mismo tiempo tema y desee la muerte, llegando incluso al suicidio.

¿Resulta esto justo? ¿Es correcto que la sociedad condene al aislamiento y a la desesperanza a un individuo por "el delito de ser viejo"? No, definitivamente no. Llegamos a la conclusión de que tenemos forzosamente que hacer algo, por lo menos por el simple hecho de que, tarde o temprano, todos tendremos que llegar a viejos.

Finalmente, considero que son los propios ancianos, dentro de sus posibilidades y capacidades, sobre todo aquellos que acaban de

pasar el umbral de esta edad o están por llegar a él, los que deben interesarse aún más por su problemática, organizarse y proponer, e incluso exigir, soluciones factibles y adecuadas. Si bien en el aspecto biológico es quizá poco lo que se pueda hacer, en el campo social prácticamente está por hacerse. En el siguiente capítulo se señalan algunas propuestas concretas al respecto.

PROPUESTAS

Cualquier investigación, como la que se ha llevado a cabo, carecería de toda utilidad si, como colofón, no se plantearan algunas soluciones a los problemas encontrados.

He meditado mucho sobre esta parte de mi tesis y considero que las propuestas sobre la problemática de la ancianidad pueden enfocarse desde dos perspectivas: unas referidas al anciano como individuo (orientaciones, consejos, etc.) y otro desde el punto de vista de lo que la sociedad puede y debe hacer por los ancianos como grupo de edad desprotegido.

En el primer grupo se encuentran:

- "Consejos prácticos para los ancianos", tendientes a mejorar su salud, sus relaciones interpersonales y su adaptación a la edad, contribuyendo todo ello a una vida más digna.
- "Testamento sobre mi vida", documento redactado por el Concern of Dying, y que se incorpora en este trabajo porque proporciona al anciano la seguridad de una muerte digna.
- "¿Cuántos años me quedan de vida?", una tabla mediante la cual el individuo, o sus familiares, pueden calcular su expectativa razonable de vida.

Por lo que respecta a las propuestas de tipo social, éstas son múltiples, siendo las principales:

- Creación de la Procuraduría del Anciano
 - Establecimiento de la Inversión Social Geriátrica
 - Incorporación de los ancianos al Instituto Mexicano del Seguro Social
 - Creación del Servicio de Visitas de Auxilio Domiciliar
 - Implementación de una Campaña Pro Dignificación de los Ancianos
- A continuación se desglosa cada una de las propuestas señaladas.

CONSEJOS PRACTICOS PARA LOS ANCIANOS

- a) **ACTIVIDAD FISICA SIN EXAGERACIONES.** El cuerpo humano, a cualquier edad, requiere de actividad adecuada para mantenerse sa ludable. Todo individuo, salvo casos extremos de decrepitud o enfermedad, debe procurar hacer algún ejercicio a la medida de sus capacidades. Sin embargo, nunca se debe exagerar; resulta en realidad patético ver a un anciano mayor de 80 años al borde del colapso por empeñarse tercamente en salir a correr dos o tres kilómetros todas las mañanas para hacerse las ilusiones de que aún es joven. Para los ancianos resultan más recomendables los ejercicios calisténicos, algún tipo de aerobics, la bicicleta fija o, si es posible, la natación. En cualquier caso, se debe consultar previamente al médico.
- b) **OBSERVAR EL PESO IDEAL.** La disminución de la eficacia del aparato cardiovascular y la disminución de la fuerza muscular acorde con la edad hacen necesario que el individuo se conserve en su peso ideal, o incluso por debajo del mismo. De manera general, el anciano debe pesar, en kilogramos, una cantidad igual a los centímetros en que su talla exceda del metro y, de ser posible, hasta un 10% menos (por ejemplo, una persona de 1.60 m de estatura, debería pesar como máximo 60 Kg y de ser posible disminuir su peso hasta 54 Kg). No hay que olvidar que con la edad se va reduciendo un poco la talla, aspecto que hay que tener en cuenta para conservar un peso ideal. También sobre este aspecto hay que consultar y seguir los consejos del médico.
- Recuérdese que la obesidad sobrecarga el aparato circulatorio, dificulta la movilidad y predispone a la diabetes.

- c) **COMIDA PRUGAL Y EQUILIBRADA.** Comer bien no significa comer en demasía. La alimentación del anciano nunca debe ser excesiva ni sobrepasar sus necesidades. Un organismo que es menos activo requiere menos alimento. Procure que su alimentación sea equilibrada y en la misma no deben faltar, salvo prescripción médica, carne, huevos, leche, fruta y verduras. Estos dos últimos tipos de alimentos contribuyen, además de vitaminas y minerales, con abundante "fibra" que hace disminuir el colesterol sanguíneo y mejora la motilidad intestinal.
- Hasta donde sea factible evite las grasas de origen animal y sustitúyalas por otras de origen vegetal (aceite de cártamo, margarina, nueces).
- Una dieta equilibrada generalmente no requiere de complementos vitamínicos o minerales. Sin embargo, algunos ancianos, debido a enfermedad o a una dieta insuficiente, necesitarán de algún complemento. Pídale a su médico que, de ser necesario, le prescriba una fórmula geriátrica con vitaminas y minerales en cantidades adecuadas.
- d) **DISMINUYA LA SAL DE LA ALIMENTACION.** Estudios epidemiológicos preliminares hacen suponer que el exceso de sal predispone y contribuye a la hipertensión, así como a la formación de edema (hinchazón) en ciertos padecimientos renales. Disminuya la cantidad de sal que ingiera y aumente el consumo de agua (mínimo dos litros diarios), teniendo siempre en cuenta las orientaciones de su médico.
- e) **MANTENGA SU EQUILIBRIO EMOCIONAL.** Nada contribuye más a una vida miserable que los problemas de tipo emocional. Evítelos. Tenga en cuenta que el mundo seguirá existiendo después de que nos hayamos muerto. No trate de jugar a Dios y querer resolver los problemas de toda la familia; no lo logrará y

lo más probable es que sus familiares se resientan por su intromisión. El anciano merece una vida tranquila. Pero, eso sí, evite el consumo crónico de tranquilizantes.

- f) CONSERVE SUS BUENOS HABITOS HIGIENICOS. El anciano no tiene por qué ser sucio y desaliñado. Por lo contrario, la disminución de la apostura y de la belleza requiere de mayores cuidados personales. El baño frecuente, la ropa limpia y más o menos a la moda, el aliño personal (maquillaje discreto en la mujer; recorte de pelo y resurada en el hombre) contribuyen a mejorar la imagen ante los demás y ante nosotros mismos. Eso sí, evite exageraciones que le hagan ver ridículo ("de la moda, lo que te acomoda").
- g) DISTRACCIONES Y RECREACION PARTICIPATIVA. Salvo casos especiales, el anciano no tiene por qué permanecer aislado entre cuatro paredes. Distraíase, salga, visite a sus familiares y amistades sanos o enfermos. Juegue a la baraja o al dominó con sus amigos. Acuda a algún club social para personas mayores y, si en su localidad no existe uno, ayude a organizarlo; esto le hará sentirse útil y ser de utilidad para los demás.
- Participe en actividades cívicas y sociales, como voluntario(a) para algún trabajo de servicio social (por ejemplo, visitar a otros ancianos menos aptos que Ud.), en campañas por-voto ayudando al candidato de su preferencia, etc.
- h) Si las circunstancias o su caracter no le permiten adecuada actividad social, dedíquese entonces a un pasatiempo creativo, como escribir cuentos, una novela, o quizá hasta sus propias memorias (no se imagina los gratos recuerdos que esto propicia), dibuje, pinte, borde, teja, pero. por favor, haga algo y no se petrifique ante el televisor.

SEXO ADECUADO.

i) Si Ud. tiene todavía la fortuna de contar con su pareja, no huya del sexo (véase el Cap. 9). Con las limitaciones propias de la edad y del estado de salud, el sexo continúa siendo una satisfacción a cualquier edad. Recuerde que aún a una edad avanzada o en casos en que el acto sexual en sí no es recomendable o no resulta factible, las caricias, el beso, el decir unas palabras cariñosas, o simplemente mirarse o tomarse de la mano son demostraciones de cariño, amor y afecto que resultan satisfactorias para ambos.

Si Ud. es viudo(a) o soltero(a), no rehuya nunca la posibilidad de una cita con una persona de su agrado. Ir de visita, salir a comer, ir al cine, al teatro o a un concierto son satisfacciones que Ud. no puede darse el lujo de perderse, ya que lo harán sentirse contento, satisfecho, e incluso, por qué no decirlo, un poco más joven.

j) **AUTONOMIA.** Excepto a una edad muy avanzada o en casos de invalidez, el anciano no tiene por qué ser dependiente. Buenos hábitos y una vida organizada durante la juventud y la adultez, es muy probable que permitan una vejez digna y razonablemente tranquila.

Lo ideal sería que al llegar a la vejez se contara con una fuente mínima pero segura de ingresos (jubilación, pensión, inversiones, etc.) (véase el apéndice V) que le permitan al individuo sufragar sus propios gastos. Sin embargo, de no ser así, no tiene por qué sentirse abrumado, sus descendientes tienen la obligación moral y legal de satisfacer sus necesidades y velar y cuidar de Ud.

k) **NO DEJARSE ESCLAVIZAR POR HIJOS O NIETOS.** Lo más probable es que una persona anciana haya trabajado durante toda su vida; resulta por lo tanto injusto que los familiares, con la errónea idea de que "al fin a mi mamá no le gusta salir",

o "mi papá se aburre en las reuniones", dejen siempre al anciano cuidando la casa, o lo que es peor, a cargo de dos o tres tremendos nietecillos.

Si bien es correcto y adecuado que en casos extremos, como enfermedad o compromisos ineludibles, el anciano se haga cargo de la situación en el hogar, no es correcto que cada fin de semana el matrimonio joven salga a divertirse mientras en el hogar el anciano se queda de "niñera sin sueldo". Esto va contra el más elemental agradecimiento y puede dañar la salud física y mental del individuo.

- l) SUPERVISION MEDICA PERIODICA. Nadie debe ser su propio médico ni confiar en recetas y consejos ajenos. Esto resulta incluso más importante en el caso del anciano, el cual debe siempre estar bajo supervisión periódica de un buen médico, de preferencia geriatra y gerontólogo (especialista en ancianos). Como en el caso de los niños, la salud del anciano requiere de cuidados especiales. Medicación, dieta, ejercicio, etc. deberán ser siempre supervisados por el médico. Todo lo que se invierta en el mantenimiento de una buena salud redituará con creces en el bienestar del enfermo. Como señalan los geriatras: "Quizá no sea posible agregar muchos años a la vida, pero si es factible agregar vida a los años". O, dicho de otro modo, un anciano cuya salud sea bien atendida vivirá más plenamente los años que le resten de vida.
- m) VACACIONES PERIODICAS. Dice el dicho popular que "aunque la jaula sea de oro no deja de ser prisión". El anciano, como cualquier persona y de acuerdo con sus posibilidades físicas y económicas, necesita tomar vacaciones al menos dos veces al año. El conocer otros sitios y personas, el sentirse apto para viajar, harán que el anciano se sienta más optimista y acepte con más resignación las restricciones propias de su edad.

n) ACTITUD OPTIMISTA Y CORDIAL. A nadie sensato puede caberle duda de que la ancianidad es una etapa de decadencia física y mental. Sin embargo, nadie sensato podrá también negar que, en la mayoría de los casos y sobre todo cuando se acaba de cruzar la "barrera de los 65", el anciano todavía puede obtener muchas satisfacciones de la vida.

Una actitud optimista hacia la vida y cordial hacia las personas permitirá una mejor relación interpersonal y disfrutar mejor todo aquello que le sea dado hacer. Recuerde que nadie tiene la culpa de que Ud. haya envejecido y que, si su ancianidad es azarosa y difícil es muy probable que esto se deba a la forma en que Ud. vivió previamente, sin prever que la ancianidad llega para todos aquellos que no mueren jóvenes y que es necesario pensar en ahorrar salud, vigor y también recursos económicos para nuestra ancianidad.

Enfrentese a sus problemas con optimismo y sáquele provecho a los años que le quedan.

o) HUIR DE LOS VICIOS. La ancianidad, siendo un periodo de por sí precario, no es una etapa de la vida que nos permita tener vicios. El alcohol, el tabaco, las drogas contribuirán a minar más la salud, a complicar la existencia y a acelerar la muerte. Si en etapas anteriores de su vida fue Ud. adicto a un vicio, resulta indispensable dejarlo de inmediato. Consulte a un médico o a un psicólogo; ellos podrán ayudarle y en poco tiempo notará Ud. las ventajas de ello.

p) CONCIENCIA DE LAS PROPIAS LIMITACIONES. A cualquier edad resulta un consejo de oro el "conócete a tí mismo" de Aristóteles. El anciano debe estar plenamente consciente, si sus facultades mentales se lo permiten, de sus propias limitaciones y capacidades. Debe conocer lo que puede y lo que no puede hacer, adaptarse conscientemente a su edad y, ¿por qué no?,

tener una conciencia realista de que su fin está más próximo.

Pero esto no debe hacerlo sumirse en la desesperación o la depresión; muy por el contrario, debe hacerle disfrutar hasta la última gota las oportunidades y satisfacciones que aún dispone. No puede darse el lujo de malgastar días o incluso horas quejándose o maldiciendo su suerte, sino, como pudiera decirse en una expresión poética, "disfrutar hasta el último rayo de luz que entre por tu ventana".

Laura Angélica Carrasco C.
Bruno Patiño 118
Morelia, Mich.
.....
Tel. 417-21

130

Junio 14 de 1988

Sr. Rogelio Guzmán, Director General

"La Voz de Michoacán"

Presente

Estimado Sr. Guzmán:

Soy pasante de la Licenciatura en Psicología en el Instituto de Estudios Superiores "Vasco de Quiroga" y como tal estoy elaborando actualmente una tesis sobre la problemática existencial de los ancianos. Como un aspecto importante de la misma he redactado una serie de recomendaciones para el bienestar de las personas de edad avanzada, a la que he denominado, "Consejos Prácticos para los Ancianos" y de los cuales me permito adjuntarle una copia.

Ahora bien, el objeto de la presente es solicitar a Ud. que, con motivo de la celebración del "Día del Anciano" el próximo 28 de agosto, la Voz de Michoacán publique dichos consejos en un suplemento especial ilustrado por su dibujante Orozco. De esta manera, además del indudable valor social de dicha publicación, el diario que Ud. dirige vendría a refrendar que en realidad se trata de un periódico al servicio del pueblo michoacano.

Queda entendido que yo cedería de manera totalmente gratuita mis derechos sobre tales consejos, conformándome con recibir el crédito respectivo por mi iniciativa.

En espera de su resolución, quedo de Uds. att. y S.S.

Laura Angélica Carrasco C.

TESTAMENTO SOBRE MI VIDA

A MI FAMILIA, MI MEDICO, MI ABOGADO, MI CONSEJERO ESPIRITUAL
 A CUALQUIER INSTITUCION MEDICA A CUYO CUIDADO LLEGUE A ENCONTRARME
 A CUALQUIER PERSONA QUE LLEGUE A SER RESPONSABLE DE MI SALUD, MI
 BIENESTAR O MIS ASUNTOS

La muerte es una realidad tan obvia como el nacer, crecer, llegar a la madurez y a la ancianidad; es una de las cosas más ciertas de la vida. Si llegara el momento de que yo _____ ya no pudiera tomar parte en decisiones sobre mi propio futuro, permítaseme que esta declaración constituya una expresión de mis deseos, formulados mientras disfruto cabalmente de mis facultades mentales.

Si llegara a presentarse el caso de que ya no existieran expectativas razonables para mi recuperación debido a extrema incapacidad física o mental, solicito me sea permitido morir y no se me mantenga vivo mediante medicamentos, medios artificiales o "medidas heroicas". No temo tanto a la muerte como a la indignidad del deterioro, la dependencia y el dolor incurable. Por lo tanto, pido se me administre misericordiosamente medicación para aliviar mi sufrimiento, aun cuando con ello pudiera acelerarse el momento de mi muerte.

Expreso esta solicitud tras de cuidadosa consideración y de acuerdo con mis más fuertes convicciones y creencias. Quiero que los deseos e instrucciones aquí expresados sean llevados a cabo hasta el extremo permitido por la ley. Dado que no se encuentran legalmente obligados, espero que aquellos a quienes va dirigido este "Testamento" se sientan moralmente obligados a cumplir con mis deseos.

Firmado _____

Fecha _____

Testigo _____

Testigo _____

Notarización opcional

"Jurado y firmado ante mí

el día ___ de _____

de _____.

.....

Notario Público

(Sello)

Se han proporcionado copias firmadas de este documento a:

.....

Este documento ha sido redactado originalmente en inglés por el Council of Dying, 250 West 57th Street, Nueva York, N.Y., 10107, E.U.A. (Anexo)

Traducido y adaptado al español por la propia autora de esta tesis.

A LIVING WILL

To My Family, My Physician, My Lawyer and all
Others Whom it May Concern

Death is as much a reality as birth, maturity and old age — it is one certainty of life. If the time comes when I can no longer take part in decisions for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes and directions, while I am still of sound mind.

If at such a time the situation should arise in which there is no reasonable expectation of my recovery from extreme physical or mental disability, I direct that I be allowed to die and not be kept alive by medications, artificial means or "heroic measures". I do, however, ask that medication be mercifully administered to me to alleviate suffering even though this may shorten my remaining life.

This statement is made after careful consideration and in accordance with my strong convictions and beliefs. I want the wishes and directions here expressed carried out to the extent permitted by law. Insofar as they are not legally enforceable, I hope that those to whom this Will is addressed will regard themselves as morally bound by these provisions.

Signed _____

Date _____

Witness _____

Witness _____

Optional Notarization

"Sworn and subscribed to
before me this ____ day
of _____ 19____"

(Notary Public)

(seal)

Copies of this request have been given to:

¿CUANTOS AÑOS ME QUEDAN DE VIDA?

Tomando en cuenta sus características personales, factores hereditarios, hábitos y costumbres, tensiones a que esté sujeto, medio ambiente en que se desenvuelve, etc., con ayuda de este cuestionario puede Ud. calcular sus probabilidades de supervivencia. Comenzando con el número 69 (actual expectativa promedio de vida en México), sume los puntos positivos y reste los negativos.

+ -

Si es Ud. hombre reste 3; si es mujer sume 2

Si vive en una ciudad con más de 2 millones de habitantes
reste 2

Si alguno de sus abuelos vivió 85 años o más, sume 2

Si sus cuatro abuelos vivieron 80 años o más, sume 6

Si su padre o su madre murieron de infarto o ataque cardíaco antes de los 50 años, reste 4

Si alguno de sus progenitores o hermanos de menos de 50 años padece cáncer, problemas cardíacos, o es diabético desde la infancia, reste 3

Si ocupa un puesto ejecutivo o directivo, reste 2

Si terminó preparatoria, sume 1. Si es profesionista,
sume 3

Si vive acompañado, sume 5. Si vive solo, reste 2

Si trabaja en oficina, reste 3. Si efectúa algún trabajo físico, aumente 2

Si hace ejercicio cinco veces a la semana durante media hora por lo menos, sume 4

Si dicho ejercicio lo hace sólo dos o tres veces a la semana, sume 2

+ -

- Si duerme más de diez horas diarias, reste 4
- Si es Ud. nervioso, irritable, enojón o agresivo, reste 3
- Si es Ud. tranquilo y apacible, sume 3
- Si es Ud. feliz, sume 1; si no, reste 2
- Si fuma más de 2 cajetillas al día,, reste 8. Entre una y dos, reste 6. Entre media y una, reste 3
- Si bebe 2 o más copas al día, reste 1
- Si tiene sobrepeso por más de 25 kilos, reste 8. Entre 15 y 25, reste 4. Entre 5 y 15, reste 2
- Si Ud. es un hombre de más de 40 años y se somete a una revisión médica periódica cada año, sume 2
- Si Ud. es mujer y acude al ginecólogo a revisión cuando menos una vez al año, sume 2
- Si tiene Ud: entre 30 y 40 años, sume 2; entre 40 y 50, sume 3. Entre 50 y 70, sume 4. Más de 70,, sume 5

.....

LA EDAD QUE PUEDO LLEGAR A ALCANZAR, SALVO IMPREVISTOS, DE ACUERDO CON MIS ACTUALES CONDICIONES DE VIDA ES DE _____ AÑOS, APROXIMADAMENTE

PROCURADURIA DEL ANCIANO

Similar a la "Procuraduría de la Juventud" operada por el CREA, o la "Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia" a cargo del DIF, se propone la creación de la Procuraduría del Anciano, que considero que podría encajar perfectamente dentro de las funciones generales del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Funciones:

- Asesorar a la persona de edad avanzada o a sus familiares sobre la compleja problemática de esta edad, en aspectos tales como jubilación, maltrato, alojamiento, etc.
- Investigar, por ministerio de ley, denuncias sobre maltrato, indigencia, abandono, etc., de personas ancianas y buscarles soluciones factibles.
- Creación de una "Bolsa de Trabajo" para personas ancianas económicamente necesitadas, en ocupaciones adecuadas a su estado físico y mental.
- Creación de albergues adecuados para ancianos indigentes.
- Operación de consultorios gratuitos para los ancianos, atendidos por personal especializado.
- Implementación de actividades recreativas y ocupacionales en las cuales los ancianos puedan ocupar su tiempo libre.

Personal

Dada la diversidad de funciones propuestas, la Procuraduría del Anciano necesitaría contar, además del personal directivo y administrativo, con la colaboración de abogados, médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos en actividades recreativas y ocupacionales, etc., auxiliados por un grupo adecuado de trabajadores voluntarios.

INVERSION SOCIAL GERIATRICA

CONSIDERANDO que todo ser humano tiene derecho a un ingreso económico mínimo que le asegure una vida digna.

Considerando además que los ancianos, por lo general, dejan de ser económicamente activos, se propone establecer la "Inversión Social Geriátrica" bajo las siguientes bases:

i) Todo ciudadano mexicano, por el hecho de haber radicado en el país durante los veinte años previos a cumplir 65 años de edad, tendrá derecho al llegar o rebasar dicha edad a suscribir una "Inversión Social Geriátrica" en Nacional Financiera o en alguna otra institución del sistema bancario nacional.

Cada persona sólo tendrá derecho a suscribir una inversión de este tipo.

ii) La "Inversión Social Geriátrica" podrá suscribirse en cualquier momento en que el anciano, o su representante o tutor legal, lo estimen conveniente mediante el depósito en alguna de las instituciones mencionadas de una cantidad equivalente a 12 (doce) meses de salario mínimo vigente en el momento de efectuar la inversión.

iii) Esta inversión retribuirá intereses mensuales equivalentes al salario mínimo vigente, con los incrementos subsecuentes que el mismo vaya sufriendo. Tal cantidad será pagadera al suscriptor o al beneficiario que el mismo señale en el momento de suscribir la inversión. El beneficiario podrá ser cambiado en cualquier momento a voluntad del suscriptor, siempre y cuando éste se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales. En caso de incapacidad mental, tal facultad corresponderá a su tutor legal que nunca podrá actuar a la vez como beneficiario.

iv) En caso de muerte del suscriptor, y mediante prueba legal fehaciente de la misma, la Institución entregará al beneficiario íntegramente la cantidad inicial depositada, con lo cual cesarán

todas sus obligaciones para con el suscriptor, sus beneficiarios, o sus familiares.

v) Dado que la finalidad de esta inversión es garantizar un ingreso económico mínimo para la subsistencia de la persona anciana, la misma no podrá ser cancelada bajo ninguna ocasión o circunstancia.

vi) A fin de ampliar el beneficio de la "Inversión Social Geriátrica" incluso a clases económicamente más débiles, el anciano de menores recursos podrá efectuar una inversión con 6 (seis) meses del salario mínimo vigente, con lo cual, lógicamente, los rendimientos mensuales se reducirán a la mitad, conservándose todas las demás bases iguales. En este caso, el suscriptor o su representante, en cualquier momento que lo estimen conveniente, podrán incrementar su inversión a una "Inversión Social Geriátrica" completa, mediante la inversión de 6 (seis) meses del salario mínimo vigente en el momento de hacer la conversión.

INCORPORACION AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSIDERANDO que los ancianos constituyen uno de los grupos más inermes y desposeídos de nuestra sociedad, se propone, como un acto de justicia y solidaridad social, su incorporación al régimen del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, bajo las siguientes bases:

i) Todo ciudadano mexicano, por el hecho de haber radicado en el país durante los veinte años previos a cumplir 65 años de edad, tendrá derecho al llegar o rebasar dicha edad, a su incorporación gratuita para recibir los servicios médico-asistenciales del IMSS.

ii) Bajo tal adscripción, el derecho-habiente recibirá atención médica y quirúrgica, así como los medicamentos que sus afecciones requieran.

iii) El asegurado tendrá también derecho a los servicios de fisioterapia y rehabilitación cuando tales atenciones resulten necesarias.

iv) El IMSS ampliará o establecerá talleres protegidos donde los ancianos que así lo deseen y estén aptos para ello puedan laborar a fin de lograr algún ingreso económico y continuar siendo útiles a la sociedad.

v) A la muerte del asegurado, los familiares recibirán una cantidad suficiente para costear los gastos de un funeral sencillo pero digno. Con este hecho cesarán todas las obligaciones del IMSS para con el derecho-habiente o sus familiares.

SERVICIO DE VISITAS DE AUXILIO DOMICILIAR

Ninguna persona debe vivir sola, mucho menos un anciano. Sin embargo, ante la angustiosa situación de muchos ancianos que, por diversas circunstancias, se ven en la necesidad de vivir sin compañía, se propone la creación de un "Servicio de Visitas de Auxilio Domiciliar" controlado y sostenido por las autoridades municipales en aquellas poblaciones en las que el número de ancianos así lo amerite.

Personal. Los servicios propuestos pueden implementarse utilizando pasantes de las carreras de trabajo social, enfermería, medicina y psicología.

Servicios. Es muy diversa la ayuda que puede prestarse a un anciano que vive solo, o acompañado de otro anciano, por lo general el cónyuge. Entre los servicios que pueden proporcionarse están las compras de víveres y otros artículos, el servicio doméstico y la preparación de alimentos balanceados.

A cada pasante de trabajo social se le pueden asignar dos domicilios de ancianos para que los visite a días alternos (lunes, miércoles y viernes, o martes, jueves y sábados), por las mañanas, utilizando con ellos de 3 a 4 horas en cada ocasión, a fin de ayudarles a resolver sus muy diversos problemas.

En cada visita, la trabajadora social puede encargarse de hacer compras, arreglar las habitaciones, mejorar la vivienda y, quizá contando con la cooperación de otra persona voluntaria, encargarse también de ayudar a bañar al anciano, lavarle la ropa, y prepararle los alimentos para dos o tres días, hasta que se practique la siguiente visita domiciliar.

La trabajadora social también puede organizar la ayuda entre los vecinos a fin de que alguna persona de buena voluntad visite

diariamente al anciano durante algunos minutos por la mañana y por la tarde para asegurarse de que se encuentra bien y ayudarlo en alguna tarea de emergencia.

Cuando, a juicio de la trabajadora social, la salud del anciano así lo requiera, puede gestionar su internamiento en alguna institución, o bien la visita de una enfermera domiciliar, un médico o una psicóloga. Estos últimos tres, por su parte, efectuarán visitas periódicas, al menos cada quince días y en forma independiente, a cada uno de los domicilios para vigilar, en sus respectivos campos, la salud física y mental del anciano. Todos estos servicios serán totalmente gratuitos, ya que, como ya se indicó, forman parte del servicio social de los respectivos pasantes.

CAMPAÑA PRO DIGNIFICACION DE LOS ANCIANOS

Los ancianos, como cualquier otra persona, tienen derecho a una vida digna y decorosa, así como al apoyo y a la comprensión de la sociedad.

Para poder llegar a lograr esto, el primer paso es efectuar una amplia campaña de difusión de la problemática de la tercera edad entre toda la población del país.

Como medida inicial, se han entablado pláticas con una empresa de esta ciudad, cuyo producto tiene cobertura nacional, para, a través de periódicos, revistas, radio, TV y también en forma directa, lanzar una amplia campaña nacional pro dignificación de los ancianos, con el siguiente lema:

EL ANCIANO	
TAMBIÉN ES SER HUMANO	
AYÚDALO	APOYALO
RESPÉTALO	
TIÉNDELE LA MANO	

el cual quiere significar que todos podemos, y debemos, dar alguna ayuda a los ancianos.

Bruno Patiño 118

Col. Nueva Chapultepec

Morelia, Mich.

.....

Tel. 417-21

Junio 3 de 1988

Sr. Lic. Jaime A. Salgado Melo

Bebidas Purificadas de Michoacán

Presente

Sr. Licenciado:

De acuerdo con la conversación sostenida con Ud. en días pasados, me permito presentarle por escrito mi proyecto para la "Campaña pro-dignificación del anciano."

Los ancianos son el sector más desprotegido de nuestra sociedad, constituyendo aproximadamente el 4% de la población, lo cual significa cerca de CUATRO MILLONES de personas mayores de 65 años en el país, con tendencia clara a aumentar, tanto en proporción como en cifras absolutas.

La sociedad, sin embargo, muestra poco interés por el anciano y, en general, la persona que llega a la tercera edad tiene que resignarse y aceptar lo que escribió Dante a las puertas del infierno: "Los que lleguen hasta aquí, pierdan toda esperanza."

Esto es a todas luces injusto y por lo tanto llegamos a la conclusión de que tenemos forzosamente que hacer algo en pro de los ancianos.

Ahora bien, como pasante de las licenciaturas en Psicología (IESVaQ) y en educación de adultos (IMCEd), y encontrándome además prestando mi servicio social en el Asilo "Miguel Hidalgo" de esta ciudad, me ha tocado vivir muy de cerca la problemática exis

tencial de los ancianos, a grado tal que incluso estoy redactando mi tesis sobre este tema.

Es precisamente por ello que me estoy dirigiendo a Uds. para solicitarles apoyo en lo que he llamado "Campaña pro-dignificación del anciano." Su ayuda resultaría sin duda muy valiosa y consistiría primordialmente en la elaboración de volantes, cartulinas y mantas con el siguiente lema:

EL ANCIANO	
TAMBIEN ES SER HUMANO	
AYUDALO	APOYALO
RESPETALO	
TIENDELE LA MANO	

Yo me comprometería a distribuir los volantes personalmente, con la ayuda de algunos amigos de buena voluntad, en lugares públicos y concurridos de esta ciudad (supermercados, portales, iglesias, espectáculos, etc.). Respecto a las cartulinas considero que sus propios repartidores y promotores podrían encargarse de colocarlas en todos los comercios que expenden sus productos; yo procuraría también fijar varias de ellas en diversas instituciones y oficinas. Por lo que hace a las mantas, podrían fijarse en la parte posterior de los camiones repartidores y de ese modo circular la campaña por toda la ciudad.

Además he tenido ya pláticas preliminares con funcionarios de radio, TV y periódicos de esta capital para que, una vez iniciada por Uds. la campaña, ésta sea reforzada en los diferentes medios de difusión con "spots" e inserciones gratuitas durante un periodo razonable.

Considero que una labor altruista como la que le propongo hablaría muy bien del espíritu de colaboración cívica de su nego-

ciación. Además, de tener éxito y apoyo la citada campaña en esta ciudad, bien podría ampliarse a otras poblaciones del estado o a otras entidades de la república.

No dudando verme favorecida con su apoyo en bien de los ancianos, quedo como siempre su atta. y S.S.

Laura Angélica Carrasco C.

Además de las propuestas concretas ya desglosadas, pueden hacerse varias otras de tipo más general, pero todas ellas perfectamente factibles, como son:

- Para que cualquier gestión en pro de los ancianos fructifique es indispensable que estos mismos, como grupo, se interesen en sus propios problemas y en la búsqueda de soluciones. Para ello se propone la formación de Uniones de Ancianos, asesoradas de ser factible por un abogado (o por la propia Procuraduría del Anciano), cuya principal función sería solicitar, y exigir, la atención y ayuda que merecen de la sociedad.
- Muchos ancianos viven solos o causando molestias y problemas a sus familiares. Es por ello que resulta necesario estructurar una serie de residencias geriátricas (no simplemente "bodegas para viejos" como son, por desgracia, la mayoría de los actuales asilos de ancianos). Dichas residencias deben ser diseñadas por arquitectos tomando perfectamente en cuenta las necesidades e incapacidades de los ancianos, para lo cual deben ser asesorados por un geriatra y geróntólogo. Deberán contar además con áreas recreativas y de terapia ocupacional. Se evitarán los galerones-dormitorio usuales en este tipo de construcciones, cambiándolos por "módulos de convivencia" para 3 o 4 internos, que combinen compañía y privacidad, propiciando las relaciones interpersonales y la estructuración de una "familia sustituta".
- Los ancianos se sienten indudablemente más cómodos, como acontece a cualquier edad, cuando conviven con personas contemporáneas con aficiones e intereses similares. Para ello se propone que, en toda población cuya cantidad de ancianos lo amerite, se establezcan centros recreativos exclusivos para mayores de 65 años, con instalaciones adecuadas para ellos, donde

podieran, por ejemplo, jugarse damas, ajedrez, dominó, bolos, ping-pong, etc.; donde pudiera escucharse música y verse películas "de antaño"; con una adecuada biblioteca de interés general; donde pudiera acudirse a talleres de dibujo, pintura, grabado, cerámica, escultura, fotografía, etc.; y donde, sobre todo, los ancianos pudieran convivir en clubes o asociaciones (un geriatra de esta ciudad de Morelia ha pugnado por establecer un grupo denominado "Panteras Grises" con ancianos saludables y entusiastas; por desgracia, el apoyo de las autoridades ha sido nulo).

- Muchos ancianos, sobre todo los recién jubilados, pueden aún ser productivos en beneficio de sí mismos, de su familia y de la sociedad. Resultaría muy conveniente, como en el caso de ciertos minusválidos, que instituciones como el IMSS, el ISSSTE o el DIF establecieran talleres y ocupaciones en ambientes protegidos bajo la vigilancia y supervisión de personal especializado, donde, por ejemplo, se pudieran llevar a cabo reparaciones de aparatos electrodomésticos, fabricación de pequeños muebles, confección de alfombras, etc.
- Aspectos muy importantes de la tercera edad son los referentes a la salud, tanto física como mental, lo cual se refleja sin duda en toda la vida del anciano. Es indispensable que en las instituciones asistenciales (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) se reconozca la importancia de la geriatría y la gerontología y se establezcan servicios médicos y asistenciales especializados, con personal médico y paramédico bien adiestrado, y que cuenten con la colaboración de psicólogos, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc., interesados y adiestrados en los problemas específicos de esta edad.
- Para ello es asimismo necesario que las universidades, facul-

tades y escuelas respectivas propicien el establecimiento de ramas de especialización en la atención de ancianos (médicos geriatras y gerontólogos, enfermeras geriátricas, psicología y psiquiatría geriátricas, maestros especializados en educación de ancianos, etc.).

- Salvo en casos extremos de severa decrepitud o demenciación avanzada, los ancianos no deben permanecer aislados entre las cuatro paredes de su hogar o de una institución. Para evitar esto, se propone la creación de una agencia, gubernamental o privada, de turismo y recreación geriátricos, que en forma programada y periódica propiciara adecuados viajes y excursiones para ancianos, asistencia a conciertos, visitas a museos y exposiciones, etc.
- Los ancianos, quizá más que cualquier otro grupo de edad, necesitan estar en eficaz y constante contacto con el mundo que los rodea; para ello resulta vital toda la información que se les pueda proporcionar pero, claro está, la misma debe ser adecuada a sus propios intereses. Es necesario que en radio y TV se transmitan, en un horario adecuado, programas dedicados especialmente a los ancianos, con música "de antaño", comentarios y entrevistas especiales, consejos para la salud e interacción social de los ancianos, etc., y que, por otra parte, sirvan de foro para que los propios ancianos se manifiesten y expresen sus problemas e inquietudes.
- Muy conveniente es que, en diarios y revistas, se dedique una sección permanente para la problemática y expresión de la tercera edad. Considero que sería todo un éxito desde el punto de vista social y económico la publicación periódica de una revista dedicada única y exclusivamente a la tercera edad, con tópicos y reportajes de interés para los ancianos, y anunciando servicios y productos básicos y adecuados para ellos.

- Al anciano le sobra tiempo libre; sobre todo el recién jubilado pronto se aburre por no tener que hacer nada. Propongo que, ya sea en el seno del Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación (IMCEd), en la Normal Urbana Federal, o bien como una institución independiente se cree una "Escuela de la Tercera Edad" con cursos y talleres adecuados a las aptitudes e intereses de los ancianos. En el estudio y diseño curricular para dicha institución pueden, y deben, colaborar los maestros que están egresando de la Licenciatura en Educación de Adultos dentro del marco de la Educación Permanente del IMCEd, asesorados por médicos gerontólogos, psicólogos, sociólogos, trabajadoras sociales, etc.

.....

Considero que con buena voluntad y esfuerzo, todos los aspectos propuestos resultan factibles de realizarse. Todos debemos comprometernos hacia tal fin.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ GAYOU, J.L.

Elementos de Sexología

Nueva Editorial Interamericana, México, 1987

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Committee on Human Sexuality

Human Sexuality, 2a ed

American Medical Association, 1972

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastor-
nos mentales

Masson, S.A., Barcelona, 1987

ARDILA, A. y ROSELLI, M.

Cómo atender y cuidar a nuestros ancianos en la casa

La Prensa Médica Mexicana, México, 1986

EINSTOCK, R. y SHANAS, R. (Editores)

Handbook of Aging and the Social Sciences

Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1976

BIRREN, J.E. y SCHAE, K.W. (editores)

Handbook of the Psychology of Aging

Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1977

BIRREN, J.E. y SLOAN, R.B. (editores)

Handbook of Mental Health and Aging

Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1980

BOTWIN, C.

¿Hay sexo en el matrimonio?

Javier Vergara, Buenos Aires, 1987

BRESLAU, L.D. y HAUGH, M.K. (editores)

Depression and Aging. Causes, Care and Consequences
Springer, Nueva York, 1982

BROCKLEHURST, J.C.

Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología
Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1975

BUTLER, R.N.

Why Survive? Being Older in America
Harper & Row, Nueva York, 1975

COMFORT, A.

The Biology of Senescence
Elsevier, 1979

ERIKSON, E.K.

La adultez
Fondo de Cultura Económica, México, 1981

ERIKSON, E.K.

The Life Cycle Completed
Boston, Nueva York, 1982

GARCIA HERRERA, A.

Quien debe morir
Costa-Amic, México, 1976

GOLDMAN, H.H.

Psiquiatría General
El Manual Moderno, México, 1987

KASTENBAUM, R.

Vejez. Años de plenitud

Harper & Row Latinoamericana, México, 1980

KUSNETZOFF, J.C.

El Hombre Sexualmente Feliz

Javier Vergara, México, 1987

LINDEMAN, D.A.

Alzheimer Disease Handbook

Aging Health Policy Center, San Francisco, 1984

MILLER, N.R. y COHEN, G.D. (editores)

Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia

Raven Press, Nueva York, 1981

MULLER, Ch. y WERTHEIMER, J.

Psychogériatrie

Masson, París, 1981

PERLADO, F.

Geriatría

Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1980

SMYTHIES, J.R. y CORBETT, L.

Psiquiatría para estudiantes de medicina

La Prensa Médica Mexicana, México, 1981

SOLOMON, P. y PATCH, J.D.

Manual de Psiquiatría

El Manual Moderno, México, 1984

APENDICE

Morir digno y decisión médica

Dr. Ignacio Chávez*

De todos los procesos biológicos que constituyen la vida del hombre, sólo hay uno común a todos sin excepción, que es la muerte; tan universal y tan inexorable que, paradójicamente, sin ella no habría vida. Es un paso obligado que el hombre de todos los tiempos ha visto con temor, lo mismo el hombre primitivo que el civilizado de hoy. No importa que este temor haya sido inspirado por ideas religiosas o por el solo instinto de conservación; que el hombre haya temblado ante la idea de no reencarnar en otra vida o ante el castigo de Dios que le aguarda; que sea por los sufrimientos físicos de que se acompaña, o por el dolor del alma al abandonar a los seres queridos. Lo mismo los que creen en la vida del más allá que los que no la aceptan, los de fe religiosa y los agnósticos, en todos es habitual, es humano, el temor de morir.

Cuando esa hora llega como término de una larga enfermedad que ha permitido ver que el fin se va acercando, agotados ya todos los recursos médicos y vencidas las resistencias del enfermo, se plantean a veces una situación que puede ser estrujante para el médico y para el propio paciente. La etapa terminal ha existido siempre, pero no así el problema de conciencia que suscita. Este problema es de nuestro tiempo, fruto de los avances recientes de la medicina y de los recursos técnicos de que hoy disponemos y que permiten sostener la vida del enfermo por días, por semanas o por meses, en ocasiones por años, casi a voluntad.

* Chávez, I. Morir digno y decisión médica. Inforsyntex, Mayo-Junio, 1983

Estos recursos no los conocieron los médicos de otros tiempos, ni siquiera los de comienzos de este siglo. Datán apenas de tres o cuatro décadas. Son los que permiten mantener oxigenado a un enfermo y evitar la asfixia, alimentarlo intravenosamente para evitar que caiga en inanición; hacer latir su corazón bajo un estímulo eléctrico para contrarrestar los efectos del gasto cardia co, mantener su circulación para que se sobreponga al shock; lim piar su sangre de los productos de desecho, mediante la diálisis para evitar la uremia y, en casos de descerebración, cuando el control de las funciones orgánicas se ha perdido por muerte cere bral, mantener la vida biológica, la respiración, la circulación, la nutrición, por meses y por años con artificios de técnica.

Cuando se trata de un episodio agudo que avanza implacablemente hacia la etapa terminal, no es frecuente que haya problemas de conciencia en lo que toca a la actitud médica. Ya sea infarto del miocardio o gruesa embolia pulmonar, hemorragia profusa o traumatismo severo, estado de shock o cuadro tóxico grave, el mé dico recurre a todos los medios de su técnica, con la esperanza de que sea salvadora. Lucha contra el riesgo de muerte porque sabe que son muchos los enfermos que pueden salvarse. Los medios ordinarios y los extraordinarios; todos le son permitidos. Es la lucha de todos los días en las unidades de terapia intensiva postoperatoria y en los servicios de urgencias cardiovasculares. Moni tores, caté teres, transfusiones, marcapasos, drogas; a todo se recurre en las horas críticas, porque la vida está en juego y el resultado final lo justifica. Por ejemplo, del 32% de la mortali dad en los pacientes que llegaban al Instituto de Cardiología en las primeras horas del infarto miocárdico, hoy se salvan la mitad. Nadie objeta que las maniobras hayan sido molestas para el enfermo ni costosas para la institución. Son vidas salvadas y es deber médico cumplido.

Pero el problema es otro. Es el de los enfermos crónicos que llegan a la etapa terminal sin solución médica previsible. ¿Qué conducta seguir? ¿Luchar? ¿Luchar hasta lo último, echando mano de todos los recursos disponibles? ¿Cejar, admitir lo inevitable y suspender toda actuación, dejando al enfermo en el desamparo? ¿O bien una posición intermedia, limitada a mitigar sus sufrimientos? Esto en la esfera física, somática. En cuanto a la espiritual: ¿ocultar al enfermo su estado, mintiéndole piadosamente? ¿Informarle, con todo el tacto de que se sea capaz, de la proximidad del fin para que se prepare al tránsito? ¿O simplemente callar, como mero espectador del drama? En una palabra, ¿evitarle la angustia de saber o ayudarlo moralmente a esperar la muerte?

La situación no puede ser más compleja y no cabe una respuesta uniforme, ya que son muchos los factores en juego, que inclinan a conductas diferentes. Primero el enfermo mismo, según sea su capacidad de sufrimiento físico y su actitud de valor o de angustia ante la muerte; en seguida la familia, con sus exigencias de actuar o de abstenerse; y en medio de ellos, el médico, solo frente a su conciencia, que conoce los mandatos de su deber profesional lo mismo que los dictados de la ley, y atento a sus sentimientos como hombre. "Frente a la muerte uno está siempre solo", dicen Schwartzberg y Ponté, y agregan: "Frente a la muerte de un enfermo son dos los que están solos y es preciso decidir. El médico está obligado a escoger. A escoger en conciencia."

Veamos el factor enfermo. Conscientes o no de su estado final, víctimas de los dolores o de las molestias propias de la enfermedad y, sobre todo, presos de angustia, hay enfermos que esperan ansiosamente que el médico actúe y les alivie el sufrimiento; en una palabra que los salve. Otros, a la inversa, agotados por las torturas de los catéteres en las venas, los entubamientos, las son

das, las mascarillas e inyecciones, piden al médico que suspenda todo y que les deje morir en paz. Esta aceptación de la muerte, esta filosofía de llegar a ella con serenidad, con dignidad, no se la ve sólo en la hora final. Hay personas que previendo esa situación han firmado, cuando están sanas, instrucciones para que no se las someta, llegado el caso, a procedimientos extraordinarios y se les eviten las molestias de una terapéutica encarnizada. Así, un grupo de sabios, entre ellos tres premios Nobel, firmaron hace cuatro años un documento pidiendo que no se intentara mantenerlos en vida a cualquier precio y que, llegando el fin, se les dejara morir en paz. La familia, por su parte, puede presionar en un sentido o en otro. Mirando la inutilidad de seguir, dolidos de la prolongación de la agonía y el sufrimiento de su enfermo, es frecuente que reclamen la abstención.

¿Y el médico? Cuando llega al convencimiento de lo inevitable, puede plantearse para él la gran interrogación. Unas veces es fácil de decidir, en otras es duro problema de conciencia. Porque es él y sólo él quien va a decidir en definitiva. Por un lado el deber profesional, con las exigencias de su ética que le ordenan poner todo su esfuerzo, toda su devoción en favor del enfermo para salvarlo. Por otra, su razón, que le indica la inutilidad de prolongar una lucha estéril, que sólo procura molestias, sufrimientos y gastos innecesarios. ¿Qué hacer? ¿Proseguir? ¿Detenerse? Analicemos las diferentes situaciones.

Cuando el enfermo está inconsciente, como es el caso del descebrado que lleva tiempo sin reacción a los estímulos, con EEG plano y que sólo conserva las funciones vegetativas, el médico admite que aquel cuerpo está muerto, o cuando menos, como se ha dicho, se trata de un cerebro muerto en un cuerpo vivo. Para nosotros, médicos, no hay duda de que esto se llama muerte; basta con suspender los artificios técnicos, con desconectar los aparatos que mantie-

nen la apariencia de vida, para que todo cese. Y no es problema de conciencia hacerlo. Sólo habría que contar con la autorización de la familia para evitarse posibles reclamaciones judiciales. La ley admite entre nosotros (no en todos los países), que la definición cabal de la muerte la da la muerte cerebral comprobada.

Un caso ilustrativo es el que he referido en un trabajo reciente. Se trataba de un médico, antiguo discípulo y amigo, a quien atendí por un infarto de miocardio. Años después, en un segundo infarto, presentó paro cardíaco. El choque eléctrico no fue de pronto efectivo y tardó varios minutos en lograrse la resuscitación. Desgraciadamente el enfermo quedó descerebrado. En esas condiciones fue llevado al Instituto de Cardiología y fui llamado para examinarlo. Comprobé la realidad de la muerte cerebral; pero a la mitad del examen sobrevino un nuevo paro del corazón. Uno de los jóvenes residentes acudió apresuradamente con el estimulador eléctrico para dar un nuevo choque. Sorprendido vio que lo detuve diciéndole: "Es inútil. Si logra Ud. que lata de nuevo el corazón, no por eso le habrá devuelto la vida. Está descerebrado. Hay que dejarlo morir en paz". Un acto así, ¿es eutanasia? De ningún modo; es sólo renunciación a un procedimiento extraordinario que en nada beneficia a un hombre que ya ha muerto como persona y sólo arrastra una pobre vida vegetativa.

Una situación menos clara de decidir es la del enfermo crónico, fatalmente condenado, pero lúcido y sometido al sufrimiento físico y psíquico de su etapa final. El caso del canceroso, por ejemplo, invadido de metástasis y con fallas funcionales de todo orden. La terapéutica frondosa de radiaciones, de quimioterapia, de transfusiones, de oxigenación y de analgésicos ha agotado ya sus beneficios. ¿Qué hacer? Suspender todo tra-

tamiento sería una forma de desamparo cruel, así lo pida el propio enfermo en su desesperada renunciación a vivir. Pero sí cabe suspender toda lucha por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos, de tranquilizadores y de somníferos que emboten el sufrimiento físico y la angustia. No importa que el empleo de esas drogas disminuya la resistencia del enfermo y acorte en horas o en algunos días su vida. Es acortar sólo su etapa terminal.

Nadie podría decir que ha habido en esta forma eutanasia, la activa, la genuina, la que se provoca con el empleo de drogas que tienen efectos letales per se. A lo sumo podría hablarse — y no siempre con justificación — de eutanasia pasiva, la que no constituye una agresión, sino que es sólo ayuda piadosa para hacer menos larga y penosa la agonía y que evita mirar cara a cara la llegada de la muerte.

Limitarla a eso no choca con la religión, que ordena "No matarás" Ya Pío XII lo sentenció diciendo que en estos casos no hay obligación moral de recurrir a los medios extraordinarios, que con los ordinarios basta para auxiliar al prójimo. No choca con la ley, que no castiga el suicidio, pero sí la ayuda para perpetrarlo, igual que castiga sólo la eutanasia activa, así sea por móviles de piedad. No choca tampoco con la ética profesional, que nos obliga a ayudar con empeño a nuestros enfermos, pero no a someterlos a prácticas que por mucho que sean científicas, se vuelven en estos casos inhumanas.

Actuar limitadamente así es una forma de respetar la dignidad del paciente dejándole morir en paz, calmadamente, en la actitud serena, en cuanto cabe, del hombre que termina su jornada sin luchas, sin la tortura de eso que se ha llamado el encarnizamiento terapéutico. Jean Lhermitte nos lo recuerda en frase feliz: "El respeto a la vida comienza por el respeto a la muerte. Todo hom

bre tiene derecho a morir en paz y a su hora".

Queda una última situación por considerar; ésa que si merece el nombre de eutanasia, la de poner fin deliberadamente a la vida del enfermo que está condenado a morir en plazo más o menos corto, pero indefinido, que puede ser de semanas o aun de meses. El acto puede estar inspirado en la piedad y aun obedecer a la petición angustiada del propio enfermo. Sin embargo, es acto que la ley no autoriza y que no cabe en la ética profesional. Después de todo, es dar muerte a un hombre, y nosotros, médicos, estamos para salvar vidas, no para troncharlas. Quizá en tales casos la conciencia del médico no sufra, sabiendo que con su acto sólo ha buscado aliviar de dolores y de angustia a un hombre condenado a muerte. Sin embargo, la eutanasia real, activa, es ante la ley un homicidio y un médico que se otorgue esa libertad de decisión sería visto en la sociedad como un peligro. La profesión médica misma sufriría pérdida en la confianza general si esa práctica llegara a generalizarse o a permitirse cuando menos.

Limito a lo anterior la discusión del tema que me fue señalado, del respeto que merece el enfermo que llega a su etapa final y de los límites que tiene la decisión médica. Quedaría por discutir el derecho del enfermo a saber la verdad de su estado y el conflicto en que se mira el médico para no herirlo. Falto de tiempo para esta discusión, me limitaré a sintetizar las tesis que hoy he sustentado.

En un Simposium tenido recientemente en el Instituto Nacional de Cardiología sobre los derechos del enfermo, los resumí en los siguientes cinco, a mi juicio los más importantes: (1) derecho a que se respete su vida y su integridad física; (2) a recibir atención médica impartida con todos los recursos de la ciencia y toda devoción; (3) derecho a que se respete cabalmente su dignidad de

ser humano, lo mismo en la vida que a la hora de morir; (4) a saber la verdad de su estado de salud, para hacer los preparativos que juzgue necesarios, y (5) a que el médico guarde en secreto las confidencias que le haya hecho.

Los deberes del médico, afirmó en esa ocasión, son los correlativos a esos derechos. Imperativos tanto de carácter científico como de orden moral; pero en el fondo, más del orden moral que del técnico. En efecto, poner devoción e interés en la atención del enfermo es algo que no depende de la educación científica sino de la educación moral del médico. Respetar la dignidad del paciente no atendiéndolo en forma friamente desdeñosa e inhumana ni sometiéndole a exploraciones o tratamientos molestos e injustificados o a traumas emocionales, no es resultado del saber científico sino que brota de la conciencia del médico, como fruto de su elevación moral. Igual podría decirse del respeto al secreto médico. Louis Portes, el eminente jurisconsulto francés, lo justifica diciendo que "no hay medicina sin confianza, ni confianza sin confidencia, ni confidencia sin secreto". De aquí la obligación de conservarlo.

De lo anterior puede concluirse que el respeto a los derechos del enfermo, en especial a su dignidad de hombre, va más allá de lo que exige la preparación académica del médico y que faltar a ese respeto es grave falta de ética profesional.