



Depresión reactiva en ancianos institucionalizados

Resumen

Objetivos: Describir la problemática del anciano institucionalizado y no institucionalizado, y si la internación geriátrica produce mayor depresión reactiva, sentimientos de soledad y abandono.

Métodos: Estudio de tipo comparativo descriptivo de corte transversal. Se administró la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. El cuestionario de Pfeiffer, que evalúa el estado mental; la Escala revisada de soledad y Entrevistas semiestructuradas.

Se aplicó a una muestra de 71 sujetos, contenidos en un rango etario entre 65 y 91 años de edad institucionalizados y convivientes con sus familias.

Resultados: El 55,56% de mujeres y el 88,24 % de los varones institucionalizados presentan depresión establecida. Por el contrario, no así los no institucionalizados. En cuanto a Deterioro cognitivo entre los institucionalizados se registra el 45,09%, no presentándose entre los que viven en sus

hogares. En Soledad y abandono también se registra un porcentaje mayor en mujeres internadas que en aquellos ancianos no institucionalizados.

Conclusiones: Los resultados nos llevan a plantear que alejar al anciano del ámbito familiar y social eleva las posibilidades de padecer depresión reactiva soledad y abandono.

Palabras clave: Vejez, institucionalización, depresión reactiva, soledad.

Abstract

Objectives: To describe the senescent's vital issue whether living in an old age home or not, and if the geriatric confinement produces much more reactive depression, loneliness and abandonment.

Methods: A comparative-descriptive-transversal cut approach. The following have been administered Yesavage old age depression Scale, Pfeiffer Questionnaire for Mental

State Evaluation, Revised loneliness Scale and Semi-structured Interviews. It was applied a 71 old people between 65 a 91 years of age. Who was old age home confined or family cohabited sample.

Results: 55,56% of old age home female residents and 88,24% male residents show settled depression. However, a lower percentage was shown in non-residents. 45,09% cognitive impairment accounts only for old age home residents. Home living senescents show no cognitive impairment, with respect to loneliness and abandonment a higher percentage is registered in old age home female residents than in non-residents.

Conclusions: This results in the fact, that family and social environment withdrawal in the elderly is bound to increase the possibilities of suffering from reactive depression, loneliness and abandonment.

Key words: Old age, old age home residents, reactive depression, loneliness.

Capítulo 1: Dimensión Epistemológica

1.1. Planteo del problema: situación problemática

Las expectativas de una mayor longevidad que se han dado con el transcurrir de los años y sobre todo en las últimas décadas, debido a los innumerales adelantos científicos y tecnológicos, así como progresos sociales, han permitido una mejor atención primaria y calidad de vida de la ancianidad. Lo que provoca un aumento de la población que muchas veces, no se sabe cómo enfrentar. El aumento de la longevidad ha sido una de las mejores noticias del siglo XX, pero en los países desarrollados, junto con el aumento de la esperanza de vida se experimenta un creciente descenso de la natalidad. Como consecuencia de eso, la sociedad envejece. El número de ancianos aumenta veinte puntos porcentuales más que el crecimiento de la población general. El aumento de las personas ancianas en un contexto donde la ancianidad es considerada sinónimo de enfermedad, decrepitud, pérdida de capacidades, provoca un problema social, por lo que se hace necesario implementar medidas tendientes a garantizar el bienestar y la inserción social de las personas de tercera edad. Nos encontramos así, en la generación con mayor proporción de personas mayores en la historia.

¿Es también la generación que más respeto le concede a la vejez? Todo parece indicar que no, según el especialista en bioética, el español José García Férrez "la pérdida de importancia y relevancia social de los mayores ha propiciado lo que en la actualidad se denomina técnicamente "etaísmo". Se trata de un conjunto de valores y actitudes que vienen a marginar en todos los órdenes de la vida al anciano y a producir un deterioro de la estima social.

1.2. Objeto de estudio

Depresión, soledad y abandono en el adulto mayor institucionalizado y en aquellos que habitan en sus hogares.

1.2.1. Problema

¿Cómo influye la institucionalización y la permanencia en sus hogares en la aparición de depresión reactiva, sentimientos de soledad y abandono en el adulto mayor?

1.3. Hipótesis

Depresión reactiva, sentimientos de soledad y abandono son más significativos en los adultos mayores institucionalizados, que en aquellos que viven en sus hogares.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos generales

Este trabajo de investigación se propone describir la problemática del adulto mayor institucionalizado, como no institucionalizado y los factores que llevan a un anciano a sufrir depresión reactiva y a experimentar sentimientos de soledad y abandono.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la influencia del medio familiar y social en el adulto mayor.
- Conocer las propias percepciones que tiene el anciano sobre el envejecer.

1.5. Variables

1.5.1. Variable independiente

Definiciones conceptuales

Institucionalización: Se entiende por institucionalización al pasaje de un hábitat a otro, que provoca un cambio en el adulto mayor, este cambio podría tener consecuencias en su vida total, afectando su entorno físico, sus hábitos y sus relaciones interpersonales. Julia M. Carbal Prieto (1980).

No institucionalización: Ancianos que habitan en sus hogares solos o con sus familias.

1.5.2. Variable dependiente

Definiciones conceptuales

Depresión reactiva: El término depresión reactiva debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso, pero de una intensidad y duración que no están proporcionadas al acontecimiento.

Estos accesos depresivos sobrevienen bajo la influencia de factores exógenos (emociones, conflictos, acontecimientos traumáticos).

Favorecidos por una predisposición de la personalidad de base, como si la tolerancia al "stress" estuviera descendida en determinados individuos. Henry Ey (1969).

Soledad: Definimos Soledad, desde el punto de vista psicológico, como un sentimiento, más que un concepto objetivo. El sentimiento de soledad es personal e íntimo, pero incluye la respuesta de más personas y circunstancias que rodean al individuo que se siente solo.

En la soledad hay un impulso por liberarse del malestar, intentando nuevas relaciones, mientras que en la depresión hay un abandono o sometimiento a ella. Weiss, R (1973).

Abandono: Es desamparar a una persona o cosa, ser negligente, descuidar lo que hay obligación de atender. Nueva Enciclopedia Sopena (1954).

Adulto Mayor: La denominación de "adulto mayor" es para aquella persona que comienza a mostrar algunos signos de envejecimiento en lo corporal y que en lo social se halla atravesando etapas de pérdida de roles, debido a cambios en su ámbito familiar y laboral.

Además de la edad, cuentan otras características personales, como el estado físico, enfermedades, historia personal, familiar y profesional. El envejecer se produce de manera personal y diferenciada. Elbert y Antonuccio (1985).

1.6. Justificación

El presente trabajo de investigación tiene por objeto realizar una aproximación descriptiva-comparativa de la problemática del anciano con depresión reactiva, soledad y abandono provocado por la institucionalización, y verificar si las mismas reacciones se presentan en aquellos ancianos que habitan en sus hogares.

El proceso de envejecimiento es un fenómeno natural que tiene lugar a través del ciclo de vida. Se define como un proceso gradual de cambios y transformaciones, a nivel biológico, psicológico y social. En la sociedad actual es altamente probable que en algún momento de la vejez, el anciano se vea en situación de institucionalización aún, cuando no exista enfermedad o pérdida de autonomía. Por tal razón, se ha considerado trascendente estudiar la relación entre institucionalización y la aparición de depresión reactiva. La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e inhabilitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable, según el contexto. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en sus hogares; y entre el 15% y el 35% de los que viven en instituciones geriátricas.

Las características sociales actuales, derivadas de los cambios acontecidos en las últimas décadas, han llevado a la desaparición de la estructura de familia extensa, la reducción de los espacios en las viviendas y a largos horarios de trabajo que dificultan el cuidado y atención de los ancianos de la familia.

El estudio planteado ayudará a conocer la relación del viejo con su familia, la influencia del entorno familiar en el proceso de envejecimiento y proporcionará datos que serán útiles para todos aquellos que conviven y trabajan con adultos mayores.

En lo que concierne a la Ciudad de Buenos Aires, el envejecimiento de la población es el más alto del país: asciende al 21,95%. Fenómeno que sólo es comparable al que tiene lugar en las grandes ciudades de Europa, donde alcanza el 6%. Los ancianos Institucionalizados en hogares públicos, privados y de bien público en la Ciudad de Buenos Aires alcanzan a 17.452 o sea el 2,86% de la población de 60 y más años¹.

Estos valores contrastan con el bajo nivel de institucionalización en el resto del país, alcanzando el mismo, apenas al 1,44% de 60 y más años. Las proyecciones demográficas indican un paulatino envejecimiento de la población y la desprotección de los más ancianos, lo que justifica la implementación de nuevas formas de seguridad social y de redes de contención.

1.6.1. Palabras clave

Vejez, Institucionalización, Depresión reactiva, Soledad-abandono.

1.6.2. Marco teórico

Vejez

La vejez se ha transformado en las últimas décadas en una etapa vital de la evolución humana.

En la actualidad los avances de la medicina han prolongado el promedio de vida, lo que hace plantearnos la vejez como una nueva etapa vital, semejan-

te a otras etapas vitales. En esta etapa existe una realidad propia y diferenciada de las anteriores y sólo limitada por las condiciones objetivas externas y subjetivas del propio individuo².

La noción de ciclo vital, está asociada en psicología a Erik Erikson, quien desde una perspectiva psicodinámica trata de formular un modelo psicosocial del desarrollo y es central en la epigénesis del yo. Su mayor aporte fue poner énfasis en la idea de proceso, donde la identidad individual se construye y se reconstruye a través del curso de la vida como una unidad, dentro de un modelo de interacción humana, lo que permite al hombre el sentido de mismidad y continuidad. La vejez exitosa se relaciona con la integración y se opone a la desesperación, implica acceder a la sabiduría y a una filosofía de vida, transmitiendo a las nuevas generaciones aportes útiles para el futuro o enfrentar la confusión y el desamparo.

Es indefectiblemente un hecho biológico previsto en nuestro código genético, que forma parte de la maduración propia de la especie. Es asimismo un acontecimiento social, debido a hechos tan generalizados como la jubilación y la muerte de seres amados.

El tratamiento médico y psicológico, las experiencias sociales ligadas a factores generacionales, las formas de estructura familiar, son todos acontecimientos que ponen de relevancia la influencia en el proceso de envejecimiento. Alabada o vituperada, respetada o no, según los sitios o los diferentes períodos históricos, la vejez está asociada a la imagen de la decrepitud y al temor a la humillación. El envejecer es un proceso dinámico en el que confluyen distintos factores, es un cambio

1 Proyecciones de Población por sexo y grupo de edad N°7. (2001). Serie Análisis Demográfico. Indec. Buenos Aires.

2 Moragas y Moragas, Ricardo (1981). *Gerontología Social: "Envejecimiento y Calidad de Vida"*, Herder, España.

que no ocurre en forma repentina, como un accidente, sino en forma gradual y progresiva, pero también un proceso donde existen posibilidades de desarrollo, donde los cambios esperables y su intensidad varían de un individuo a otro, en este proceso se añaden variables ambientales, historias de vida y factores individuales como el cuidado. Así, no existe una única forma de envejecer.

Envejecer es un proceso individual y subjetivo como también un proceso de envejecimiento social ligado a las expectativas y a las exigencias culturales.

La edad es una dimensión importante de la vida humana y forma parte de la trama social. Hay que diferenciar, Edad cronológica: es aquella medida desde el momento del nacimiento. Edad biológica: está dada por el estado físico y las condiciones de salud, la vulnerabilidad ante el estrés y la disminución de las defensas orgánicas.

Definimos la edad psicológica: como la capacidad adaptativa y de respuesta a situaciones nuevas; también existe una dimensión del tiempo interno, donde se entrecruzan pasado y futuro en la propia biografía como totalidad, una dimensión única donde los acontecimientos adquieren significado y se posibilita la capacidad de proyecto. Existe el estereotipo, socialmente compartido, que los cambios producidos en la vejez son únicamente negativos, es decir perder habilidades y capacidades que se adquieren durante la juventud y adultez.

Referirse a la vejez en abstracto, sin tomar en cuenta la historia de vida, separarla del contexto histórico social, lleva a edificar, a generar una imagen estereotipada, como si se tratase de una entidad con atributos que le son propios.

Envejecer en la actualidad implica el desarraigo en la propia cultura, llegar a ser extranjero en el tiempo y en un espacio que no se reconocen como propios.

La idea central sobre el envejecimiento en la actualidad, es que lo importante no es la longevidad, sino la calidad de vida en los últimos años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que "lo importante no es dar años a la vida, sino vida a los años". Pensar en el envejecimiento implica percibir el transcurso del tiempo de la propia vida, implica pensar en un final, una vida que va llegando a su fin. Afrontar un sentimiento de finitud y un horizonte donde la muerte se ve cercana. De acuerdo a cómo vivamos y de cómo vivamos la muerte soportaremos o no la idea de la vejez³.

El envejecimiento es un proceso inevitable y vejez una etapa de la vida que debe ser vivida en términos de experiencia y sabiduría.

El envejecimiento normal se caracteriza por cambios lentos y continuos que se ponen de manifiesto en distintas áreas del funcionamiento cognitivo, a diferencia de lo que ocurre en la demencia primaria, los cambios en la vejez normal, son selectivos y no afectan todas las funciones cognitivas. La inteligencia cristalizada durante el envejecimiento, producto del aprendizaje, se conserva intacta. Las funciones lingüísticas se hallan conservadas en la vejez normal, es fundamental para el diagnóstico respecto a la detección de demencia.

La memoria se define como la facultad destinada a registrar, fijar y restituir información. Cada una de estas aptitudes puede presentar disfunciones.

La función cognitiva, es el resultado del funcionamiento total de las diferentes áreas intelectuales: pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación tiempo-espacial; cálculo,

comprensión, y resolución de problemas. Debido a diferentes causas, infecciones, procesos degenerativos, toma de medicamentos, pueden alterarse dichas funciones en forma parcial o global, como así también en forma aguda o crónica.

Deterioro cognitivo, no es un diagnóstico, sino una situación que pone de manifiesto una problemática, cuyo diagnóstico ha de establecerse lo más rápido posible, para adoptar la terapéutica adecuada y personalizada para el anciano. Es necesario establecer una nueva visión de la ancianidad, una visión que lleve a la superación de estereotipos negativos sobre la misma, permitiendo que los viejos transcurran los años de vejez en forma digna.

1.6.2. Envejecer y sus problemas: la propia percepción

El curso de un buen envejecimiento está condicionado por necesidades propias del ser humano en todas las edades, pero en la vejez, lo dificultan los prejuicios que existen en el contexto cultural, que influyen no sólo en los ancianos sino también en toda la sociedad que tiende a aislar e inutilizar al anciano.

Las características facilitadoras de un buen envejecer:

- Adaptación a las nuevas condiciones biológicas y sociales.
- Establecimiento de vínculos de afecto y cariño.
- El anciano cuando se jubila, debería tener un proyecto de vida y reestructurar su tiempo.
- Decidiendo sobre su cuerpo y su propia vida.
- Buscando nuevos motivos de satisfacción, nuevas metas, para conseguir ser feliz en esta etapa de la vida.
- Manteniendo una actitud optimista ante la vida.
- Manteniendo alguna actividad.

3 Zarebski, Graciela. (1994). *¿La Vejez es una Caída?*, Teknê.

Tanto la intensidad como el lapso para el desarrollo del proceso de envejecimiento varían de una persona a otra, no existe una sola causa, sino que este proceso es multicausal: lo genético, la personalidad individual, la alimentación, los objetivos existenciales, el estilo de vida, el contexto geográfico. El peor prejuicio sobre la vejez es verla como una enfermedad y no como parte del proceso de la vida. El considerar a la vejez como el depósito de todo lo malo, lo inútil, feo y suponerla más allá de los acontecimientos del amor y la vida útil.

La imagen de un anciano cuestiona, como un espejo anticipado, nuestra imagen, nuestra identidad, nos enfrenta a una imagen, en la cual no nos reconocemos⁴.

Lacan afirma que no se nace con un cuerpo, este se construye a través de la identificación con la imagen del Otro. Este reconocimiento es jubiloso, por el contrario la tristeza, que produce la imagen que devuelve el espejo del envejecer, mirada siniestra en tanto que hace presente una imagen terrible, familiar y desconocida al mismo tiempo. La vejez se hace presente como herida narcisista y acontece como caída imaginaria, que provoca angustia y pérdida de autoestima, empobrecimiento del yo. Los ancianos comienzan a cuestionarse acerca de su identidad, en la medida, que no encuentran respuestas satisfactorias que disminuyan la angustia que los mitos, prejuicios e ideas no verdaderas, sobre el proceso de envejecer les puedan generar, y que la sociedad no trata de disminuir, devolviéndole una imagen con la que puedan identificarse. La sociedad es la enferma, con su actitud, su falta de tiempo, su visión equivocada de la ancianidad, ya que

envejecer no es caída, es sólo un cambio en el ritmo de la vida.

1.6.3. Relación del adulto mayor con su entorno familiar y social

No es posible hablar de conducta humana, sin el medio social que ejerce sobre el individuo solicitudes y determinaciones. En el medio social se hallan los estímulos, las barreras y los modelos que condicionan la acción del sujeto y permiten la construcción de su ser y el "anclaje" sólido en la realidad.

La familia adquiere una significación importante para la vida social, ya que mediante su función socializadora, provee el marco necesario para la definición y conservación de los roles distintivos pero vinculados entre sí. Cada miembro de la familia posee diferencias individuales, si estas diferencias son negadas o no tenidas en cuenta, se modifica la configuración que condiciona la vida normal, lo que provoca desconcierto y confusión. En toda familia, las personas se jerarquizan y se diferencian según sus posiciones de acuerdo a patrones culturales institucionalizados o legitimados.

El rol permite vincular el comportamiento individual con ciertas normas de grupo relacionadas con la conducta que se espera del individuo en función de su edad, sexo, profesión, estado civil, lo que implica ocupar una posición relativa que involucra expectativas de conducta. En la senectud se produce un fenómeno especial que consiste en la contracción de los roles, o sea que las personas se hallan menos implicadas en roles funcionales importantes.

Los ancianos ocupan roles más simbólicos y menos significativos, la pérdida de estos es lo que ocasiona la exclusión de los adultos mayores de una participación significativa en el grupo familiar y social. No sólo el

análisis de la personalidad del anciano en el desempeño de diferentes roles sociales, hay que tomar en cuenta, sino también lo que está determinado culturalmente de generación en generación. Existe una relación muy estrecha entre el anciano y la sociedad a través de los distintos roles.

Roles impuestos: el rol del anciano es adjudicado, por la edad, teniendo que ser aceptado sin alternativa. Los roles voluntarios son aquellos que son elegidos por el anciano y que realiza en forma satisfactoria.

En la vejez el fracaso en el desempeño de roles puede ser causado por factores diferentes:

- Ausencia de actitudes y aptitudes para el desempeño de un determinado rol.
- Que el rol no satisfaga las expectativas de los demás.
- Ausencia de condiciones físicas y mentales.
- Imagen negativa de parte del anciano o por los demás.

El fracaso de un rol trae como consecuencia la reducción de la actividad y de las relaciones humanas, como así también trastornos afectivos y autoespectimativos.

Los duelos en las personas ancianas⁵

• El duelo por el cuerpo

El anciano debe asumir la pérdida de su cuerpo con toda su potencialidad, surgen cambios íntimamente relacionados con el esquema corporal y el rol del viejo.

• El duelo por su rol

Este es un rol de tipo paternalista, asumido por el progenitor masculino, en la vejez deja de cumplir su función como tal y debe ser reemplazado.

4 Vega, J. L.; Bueno, B. (1996), *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*, Síntesis, ps.173-174.

5 Zarebski, Graciela (1994), *¿La Vejez es una Caída?*, Tekné, pp. 14-15.

Comienza a dedicarse con atención creciente a un sustituto que podría ser una mascota u otro anciano.

• El duelo por el rol social

La sociedad no acepta o no asume el hecho de que el anciano pueda ser consejero experimentado y lo margina de su parte activa, impulsándolo a su pasado, en lugar de aceptarlo en el momento presente para que así pueda proyectarse hacia el futuro.

• El duelo por la pérdida de relaciones objetales

El adulto mayor sufre la pérdida de objetos catectizados (cargados libidinalmente), esto puede generar estados depresivos o la instalación de un duelo patológico.

Las pérdidas se refieren al cónyuge, amigos de edad avanzada, rol laboral, económico, lo que acrecienta la incertidumbre del anciano con respecto a sí mismo.

Las cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que centra sus ideales y sus fines únicamente en lo nuevo, lo inmediato, lo cambiante, el ahora; denegando los valores de tradición, estabilidad y prudencia. Para el senescente, la familia es muy importante y su concepto va más allá de la definición tradicional, en que se la considera una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, vinculados entre sí y con intereses comunes. La familia es la que transmite conocimientos, habilidades, valores y creencias; es la que brinda protección, apoyo a sus miembros y la responsable de la adquisición de identidad y equilibrio emocional, funciona como un sistema, integrado por un conjunto de unidades interrelacionadas, con una estructura y dinámica propias, con reglas y roles establecidos.

En la sociedad actual no existe un único modelo de estructura familiar, no obstante esto, la familia sigue siendo el principal soporte social del

anciano. La función protectora de la familia es de vital importancia para el adulto mayor, ya que influye en su bienestar psicológico, en su salud y en su autoestima. Una de las funciones indelegables y más importante de la familia, es proveer identidad grupal y la asignación de roles, que le permitirá a cada uno de sus integrantes, hallar un espacio en la sociedad, a partir de saber quién es. Esto significa que una persona se constituye como tal a partir de los modelos y los roles que le son asignados y recibe de la familia. En la actualidad la red familiar es más débil, por lo tanto el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad.

1.6.4. Ancianos institucionalizados

En el último siglo el hombre ha dado pasos gigantescos hacia la conquista de su libertad y de su propio destino. La ciencia anuncia la búsqueda de instrumentos nuevos para la liberación del hombre de las propias contradicciones y de las contradicciones de la naturaleza. Pero si se analizan las instituciones creadas por la "civilización" actual no han servido en realidad más que para dar un nuevo aspecto formal a condiciones que permanecen inalterables desde tiempos remotos⁶.

Se define como "institución" a toda organización conformada en función de un objetivo común, que se maneja por pautas y normas adecuadas para alcanzar dicho objetivo. Irving Goffman (1988), propone analizar los hogares para ancianos, también llamados geriátricos, desde la perspectiva de que dichas instituciones fueron creadas para cuidar a las personas incapaces e inofensivas. Dichas instituciones for-

man parte de las llamadas instituciones totales, que tienen una tendencia absorbente y totalizadora con obstáculos que se oponen a la interacción social, con características "cerradas". En estas instituciones todas las actividades de la vida cotidiana se desarrollan en el mismo lugar; no existe separación espacial, los internados están permanentemente acompañados por otros internados sin lograr privacidad.

Todas las actividades están programadas como así también su frecuencia a través de normas y del personal a cargo; el ordenamiento de las actividades responde a los objetivos de la institución, sin discriminar de acuerdo a las necesidades individuales y personales.

Cabe preguntarse si estos establecimientos se edifican para intentar adaptar a los sujetos a los intereses de la sociedad o para el aislamiento de los individuos diferentes.

En la sociedad en la que estamos inmersos es frecuente relacionar envejecimiento con institucionalización, pero las causas son múltiples y variadas entre ellas se encuentran:

Físicas:

- Secuelas de accidentes cerebro-vasculares (acv) - Discapacidades motoras: secuelas de fracturas, enfermedad de Parkinson, artrosis o artritis graves
- Deterioro Cognitivo - Demencias
- Trastornos sensoriales (auditivos, visuales) - Diabetes grave - Hospitalización reciente o repetida - Incontinencia.

Psicológicas:

- Temores a morir abandonado - Sentimientos de representar una carga para los hijos o familiares - Trastornos afectivos - Psicosis crónica - Neurosis y trastornos de personalidad
- Depresión.

6 Basaglia, F. (1981), *Los Crímenes de la Paz*, Siglo XXI, México, Cap.1, Pto..2.

Sociales:

- Problemas de vivienda - Falta de planes de salud domiciliaria - Abandono familiar - Falta de seguridad social

Las situaciones antes descritas producen crisis familiares debido al cuidado especializado requerido por el anciano; existe una idea generalizada que la rehabilitación y recuperación tienen que llevarse a cabo en una institución que facilitaría el restablecimiento del anciano.

Está comprobado que las internaciones breves con fines de recuperación son muchas veces la antesala de la institucionalización definitiva.

El estudio de las causas de institucionalización pone en evidencia que las mismas están interrelacionadas, no pudiendo identificar específicamente por qué se institucionaliza al anciano. La mayoría de las veces la internación se produce cuando la persona a cargo del anciano se agotó física, o emocionalmente, más que cuando la salud del anciano se agrava.

La institucionalización del anciano no siempre es un hecho deseado por los senescentes, más de las veces el ingreso a una residencia es por presión directa de los familiares y puede verse aminorado cuando se trata de auto ingreso.

Los cambios en el cuidado familiar de las personas mayores pueden entenderse desde las modificaciones sociales que se han producido a lo largo de los últimos años:

- Reducción del tamaño de la familia con tendencia al modelo nuclear.
- Cambios en la institución familiar, menor duración del matrimonio, cambios de pareja.
- Aumento de la esperanza de vida y baja natalidad.
- Cambio del rol femenino en la sociedad, su mayor participación en el ámbito laboral y político.

A menudo surge la pregunta si el anciano está mejor atendido en su hogar o en la residencia geriátrica, la respuesta quizás sea en su hogar, llevando a cabo las modificaciones necesarias para lograr que el anciano experimente seguridad, movilidad y autovalía que reforzarán la vitalidad, dignidad, calidad de vida, para evitarle el sufrimiento del desarraigo, permitiendo que las huellas de su historia lo acompañen; y en la residencia geriátrica cuando sea inevitable.

La necesidad de institucionalización de los ancianos se justifica en base al imaginario social sobre la vejez:

- El anciano necesita del cuidado y atención de personas especializadas.
- Todos los ancianos sufren de declinación física y mental.
- Las personas mayores ya no pueden hacer nada para sí ni por sí mismos, ni lo desean.
- La vejez es considerada una etapa negativa de la vida.

No se debe olvidar que un hogar de ancianos es sólo eso, un hogar temporal y que es muy perjudicial para cualquier ser humano vivir en forma permanente en un hospital, clínica o internado.

El trato a los senescentes institucionalizados muchas veces es despersonalizado, se despoja al anciano de su identidad, de su estilo de vida. Llevándolo al aislamiento, y no sólo a la muerte social sino a la física.

Los geriátricos son la prueba de que la sociedad ha fracasado en su intento de hacerse cargo de sus viejos, por esa razón existen, porque las familias no saben, no pueden o no quieren hacerse cargo de sus ancianos.

Existen sin embargo, situaciones que justifican que el anciano abandone su hogar, esto puede suceder debido a alteraciones en el funcionamiento fami-

liar que perjudiquen al anciano, o que el anciano no tenga familia y no pueda vivir solo, por no poder manejarse en forma independiente (incapacidad sensorial, motriz, trastornos cognitivos). Una de las realidades de este siglo es la existencia de un número cada vez mayor de instituciones geriátricas u hogares para personas mayores. Se estima que un 50% de los ancianos pasarán en cierto momento de sus vidas por una institución geriátrica.

En las instituciones es relevante la prevalencia de convivencia de ancianos sanos y enfermos en un mismo ámbito así como agrupar personas mayores con diferentes patologías en un mismo lugar físico.

Cuando el viejo es institucionalizado sufre lo que el Matusevich y Szulik han llamado: Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.)⁷. Se denomina (S.A.G.) al conjunto de síntomas psiquiátricos que se ponen de manifiesto a partir del momento en que el anciano es institucionalizado:

- Trastornos del sueño: Consisten en insomnio de conciliación y/o mantenimiento, como también cambios en el ciclo vigilia- sueño. La proporción de ancianos institucionalizados que presentan este problema es mayor que en aquellos que viven en sus hogares. No es un insomnio clásico sino un pseudo insomnio consecuencia del medio ambiente.
- Trastornos en la alimentación: Existe disminución en la ingesta, a veces se producen conductas regresivas en torno a la alimentación, como el rechazo por los sólidos o el requerimiento de ser alimentados por terceros sin que exista un impedimento físico real.

7 Matusevich, D.; Szulik, J. (1997), *SAG*, Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. VIII, pp. 181-187.

- Trastornos del humor: Se da una serie de síntomas afectivos que varía según la personalidad previa del anciano, los más frecuentes son:

- Tristeza: se presenta en los primeros tiempos de ingreso a la institución, se hace manifiesto a través de diferentes conductas como rechazar las visitas, negarse a ingerir alimentos, tener ideas de desesperanza con respecto al futuro, ideas de culpa y de inutilidad.

- Labilidad afectiva: Llanto sin motivo aparente; en caso de ser preguntado, expresa que es por su nueva situación.

- Ideas de suicidio: Expresan la forma de sentir del anciano con respecto a su destino.

- Trastornos de conducta: Los trastornos de conducta constituyen una de las causas más comunes de internación en geriátricos, siendo su manifestación: agresividad verbal y física, deambulación constante, resistencia a aceptar cuidados, demandas continuas de atención, apatía, inactividad, incontinencia urinaria, arrancarse la ropa.

- Desorientación témporo-espacial: El ingreso a la institución, con la pérdida de los objetos familiares, como adornos, retratos, mobiliario, recuerdos, inciden en la alteración de la percepción espacial.

No siempre el anciano puede llevar elementos conocidos al geriátrico, para tratar de conseguir alguna sensación de familiaridad, lo más frecuente es observar que los objetos insertados en el nuevo hogar pierdan gran parte de sus características originales, convirtiéndose en recuerdos de una vida pasada.

Dejando al adulto mayor carente de recursos de los que pueda valerse para ubicarse témporo-espacialmente.

- Ansiedad: Se pone de manifiesto con frecuencia previamente a la institucionalización y posteriormente a

la misma. Puede presentarse como síntoma aislado o conjuntamente con confusión, fallas en la memoria.

- Quejas somáticas: Trastornos gastrointestinales. Dolores imprecisos, especialmente osteoarticulares. Cefaleas. Mareos. El sentido de los síntomas está relacionado con la necesidad de ser tenidos en cuenta y de ser contenidos, escuchados.

El cuerpo es el lugar donde se deposita toda la angustia, ya que no siempre existe un espacio para elaborar el duelo por la pérdida del hogar.

Se observa con cierta recurrencia entre algunos ancianos que habitan en instituciones, agresividad generada por las relaciones de dependencia, necesidad de reafirmar la identidad, retraimiento, aislamiento. Ingresar en una residencia, siempre es un cambio traumático, la persona mayor se siente muy vulnerable. Es frecuente que no se le diga la verdad al anciano que va a ser institucionalizado, por el contrario se le dice que la internación es transitoria.

Casi siempre la decisión es unilateral, el viejo no es consultado con respecto a la futura internación. Las enfermedades clínicas son la causa más común de institucionalización, esto plantea una característica especial, ya que durante la enfermedad la capacidad de adaptación se halla en su nivel más bajo; y esto favorece una mayor vulnerabilidad, que acrecienta la aparición de los síntomas ya descriptos. Otra de las causas de la entrada al geriátrico es la mala relación familiar, que se produce por conflictos intergeneracionales, en este caso la institucionalización es vivida como una cárcel.

También es habitual el alejamiento del hogar por el fallecimiento de uno de los integrantes de la pareja, y la imposibilidad del sobreviviente de vivir solo.

La internación también favorece la aparición de problemas sociales, debido a que muchas veces se producen desfases socioeconómicos entre el ámbito del cual provenía el anciano y la institución a la cual llega, lo que provocaría un factor más de perturbación para la adaptación. Es importante comenzar programas de trabajo con las familias, no después que se ha efectuado el ingreso de la persona mayor a la institución, sino a partir del momento en que se contempla la posibilidad de acudir a un geriátrico como última solución.

Los temas que surgen en los adultos mayores institucionalizados son:

- Miedo a perder la memoria o enloquecer.

- Necesidad de recibir visitas familiares más a menudo.

- Miedo a las enfermedades, al sufrimiento.

- Miedo a morir solos.

- Sentimiento de abandono e incompreensión de la situación en la que se encuentran.

Tratándose de ancianos institucionalizados, la familia adopta dos tendencias:

A) Vivir la separación con culpa.

B) Deslindar completamente la responsabilidad en la institución.

A) En la familia culpógena, se actúan racionalizaciones que ocultan la realidad acerca del problema que significa el anciano institucionalizado, ya sea por una problemática física, social o económica que éste ocasiona.

B) La familia en este caso será ausente y la problemática de la institucionalización, será descargar las angustias culpógenas en el senescente, concurriendo esporádicamente a la institución para interiorizarse de la situación del anciano.

Algunas veces, el grupo familiar del anciano será el que trabe el accionar de los profesionales de la institución, respondiendo a la consigna: "si nosotros no pudimos hacer nada, Uds. tampoco".

Otro grupo familiar, es aquél que se compromete en la situación real del anciano que vive institucionalizado, compartiendo decisiones y siguiendo las pautas trazadas por los profesionales. Toda población de ancianos asilada es de alto riesgo en relación con un deterioro funcional, a ello contribuyen la propia reclusión, la baja estimulación y el estado de salud precario que suele prevalecer en esta población. En las instituciones geriátricas y hospitalarias un 12% de los ancianos cumplen criterios de trastorno depresivo y un 30% presentan síntomas de depresión apreciable clínicamente. El desafío es gestionar de manera eficaz estas instituciones, lograr instituciones donde los adultos mayores se conviertan en sujetos protagonistas; donde hallen sentido a su vida, que puedan elaborar proyectos, sentirse felices y vivir dignamente como merece todo ser humano.

1.6.5. Depresión en el adulto mayor

La prevalencia de la depresión entre los adultos mayores de 65 años varía según el grado con el que los síntomas depresivos son definidos, reconocidos y señalados.

La mayoría de los ancianos no solicita ni accede a un tratamiento médico ni psicológico adecuado, del grupo que sí lo hace, más de la mitad sufre errores diagnósticos y en consecuencia terapéuticos.

La depresión no debe considerarse un estado normal del envejecimiento, requiere ser identificada y tratada, como otra enfermedad corporal, ya

que tiene en la ancianidad características etiológicas y sintomatológicas particulares. En muchos casos, su presencia ocurre como continuidad de un cuadro de etapas anteriores, pero puede aparecer como un hecho primario después de los 65 años, y a ello se le debe prestar atención, descartando otras patologías clínicas, la ingesta de determinados fármacos que la produzcan o los primeros síntomas de un proceso demencial. Con el envejecimiento se produce una pérdida de la conectividad nerviosa, y aunque existen evidencias de que se produce cierta regeneración del tejido nervioso que se encuentra en las cercanías de las células dañadas y aumento del árbol de las dendritas, esta capacidad se halla disminuida en los ancianos. Existe un fenómeno especial en la ancianidad con respecto a la depresión y es que al no ser diagnosticada y tratada con facilidad se aumenta la morbilidad.

En la población geriátrica, los síntomas depresivos pueden estar enmascarados o amplificadas o ser el indicio de síntomas físicos, de una incapacidad o de una enfermedad.

Muchos ancianos tienen una enfermedad física crónica y pueden presentar una reducción en su capacidad para realizar actividades cotidianas de una vida independiente, lo que los lleva a una sintomatología depresiva.

Otros factores de influencia para la depresión en el anciano incluyen la pérdida del cónyuge, un impedimento funcional, un apoyo emocional insuficiente, la jubilación.

En los ancianos los períodos de duelo, como consecuencia de la muerte del cónyuge, pueden ser totalmente destructores y con frecuencia precipitar la depresión. En la tercera edad el curso de la depresión tiende a ser más crónico que en adultos más jóvenes.

Síntomas emocionales de la depresión

Estado de ánimo deprimido - Baja autoestima - Desesperanza - Mala memoria - Dificultad para concentrarse - Irritabilidad

Síntomas físicos

Cefaleas - Fatiga - Trastornos del sueño - Dolor articular - Dolor indefinido en la espalda o abdomen - Molestias gastrointestinales

Algunos de los factores de riesgo de depresión en los ancianos

Factores Predisponentes

De acuerdo a la estructura de personalidad: Dependientes - Pasivo-agresivos - Obsesivos

Factores contribuyentes

- Estructura familiar - Socioeconómicos - Grado de educación. Actividades laborales y Tiempo libre - Jubilación - Predisposición orgánica y mental.

Factores Precipitadores

- Abandono - Desesperanza - Aislamiento - Violencia - Muerte de familiares y amigos - Agravación de los síntomas de enfermedades crónicas - Discapacidades - Dependencia

La consecuencia más importante de la depresión en ancianos, especialmente si no es tratada o tratada en forma equivocada, es el incremento de la mortalidad por suicidio, o enfermedades somáticas crónicas, lo que produce el aumento de incapacidad asociada con trastornos cognitivos.

El diagnóstico diferencial de la depresión en el anciano lo constituye la demencia. Algunos de los síntomas y signos para realizar el diagnóstico diferencial son los siguientes:

Características	Depresión	Demencia
Inicio	Abrupto	Lento- incidioso
Progresión	Rápida	Lenta
Duración	Breve	Larga
Quejas	Discapacidades	No es consciente de los trastornos
Respuestas	No se	Próximas a la corrección
Estado del humor	Variaciones diurnas, peor por la mañana	Fluctuaciones diurnas, mejor en la mañana
Pérdidas cognitivas	Fluctuaciones, no se esfuerza. Muy angustiado	Estable, se esfuerza pero con indiferencia
Memoria	Hipomnesia de Fijación y Evocación	Hipomnesia de Fijación. Confabulaciones.
Primer síntoma	Humor deprimido	Trastorno de memoria
Asociación	Ansiedad Insomnio Anorexia Ideas suicidas	Falta de Sociabilidad Hostilidad Inestabilidad emocional Confusión Desorientación

El tratamiento de la depresión en la vejez debe llevarse a cabo en forma integral, lo que implica los aspectos biológicos, psicológicos, y sociales. El primer enfoque para tratar con eficacia la depresión en personas de tercera edad consiste en romper las falsas creencias respecto a la vejez, que impiden que un tratamiento apropiado sea prescripto y mantenido. Se debe considerar los cambios farmacocinéticos relacionados con la edad, así como la mayor prevalencia de patologías asociadas y exposición a otros fármacos con interacciones adversas en los sujetos de edad. También hay que considerar ciertos efectos secundarios relacionados con la medicación, ya que el anciano presenta una disminución en el proceso de asimilación y el retardo de la función hepática lo que provoca una demora en la eliminación de los mismos.

Es muy importante tener en cuenta el tratamiento psicológico en la depresión del senescente, ya que la depresión en la tercera edad está relacionada con la pérdida de la autoestima, que se relaciona con la incapacidad de satisfacer necesidades e impulsos. Otro punto de relación sería que la depresión tiene su base en heridas narcisistas, como consecuencia de pérdidas tanto internas como externas. Se sugieren varias formas de psicoterapia: - Terapia cognitivo-conductual - Psicoterapia interpersonal - Psicoterapia psicodinámica breve. Terapia reminiscente (intervención desarrollada específicamente para ancianos, que consiste en la reflexión sobre experiencias de vida positivas y negativas, que posibiliten la reducción de desesperación y depresión). La combinación farmacológica y psicológica sería lo óptimo, princi-

palmente para prevenir los casos de suicidio.

1.6.6. Teorías psicológicas de la depresión

Freud pensaba que la depresión se debía a que los sentimientos inconscientes de hostilidad, hacia la pérdida de una persona, ya fuera real o simbólica, se dirigían hacia sí mismo. Freud establece que la diferencia entre pesadumbre y depresión consiste en que en la depresión hay una acentuada pérdida de autoestima. En el duelo esta pérdida es consciente, y en la depresión la pérdida verdadera es inconsciente.

Bowlby le da importancia al desarrollo infantil, en especial al por qué algunas personas padecen depresión y otras no, o por qué algunos pueden sortear relativamente rápido un evento estresor y otros no lo logran. La ausencia de amor y de apoyo de una figura significativa, durante un estadio crucial del desarrollo, predispone a un individuo a la depresión, en períodos posteriores de la vida. Este conjunto de conductas de apego permanece activo durante toda la vida de las personas.

Los ancianos que pueden salir de un cuadro de depresión son aquellos que a lo largo de su vida han tenido control sobre las experiencias de su vida y sobre las personas que los rodean. Estos eventos les hacen ver el porvenir con optimismo y con capacidad de control sobre experiencias difíciles.

Todo lo contrario ocurre con los adultos mayores con poco dominio sobre su ambiente, con un transcurrir vivencial donde se sintieron impotentes para influir sobre sus fuentes de alivio y sufrimiento, por lo tanto, están más predispuestos al pesimismo, y a sufrir estados depresivos.

Para Beck, la persona depresiva posee una visión negativa de sí misma, del

mundo, y de su futuro, su comportamiento refleja su forma de pensar o de estructurar la realidad. Los esquemas de pensamiento juegan un papel importante, guiando los pensamientos, conductas y sentimientos de acuerdo a la interpretación que se realice de los acontecimientos ambientales. Beck considera característico del pensar depresivo: la subestimación de sí mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, los autoprceptos; mandatos, deseos de huida. También, describió los procesos de pensamientos que influyen en el desarrollo del estado cognoscitivo de los depresivos: a) generalización excesiva, b) magnificación y minimización, c) clasificación inexacta, d) deducción arbitraria. Otras de las formas de depresión que se da en el senescente es la depresión reactiva como consecuencia de la institucionalización.

1.6.7. Depresión reactiva como consecuencia de la institucionalización

Existen dos tendencias, una a favor del ambiente familiar, aunque surjan problemas de convivencia, si este es adecuado y saludable para el anciano y su grupo familiar; otra es la institucionalización en hogares o geriátricos, donde muchas veces los senescentes sufren desarraigo, como consecuencia de una vida reglada, o el abandono u olvido de sus familiares más próximos. La casi totalidad de la población anciana residente en geriátricos tiene una permanencia en los mismos por períodos prolongados, estos ancianos tienen muy poca probabilidad de volver a sus hogares, por lo que en su mayoría permanecen en estos establecimientos hasta su muerte. Se sabe que la familia, muchas veces, no es la mejor de todas las respuestas a las necesidades de los ancianos, a pesar que en esta etapa de la vida, la familia adquiere una significación muy

especial, ofreciendo respaldo y compañía. Esto es aún mayor cuando se produce la muerte del cónyuge, en especial tratándose del hombre, al cual le resulta más difícil vivir solo, lo que lleva a institucionalizarlo. La proporción de internación geriátrica sobre la población mayor de 65 años va en aumento en los últimos años. Lo que contribuye a descontextualizar al anciano de su lugar de pertenencia y de su entorno familiar y social.

La depresión reactiva se produce tras acontecimientos dolorosos, estresantes, o una experiencia de pérdida, pero de una intensidad y una duración que no están proporcionadas al acontecimiento, ocurrida en un tiempo relativamente cercano del pasado del anciano, como muerte de un ser querido, internaciones frecuentes debido a enfermedades médicas, o el alejamiento de su hogar como consecuencia del ingreso a una institución geriátrica⁸. Este tipo de depresión sobreviene en los individuos frágiles, faltos de confianza en sí mismos, pocos expansivos, que poseen desde su juventud una sensibilidad muy marcada. Es necesario establecer dos factores en la depresión reactiva: el motivo de pérdida y si la tonalidad afectiva frente a la reacción de la pérdida es exagerada. Todas las personas en diferentes momentos de su vida, sufren pérdidas ya sean estas parciales o totales, estas pérdidas deben ser consideradas parte de la experiencia vital de todo ser humano. La reacción frente al fenómeno de pérdida puede ser normal o patológica. El duelo normal se define como el proceso psicológico que se desarrolla a partir de la pérdida de un objeto amado y que conlleva el abandono de dicho objeto, se acompaña de pena y puede ser seguida o no de una nueva relación objetal. Este proceso va

a depender de instancias individuales: a) Personalidad psicológica previa. b) Valor para el sujeto del objeto perdido. c) Capacidad de tolerancia y contención para el padecimiento por parte del entorno próximo. d) Contexto socio - cultural donde se desarrolla el proceso.

El duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción exagerada ante la misma.

Los reproches hacia el objeto perdido se intensifican y al mismo tiempo se instala una sensación de vacío. El anciano se vuelve apático, se retrae, y está triste; como también presenta trastornos del ritmo del sueño, irritabilidad, problemas de alimentación, trastornos digestivos; y malestares no específicos. Aparecen autorreproches; se acentúa la abulia y puede aparecer la posibilidad de suicidio. El mecanismo defensivo utilizado por el anciano, frente a la angustia será expresar su deseo de morir, terminar para siempre con ese estado de sometimiento.

Se destaca que la depresión reactiva en el colectivo de ancianos institucionalizados tiende a incrementarse, en especial en aquellos ancianos que no fueron previamente consultados para su internación geriátrica. La intensidad, duración y posibilidad de recuperación se producirán de acuerdo, a la personalidad sobre la que se instaló, pueden cursar episodios aislados o reiterados. La depresión es un síntoma vicariante, reemplazante de dificultades en la comunicación con el mundo circundante, al mismo tiempo se produce la distorsión y la caída de los lazos constituyentes de la existencia. No todos los ancianos se adaptan al ingreso, en una residencia geriátrica, debido que muchos de ellos presentan un estado de vulnerabilidad, cuya expresión es la precariedad de la vida de fantasía y una carencia de recursos

⁸ Henry, Ey (1969), *Tratado de Psiquiatría*, Toray Masson, Barcelona, pp. 252-253.

del yo, que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos no adecuados de afrontamientos.

La vulnerabilidad se relaciona con los siguientes factores:

- La historia individual de acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos.
- La condición de calidad de vida alcanzada, en relación con el estado objetivo de la vida de un sujeto y con la percepción subjetiva de bienestar.
- Características históricas y actuales de la red vincular intersubjetiva, con su valor de sostén e identificatorio de los ideales culturales predominantes.

Las personas mayores que se adaptan a la institucionalización, pueden acomodarse a su nueva vida, teniendo proyectos, buen humor, percepción de ayuda, autocontrol y afrontamiento mental del dolor. Este patrón de conducta coincide con el de resiliencia, es decir, la capacidad para desarrollar una adaptación satisfactoria en circunstancias difíciles, enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido por experiencias de adversidad.

Es de vital importancia, los vínculos, y encontrar figuras de apego seguro, implica que el sujeto perciba en el estado mental de su cuidador (vínculo significativo), una imagen de sí mismo como deseante, con creencias y características propias.

Se privilegia la interacción con otro significativo que garantice reconocimiento, la constitución de la autoestima en relación con el humor y la creatividad.

En la vejez se pone a prueba la posibilidad de conservar una vida significativa y productiva, aquí la resiliencia está en aprender a tolerar las pérdidas, la soledad, valorando lo que se gana: sabiduría, paciencia, comprensión. Es determinante lo que el anciano recibe de su familia, o de sus vínculos más importantes.

1.6.8. Soledad - abandono como consecuencia del alejamiento del hogar

Según Mandolini Guardo citando a Erich Fromm, hay en el ser humano algo que está arraigado en la esencia misma de su ser: la necesidad de relacionarse con el mundo externo y evitar la soledad. Sostiene que sentirse totalmente solo conduce a la desintegración mental.

Este acercamiento con los demás, nada tiene que ver con contactos físicos, una persona puede estar físicamente sola, aislada, durante largo tiempo, pero sentirse relacionada con valores, ideas o normas sociales, con otros.

Por otra parte, puede vivir o estar rodeada de otras personas y sentirse aislada, este aislamiento de pasar ciertos límites se traduce en procesos psicopatológicos.

Todos experimentamos en la primera infancia el temor a la soledad; la posibilidad de ser abandonado es la amenaza más importante que siente el niño.

Toda persona experimenta la ineludible necesidad de pertenecer a algo o a alguien. El ser humano, al tomar consciencia de sí como ser separado de los demás, de la vejez, y de la muerte, se siente insignificante en comparación con el universo y con todos los demás que no sean él⁹.

A menos que su vida tenga dirección y sentido, dudará de sí mismo y se angustiará, lo que lo llevará a paralizar su potencial de obrar, de tener proyectos, de adaptarse a situaciones nuevas. La persona impulsada por sentimientos insoportables de soledad e impotencia, como consecuencia de condiciones del entorno social y familiar, puede emplear mecanismos

psíquicos, mediante los cuales tratará de escapar de esos sentimientos.

Los ancianos que son institucionalizados, pierden la posibilidad de contacto diario con sus familiares y amigos, lo que también dificulta la naturalidad y espontaneidad.

La falta de apoyo afectivo, o la falta de contacto físico, son los aspectos que condicionan la calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

Las instituciones contienen una mezcla compleja y heterogénea de poblaciones de ancianos, con diferentes capacidades funcionales, expectativas y necesidades, lo que provoca un incremento del aislamiento, soledad y sentimiento de abandono. La forma más segura de evitar el aislamiento, es poder vincularse a otras personas, y a lo que ocurre a su alrededor, lo que produce un refuerzo de la autoestima. Ya que la pérdida de la autoestima provoca, la impresión de no tener relaciones en cuanto ser humano.

Soledad, y sentimiento de abandono, producen, algunas de las situaciones más temidas por los ancianos, por lo que mantener vínculos con el entorno, a través de la realización de actividades conjuntas, es una manera de estar en contacto con la realidad.

Las personas mayores asiladas suponen, un riesgo en relación con un deterioro de las funciones vitales, a ello contribuye la propia institucionalización, la baja estimulación, la soledad, la fragilidad, en algunos casos el abandono real y no sólo el sentimiento de abandono, y el estado de salud deficiente, que suele prevalecer en los geriátricos.

Si a la falta de compañía le adicionamos una declinación de las actividades diarias y la pérdida de contactos sociales, podremos ver lo rutinaria y desesperante en que puede transformarse la vida de un senescente institucionalizado.

⁹ Mandolini, Guardo (1969), *De Freud a Fromm*, Ciordia, 4ª edición, pp. 423-424.



Capítulo II: estrategia metodológica general

2.1. Tipo de diseño: lógica y contexto de investigación

La lógica seleccionada para la presente investigación fue el enfoque multimetódico o triangulación, haciendo uso de datos cuantitativos como cualitativos. Su tipo de diseño descriptivo-comparativo de corte transversal.

2.2. Universo

Todos los ancianos hombres y mujeres Institucionalizados en ambas residencias geriátricas y todos los ancianos convivientes con sus familias que habitan en la Provincia de Buenos Aires.

2.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por 71 sujetos de ambos sexos contenidos en un rango etario de 65 a 91 años de edad, institucionalizados y no institucionalizados. Los ancianos institucionalizados fueron seleccionados de dos residencias geriátricas de la Provincia de Buenos Aires. Los Adultos mayores que habitan en sus hogares provienen tanto del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como del Gran Buenos Aires.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos entre 65 y 91 años de edad.
- Institucionalizados y que habitan en sus hogares.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que presentaron trastornos psiquiátricos severos Psicosis (Esquizofrenia), Demencias (Alzheimer, Enfermedad de Pick, Enfermedad de Huntington), y Parkinson en grado avanzado.

2.3.1. Selección de casos

Para las entrevistas semidirigidas se seleccionaron cuatro ancianos, dos de ellos institucionalizados y dos que habitan con sus familias.

2.4. Técnicas utilizadas para la obtención de datos

Con el objetivo de evaluar el estado de depresión en los ancianos, se utilizó la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (GSD) de Yesavage, (1986).

Simultáneamente se administró el cuestionario: Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (1975), para la detección del estado mental del adulto mayor.

Se aplicó también, la Escala revisada de Soledad de Russell-Cutrona y Pehlau, adaptada para Argentina por Carla Sacchi y María C. Rechaud de Minzi (1997), siendo su finalidad evaluar el sentimiento de soledad y abandono. Para la obtención de datos cualitativos se realizaron Entrevistas semidirigidas, que indagaron acerca de los motivos que llevaron a los adultos mayores de ambos sexos a ingresar a instituciones geriátricas. Como así también, si ambos grupos institucionalizados como aquellos que viven en sus hogares, padecen Depresión Reactiva, Soledad y Abandono.

Capítulo III: resultados obtenidos

De los ancianos institucionalizados, 18 son del sexo femenino, representando el 51%, y 17 del sexo masculino que representan el 49%. Los participantes no institucionalizados, 18 son mujeres y 18 hombres, que arrojaría un porcentaje de 50% para ambos sexos.

Las edades comprenden un rango etario entre 66 y 91 años. Estando la media en mujeres institucionalizadas en [78,5] años, y la desviación standard en [8,47] años.

En los hombres institucionalizados la media es de [76,05] años, y la desviación estándar de [5,38] años. En mujeres no institucionalizadas la media es de [71,40] años, y la desviación standard de [6,09] años. En los hombres no institucionalizados la media es de [73,5] años y la desviación estándar de [5,58] años. De los senescentes internados se registraron: casados, hombres 8,57%, mujeres casadas, no se observaron. Los solteros, el 14,28% fueron mujeres y el 8,57% hombres. De los viudos el 37,14% fueron mujeres y el 25,71% hombres. Entre los separados, mujeres no se registraron y los hombres fueron el 5,71%. De los ancianos no institucionalizados se observaron: casados el 25,00% de mujeres y un 38,88% de hombres. No se registraron solteros de ningún sexo. Los viudos, el 22,22% fueron mujeres y el 8,34% hombres. Entre los separados el 2,77% fueron hombres y el 2,77% mujeres. (Ver Gráfico 1)

Las mujeres institucionalizadas no presentan depresión el 33,33%, los hombres no registran datos. Presentan depresión leve el 11,11% de las mujeres internadas y en cuanto a los varones el porcentaje es del 11,76%. En depresión establecida las mujeres institucionalizadas presentan un porcentaje de 55,56% y los hombres un valor de 88,24%. En este rango se observa un mayor porcentaje en ancianos institucionalizados, de ambos sexos. (Ver Gráfico 2)

Entre los senescentes no internados no presentan depresión el 61,11% de las mujeres y el 55,55% de los hombres. Padecen Depresión leve el 22,22% de mujeres no institucionalizadas y el 16,67% de los hombres.

En este rango la depresión es mayor en ancianos no institucionalizados para ambos sexos. En cuanto al rango de Depresión establecida, se observa que existen, para las mujeres un porcentaje de 16,67% y para los hombres el porcentaje es de 27,78%. (Ver Gráfico 3)

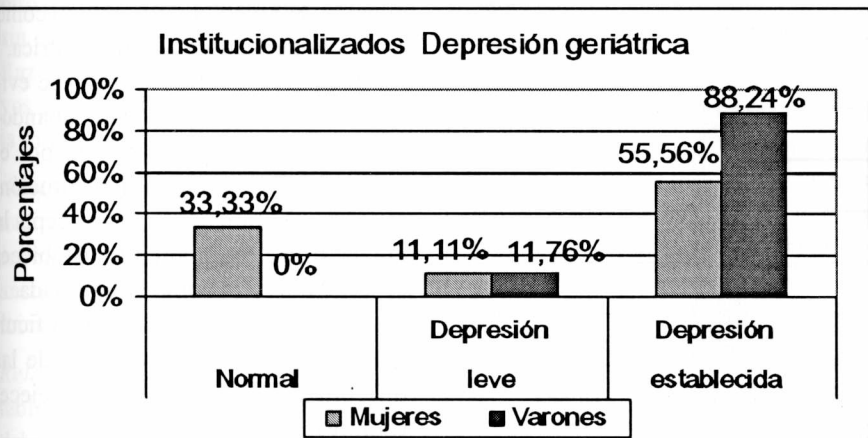


Gráfico 1 - Escala de depresión geriátrica (GSD)

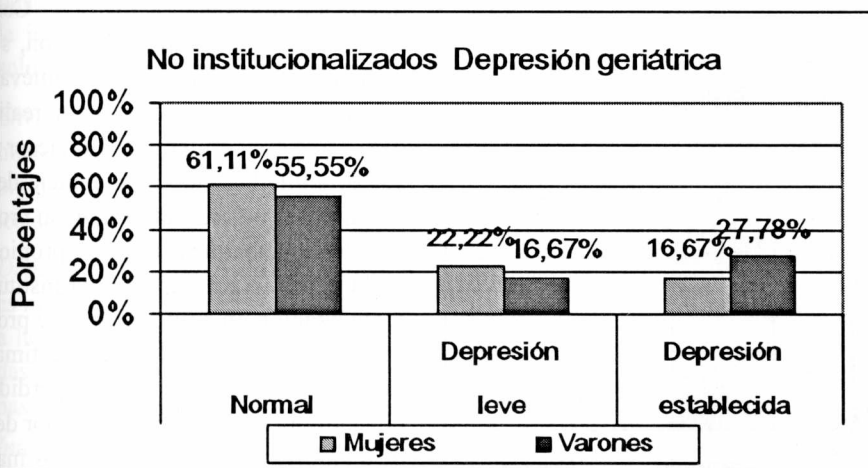


Gráfico 2 - Escala de depresión geriátrica (GSD)

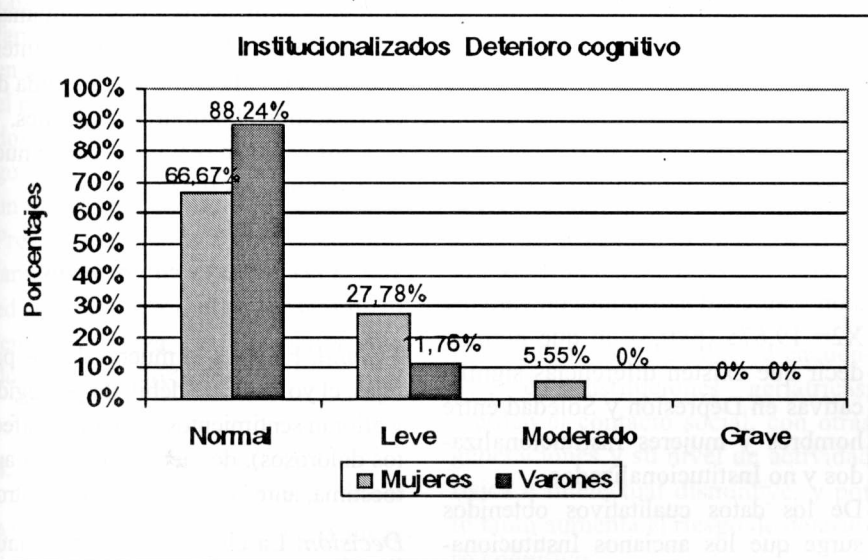


Gráfico 3 - Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)

Entre los ancianos institucionalizados las mujeres que no presentan deterioro cognitivo alcanzan el 66,67% y entre los hombres la normalidad asciende al 88,24%.

Con deterioro cognitivo leve, las mujeres presentan un 27,78% y los hombres un 11,76%.

Con deterioro moderado, las mujeres presentan el 5,55%, no registrándose hombres. En cuanto al rango deterioro grave no se presentan ni en hombres ni en mujeres. (Ver Gráfico 4)

En la Escala de Soledad, para el rango, A menudo, entre los ancianos institucionalizados no se registran casos. Para el rango A veces entre las mujeres institucionalizadas se registra un porcentaje de 61,11% y para los varones un 5,88%.

En el rango Raramente se registra un porcentaje de 38,89% para mujeres y 94,12% para varones. Para el rango Nunca, no se registran casos. (Ver Gráfico 5)

En la Escala de Soledad para el rango A menudo, entre los ancianos no institucionalizados, no se registran valores. Para el rango A veces, se observa un porcentaje de 33,33% en mujeres y 38,89% para varones no institucionalizados.

En Raramente existe un porcentaje de 66,67% para mujeres y 61,11% para varones residentes en sus hogares.

En el rango Nunca no se observan puntajes. *Se pone de manifiesto un mayor sentimiento de Soledad entre las mujeres institucionalizadas que en los hombres, para los rangos A veces y Raramente. Por el contrario, entre los ancianos no institucionalizados, para los mismos rangos el sentimiento de Soledad, es mayor en los varones que en mujeres.*

Para el análisis de los datos se emplearon las pruebas estadísticas Chi Cuadrado y Kruskal Wallis, con relación a Depresión y Deterioro cognitivo se obtuvieron los siguientes resultados:

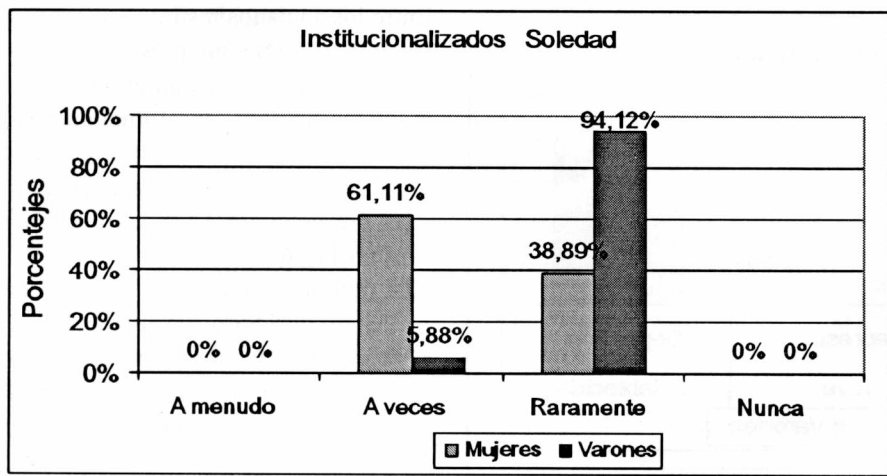


Gráfico 4 - Escala de soledad

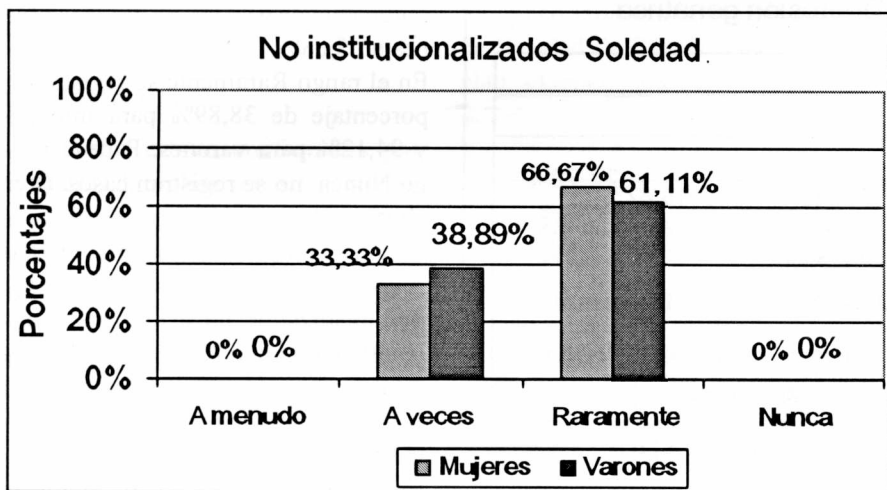


Gráfico 5 - Escala de soledad

$X^2 = 16,919$ ($p < 0,5$), es decir que existen diferencias significativas en Depresión y Deterioro cognitivo entre hombres y mujeres Institucionalizados y no Institucionalizados.

Para analizar Deterioro cognitivo y Soledad se aplicaron las pruebas estadísticas Chi Cuadrado y Kruskal Wallis, arrojando como resultado:

$X^2 = 12,592$ ($p < 0,5$), por lo tanto se concluye que existen diferencias significativas en Deterioro cognitivo y soledad entre hombres y mujeres ins-

tucionalizados y no Institucionalizados.

Al emplear las pruebas Chi Cuadrado y Kruskal Wallis respecto de Depresión y Soledad hallándose un valor de $X^2 = 19,675$ ($p < 0,5$), lo que permite decir que existen diferencias significativas en Depresión y Soledad entre hombres y mujeres Institucionalizados y no Institucionalizados.

De los datos cualitativos obtenidos surge que los ancianos Institucionalizados, presentan Depresión, senti-

mientos de Soledad y Abandono como resultado de la internación geriátrica.

En el caso N°1 - María, se hace evidente vivencia de soledad, abandono y depresión diagnosticada por el médico. Al ingresar a la institución, muestra rebelión, pero luego acepta la nueva situación, pudiendo establecer amistad con otra anciana internada.

En cuanto al envejecer y sus dificultades, ella muestra conciencia de las dificultades propias del envejecer (dolores, olvidos).

En el caso N°2 - Pablo, presenta afectos dolorosos, sentimientos de pérdida, Soledad, Abandono y Depresión diagnosticada por el médico. Con respecto a la institucionalización, se adapta a la misma, haciendo nuevas amistades y aceptando la nueva realidad. En lo concerniente al envejecer y sus dificultades, tiene conciencia del mismo, ya que presenta según su propio decir, achaques, dolores propios de la edad. Al principio de la institucionalización en ambos casos, se produjo un menoscabo de la autoestima, una desvalorización, ante la pérdida de la autonomía y la falta de amor del otro significativo. Ambos adultos mayores viven su ingreso a la residencia geriátrica, como aislamiento, debido al alejamiento de sus cosas cotidianas, de sus objetos libidinizados, la internación es vivida como una pérdida de las relaciones familiares y sociales. Los dos casos se resignan ante la nueva etapa que les toca vivir.

Temas recurrentes en ancianos institucionalizados

Familia: Frente a la muerte de sus parejas, el yo se siente débil, desprotegido y afloran sentimientos de pérdida (afectos dolorosos), de menoscabo de la autoestima, ante la falta de amor del otro.

Decisión: La elección no fue tomada por los involucrados. En la vejez. Los

otros (familiares) toman la decisión sin consulta previa.

Razones psicosociales son los motivos que los familiares exponen ante la internación.

Adaptación: La adaptación a la internación es forzosa, ya que sus familiares no quieren hacerse cargo de los ancianos, y más todavía al quedar un miembro sin su pareja.

Relaciones: Las relaciones que se establecen son intensas y dependientes debido a la misma internación geriátrica.

Aceptación de la Realidad: La realidad es aceptada, al darse cuenta de la imposibilidad de seguir viviendo solos.

Envejecer: El proceso de envejecimiento va gradualmente cambiando el organismo, el anciano va percibiendo los cambios físicos como psíquicos.

Depresión: El origen de la depresión es multicausal, en ancianos es debido a heridas narcisísticas, desencadenadas por pérdidas internas como externas, entre ellas la institucionalización.

Internación: Pasado un lapso de tiempo, se adapta y se acepta la internación con resignación.

Los *ancianos convivientes* con sus familias, ambos, alguna vez pensaron en la institucionalización, pero no por el momento, ya que se sienten apoyados, contenidos por familiares y amigos, debido a que los dos presentan un modelo de familia funcional.

Presentan cambios físicos y comportamentales como consecuencia de la edad, como dolores articulares, hipertensión, tristeza, Los dos han aceptado el paso de los años.

4. Conclusión

Al analizar los resultados de la investigación podemos observar que las di-

ferencias entre los grupos de ancianos institucionalizados y no institucionalizados son significativas, siendo los senescentes que se encuentran en instituciones geriátricas los que muestran mayores niveles de depresión reactiva, sentimiento de soledad y abandono, que aquellos ancianos que viven en sus hogares. Los resultados expuestos también nos muestran diferencias entre sexos, siendo los hombres quienes presentan mayor grado de depresión reactiva y sentimiento de soledad y abandono que las mujeres.

Lo que indica que el envejecimiento se traduce en una experiencia distinta para hombres y mujeres, constituyéndose el género en una variable diferenciadora de gran valor, cuando no se incorporan otras bases de diferenciación social distintas a la edad cronológica.

Los hombres viven buena parte de su vejez en compañía de una pareja, las mujeres pueden vivir la viudez, pero no siempre asociada a la soledad. Lo cual nos lleva a plantear que al alejar al anciano de su ámbito familiar y social, se elevan las posibilidades de padecer depresión reactiva y de experimentar sentimientos de soledad y abandono. Como consecuencia de la internación el adulto mayor comienza a sentir la carencia de afecto y que no es valorado ni tenido en cuenta por su entorno más cercano.

La soledad se hace cada vez más evidente y dolorosa, por eso se sienten tristes la mayor parte del tiempo y también abandonados por sus hijos, sobrinos o familiares más próximos, esto los puede llevar a ideas suicidas. Los adultos mayores que se encuentran en instituciones geriátricas, pierden el contacto social, con otras generaciones y su nivel de actividad física e intelectual disminuye, y por lo tanto aumenta el riesgo de deterioro cognitivo.

En este estudio se pone en evidencia que la institucionalización del adulto mayor produce efectos negativos sobre su salud física y mental, en lo social produce alejamiento de sus figuras significativas y pérdida de roles.

Los datos presentados coinciden con lo expresado por Matusevich y Szulik (1997), con respecto al Síndrome de Adaptación al geriátrico (S.A.G.), donde se hace manifiesto un conjunto de síntomas, como trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, tristeza, llanto sin motivo aparente, ideas suicidas, desorientación tiempo-espacial, quejas somáticas, Depresión reactiva, sentimientos de soledad y abandono.

Asimismo los resultados obtenidos en la presente investigación tienen coincidencias con otro trabajo llevado a cabo por Matusevich, sobre envejecimiento e institucionalización geriátrica (1996), en donde manifiesta conceptos de Goffman, sobre la institucionalización; como consecuencia de la misma se incrementan los síntomas orgánicos y afectivos, entre ellos Depresión reactiva, Soledad y Abandono.

Los datos obtenidos permiten tener un conocimiento más acabado de las características de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Se recalca la importancia de aplicación de políticas orientadas a ayudar al entorno familiar para no descontextualizar al anciano de su lugar de pertenencia y que la internación sea el último recurso adoptado por la familia.

5. Bibliografía

- Alvin, J. (1989), *Musicoterapia*, Paidós, Revista Alcione. Extractado por Silva, E.
- Basaglia, F. (1981), *Los crímenes de la paz*, Siglo XXI, México, Cap. 1, Pto. 2.

- Bazo, M.T., García Sanz, B., Maiztegui Oñate, C., Martínez Paricio, J. (1999), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*, Médica-Panamericana, España.
- Beaver, M. L.; Miller, D.A (1998), *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*, Paidós, Barcelona.
- Beck, A. T. (1978), *Psicología social: fundamentos y estructura*, Morata, Madrid.
- Beliveau, O., Singer, D. (1997), *Tiempo de vivir: Subjetividad y envejecimiento*, Revista Ateneo Psicoanalítico, N° 1, Buenos Aires.
- Bleichmar, H. (1976), *La depresión. Un estudio psicoanalítico*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Berriel, Fernando; Perez, Robert; Luzzardo, Mario (2000), *Producciones subjetivas del proceso de envejecimiento*, Universidad del Uruguay.
- Berriel, Fernando; Pérez, Roberto; Charando, Ana y otros (2003), *Incidencia de factores afectivos, cognitivos, funcionales y psicosociales en la evolución de la enfermedad de Alzheimer (EA)*, Universidad del Uruguay.
- Bottini, L.I., Ayram, E.G. (1996), *El trabajo institucional en grupos psico-recreativos*, Mimeo, p. 149.
- Bowlby, J. (1980), *La pérdida afectiva*, Paidós, Buenos Aires.
- Camdessus, B., Bonjean, M., Spector, R. (1995) *Crisis familiares y ancianidad*, Paidós, Barcelona.
- Carbal Prieto, J. M. (1980), *La tercera edad*, Troquel, Buenos Aires.
- Cayo Ríos, Gregorio; Flores, Elvis José (2003) *La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo*, Dpto. Psicología Universidad de Tarapacá de Arica, Chile.
- Comfort, A. (1991), *La edad dorada. Guía para entender y disfrutar la vejez*, Grijalbo, Barcelona.
- Cordero, L., Cabanillas, S., Lerchundi, G. (2003), *Trabajo social con adultos mayores*, Espacio, Argentina.
- Decalmer, P., Glendenning, F. (Compiladores) (2000), *El maltrato a las personas mayores*, Paidós, Buenos Aires.
- Deepak, CH. (1998), *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*, Vergara, Buenos Aires.
- Elbert, E., Antonuccio, O. (1985), *Terapia familiar para pacientes ancianos con problemas psiquiátricos, en consultorios externos de una institución hospitalaria*, Trabajo presentado en el 2° Congreso de Psicopatología y Salud Mental, Buenos Aires. Apoyándose en trabajos de Gutmann, R. (1977).
- Erickson, E. H. (1993), *Ocho edades del hombre*, Lumen- Hormé. XII edición.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, CH. (1969), *Tratado de psiquiatría*, Cap. III. Estados depresivos y crisis de melancolía, Toray-Masson, Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996), *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona. S.G.
- Fernandez-López, E. (1996), *Psicología de la vejez*, Adhara, España.
- Fonagy, P., Steele, M. Steele, H., Huggitt, A., Target, M. (1994), *The theory and practice of resilience*. Citado por Zukerfeld, R. (2002).
- Freud, S. (1948), *Obras completas. La aflicción y la melancolía*, Vol. I, Biblioteca Nueva, Madrid, pp.1088-1090.
- Freud, S. (1948). *Obras Completas. Angustia, dolor y tristeza*. Pags. 1274-1275. Vol. I. Madrid. Biblioteca Nueva.
- García Ferez, José (2000), *La Pérdida de importancia Social*, Barcelona, España.
- Goffman, E. (1988), *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Grotberg, E.H. (2001), *Nuevas tendencias en resiliencia*. Citado por Zukerfeld, R (2002),
- INDEC (2001), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*.
- INDEC (2001), *Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2015*, Dirección General de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Bs. As.
- INDEC (1994-1997); Müller (1978); Pantelides (1989); Somoza (1971), Información extraída de la publicación *Estructura y envejecimiento poblacional en la Argentina*, Serie Análisis Demográfico N°14.
- INDEC. *Censos Nacionales de Población. 1895-2001*, Dirección General de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Bs. As.
- Iraizoz, I. (2000), *Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano*, Servicio de Geriátrica, Navarra, España, www.cfnavarra.es/salud/.
- Karp, D., Korovsky, E. (1998), *Psicogerontología: Psicosomática, Psicoanalítica de la vejez*, Roca Viva, Uruguay.
- Lacan, J. (1936), *El estadio del espejo como formador de la función del yo, tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*, Expuesto en el Congreso Internacional de Psicoanálisis en Marienbad.
- Lehr, U. (1988), *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*, Herder, Barcelona.
- Mace, N. L., Rabins, P. V. (1988), *Cuando el día tiene 36 horas*, Pax México, México.
- Mandolini Guardo, R. G. (1969), *Historia general del psicoanálisis: de Freud a Fromm*, Ciordia, Buenos Aires, 423-424- 430.
- Marchesi, A., Carretero, M., Palacios, J. (Compiladores) (1986), *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*, Alianza, Madrid.
- Martínez De La Iglesia, J., Onis Vilches, M., Dueñas-Herrero, R., Colomer, C., Aguado-Taberné, C., Luque-Luque, R. (2002), Versión española

del cuestionario de Yesavage abreviado (GSD), para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. Vol. 12. Núm.10. (10) 620-630.

Martínez De La Iglesia, J., Onis-Vilches, M., Dueñas-Herrero, R., Colomer, C., Aguado-Taberné, C., Luque-Luque, R. (2001), Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med. Clin.* 2001. 117-129. 134. (Ref.01.06), News Letter en Psicometría. Publicación trimestral. Enero 2002. Vol. 1, N° 1.

Matusevich, D. (1996), *La muerte social como destino posible en la vejez*, Mimeo.

Matusevich, D., Szulik, J. (1997), *Síndrome de adaptación al geriátrico*, Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. VIII: 181-187.

Melillo, A. C., Suárez Ojeda, E. N. (Compiladores) (2000), *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*, Paidós, Buenos Aires.

Mendez. M. L., Ejilevich, H. L. (1979), *Psicología evolutiva*, Centro Editor Argentino, Buenos Aires, pp. 4-5.

Mishara, B. L., Riedel, R.G. (1986), *El proceso de envejecimiento*, Morata, Madrid.

Moragas Moragas, R. (1991), *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona.

Nueva Enciclopedia Sopena (1954), Tomo I, Sopena, Barcelona.

Pichon-Rivière, E. (1985), *El proceso grupal*, Nueva Visión, Argentina.

Rodríguez Rodríguez, P. (2000), *Residencias para personas mayores*, Médica-Panamericana, España.

Rolla, E. H. (1991), *Senescencia: Ensayos psicoanalíticos sobre tercera edad*, Galerna, Buenos Aires.

Rutter, M. (1987), *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Citado por Zukerfeld, R. (2002).

Sacchi, C., Minzi, Rechaud de M. C. (1997), *Escala revisada de soledad de Russell, Cutrona y Peplau*, Revista Argentina de Clínica Psicológica, VI. 43-53. Aigle - Centro de Estudios Humanos. Vol. VI. N° 1.

Salvarezza, L. (2001), *Objetivos y recursos de la psicoterapia en la vejez*, Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XII: 143-147.

Salvarezza, L. (1993), *Psicogeriatría: Teoría y clínica*, 4ª edición, Paidós, Buenos Aires.

Spinetto, M. (2001-2002), *Memoria y cognitivismo*, Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XII: 283-291.

Vega, J. L., Bueno, B. (1996), *Desa-*

rrollo adulto y envejecimiento, Síntesis, Madrid.

Varela, O. H., Álvarez, H. R., Sarmiento, A. J. (1997), *Psicología Forense*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires.

Viguera, V., *Tiempo. Revista electrónica de psicogerontología*, www.psicomundo.com/tiempo.

Villoria, S. (2004), *Teoría del apego: Aspectos históricos. Manifestaciones funcionales y disfuncionales en los ciclos de la vida*, Revista Athenea. 81-90.

Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., Bragg, M. E. (1980), *Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis*, Journal of Personality and Social Psychology. 39 (6), 1238-1244. Citado por Sacchi y Minzi, Rechaud de. (1976)

Weiss, R. S. (1973), *Loneliness: The experience of social and emotional isolation*, Mit Press, Cambridge, Mass. Citado por Sacchi y Minzi, Rechaud de. (1976),

Zarebski, G. (1994), *¿La vejez es una caída?*, Tekné, Buenos Aires.

Zarebski, G. (1999), *Hacia un buen envejecer*, Emecé, Buenos Aires.

Zinberg, N. E., Kaufman, I. (Compiladores) (1987), *Psicología normal de la vejez*, Paidós, Buenos Aires.

Zukerfeld, R. (2002), *Vulnerabilidad y Resiliencia en Psicogerontología*, en Jornadas Gerontológicas (2004).