

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Departamento de Psicología General



TESIS DOCTORAL

Relaciones afectivo-sociales de los ancianos de residencias-asilos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Tomás Ortiz Alonso

DIRECTOR:

Dionisio Pérez Pérez

Madrid, 2015

Tomás Ortiz Alonso

TP
1981
024



* 5 3 0 9 8 5 4 6 5 8 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

X-05-004920-2

RELACIONES AFECTIVO-SOCIALES DE LOS ANCIANOS
DE RESIDENCIAS-ASILOS



ARCHIVO

Departamento de Psicología General
Sección de Psicología
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación
Universidad Complutense de Madrid
1981

© Tomás Ortiz Alonso
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1981
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-23-1981



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGIA.

RELACIONES AFECTIVO-SOCIALES DE LOS
ANCIANOS DE RESIDENCIAS - ASILOS.

Trabajo realizado por:
D. TOMAS ORTIZ ALONSO
Para la obtención del grado
de doctor.

Dirigido por:
Dr. D. Dionisio Pérez y Pérez

ABRIL - 1980

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero expresar mi profundo y más sincero agradecimiento al Dr. Dionisio Pérez y Pérez no sólo por haberme dirigido en la elaboración de esta tesis sino y principalmente por la enorme colaboración que de él he recibido tanto por la gran cantidad de ideas y reflexiones, que me ha apuntado como por las aportaciones materiales a la propia tesis y por la atención, tiempo y dedicación que gentilmente me ha dispensado.

Quiero agradecer así mismo a los profesores Luis Jánez y Fernando Terán el entusiasmo y dedicación que han puesto para que este trabajo saliera lo mejor posible así como a mi mujer María José la gran dedicación y paciencia que ha mostrado durante estos años de trabajo que ha durado la tesis.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a todas aquellas personas que directa o indirectamente han colaborado en la realización de este trabajo.

Cumplo así mismo con el agradable deber de expresar mi profundo agradecimiento a la "FUNDACION SANTA MARIA" por la aportación económica recibida, materializada en la beca que me ha sido concedida por dicha Entidad.

Por último quiero expresar mi agradecimiento a todos los ancianos que han tenido la amabilidad de participar en este estudio y a las directoras y personal de las residencias-asilos estudiadas que tan gentil y desinteresadamente han colaborado.

Tomás Ortiz Alonso

Permitidnos ser en la vejez tan alegres como en la juventud. La juventud tiene sus canciones mañaneras, como las alondras; el senecto debe tener también, como el ruiseñor, su canción de noche.

I.

I N D I C E

PAGS.

INTRODUCCION 1

I.- PARTE TEORICA

CAPITULO I

APROXIMACION AL MUNDO DE LA TERCERA EDAD

1.- <u>APROXIMACION HISTORICA</u>	21
1.1.- TERCERA EDAD Y CONCEPTOS AFINES	21
1.2.- ¿CUANDO EL HOMBRE ENTRA EN LA TERCERA EDAD?... ..	26
1.3.- EVOLUCION HISTORICA DE LA TERCERA EDAD	33
1.4.- ANALISIS DEMOGRAFICO-HISTORICO	39
1.5.- ESPERANZA DE VIDA	43
1.6.- CONCLUSIONES	49
2.- <u>PROBLEMAS QUE PLANTEA LA TERCERA EDAD</u>	53
2.1.- PROBLEMAS PSICOSOMATICOS DE LA TERCERA EDAD ..	56
2.2.- PROBLEMAS DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD ..	60
2.3.- PROBLEMAS ECONOMICOS DE LA TERCERA EDAD	73
3.- <u>TEORIAS SOBRE LA VEJEZ</u>	81
3.1.- TEORIA SOBRE LA ARTERIOSCLEROSIS CRONICA	82
3.2.- TEORIAS DE WEISSMANN	83
3.3.- TEORIA DE DASTRE	85

II.

PAGS.

3.4.- TEORIAS DE HARRISON, BURROWS Y LEWIS	86
3.5.- TEORIA DE MINOT	87
3.6.- TEORIA DE METCHNIKOFF	88
3.7.- TEORIA SEXUAL DE LA DECADENCIA SENIL Y DE LA MUERTE	89
3.8.- CRITICA GENERAL A LAS TEORIAS ANTERIORES	91
3.9.- TEORIAS MODERNAS	93
3.9.1.- Teoría del eslabonamiento proteico ...	94
3.9.2.- Teoría del envejecimiento por radia- ción	96
3.9.3.- Teoría de los radicales libres	98
3.9.4.- Teoría de la influencia del oxígeno en el envejecimiento	100
3.9.5.- Teoría del envejecimiento de la cro- matina	100
3.9.6.- Teoría inmunológica del envejeci- miento	102
3.9.7.- Teoría celular: algunos criterios de envejecimiento celular	102
3.9.8.- Teoría de Grisolia	105
3.9.9.- Teoría de Medawar	106
4.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	108

CAPITULO II

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES DE LA TERCERA EDAD

III.

	<u>PAGS.</u>
1.- <u>FACTORES BIOLÓGICOS</u>	115
2.- <u>FACTORES PSICOLÓGICOS</u>	126
2.1.- PROCESOS COGNITIVOS Y LENGUAJE	128
2.2.- PROCESOS SENSORIALES Y PERCEPTIVOS	158
2.3.- APRENDIZAJE	160
2.4.- MEMORIA-ATENCIÓN	165
2.5.- HABILIDADES PSICOMOTRICES	169
2.6.- MOTIVACIONES, ACTITUDES, INTERESES	175
2.7.- PERSONALIDAD EN LA VEJEZ	182
3.- <u>FACTORES SOCIALES</u>	222
3.1.- FAMILIA	222
3.2.- HABITAT URBANO-RURAL	225
3.3.- CLASE SOCIAL Y CULTURAL	227
3.4.- JUBILACIÓN	229
3.5.- ESTADO CIVIL	238
3.6.- RESIDENCIA-ASILO	243
4.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	249

CAPITULO III

LA AFECTIVIDAD EN LA VEJEZ

1.- <u>DELIMITACIÓN DEL CAMPO</u>	263
---	-----

IV.

Pags.

2.- <u>BASES NEUROFISIOLOGICAS DE LA AFECTIVIDAD</u>	265
3.- <u>CONCEPTO DE AFECTIVIDAD EN LA VEJEZ</u>	270
4.- <u>BREVE ANALISIS HISTORICO DE LA AFECTIVIDAD</u>	273
5.- <u>SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS EN EL MUNDO AFECTIVO DEL NIÑO Y DEL VIEJO</u>	279
6.- <u>ANALOGIAS ENTRE LA ADOLESCENCIA Y LA VEJEZ</u>	285
7.- <u>EL PROBLEMA DEL RECUERDO EN EL VIEJO</u>	287
8.- <u>LA SOLEDAD EN LA VEJEZ</u>	293
9.- <u>EL PROBLEMA DE LA MUERTE</u>	301
10.- <u>LAS RELACIONES SOCIO-FAMILIARES</u>	305
11.- <u>CONCLUSIONES</u>	311
12.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	317

II.- PARTE EXPERIMENTAL

1.- <u>INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO</u>	324
2.- <u>OBJETIVOS</u>	335
3.- <u>HIPOTESIS</u>	337
4.- <u>MATERIAL Y METODO</u>	339
4.1.- <u>INSTRUMENTOS</u>	339
4.2.- <u>MUESTRA</u>	360
4.3.- <u>PROCEDIMIENTO</u>	361

v.

	<u>Pags.</u>
5.- <u>RESULTADOS, INTERPRETACION Y COMENTARIOS</u>	363
5.1.- VARIABLES CONSIDERAS AISLADAMENTE	363
5.2.- RELACIONES DE LAS VARIABLES CON LA INTEGRA- CION Y RELACIONES AFECTIVAS	392
6.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	410

III.- PARTE FINAL

1.- <u>CONCLUSIONES GENERALES</u>	419
2.- <u>CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS Y PERSPECTIVAS DE</u> <u>INVESTIGACION</u>	424
3.- <u>BIBLIOGRAFIA GENERAL</u>	432
4.- <u>APENDICE</u>	475

INTRODUCCION

Diversas circunstancias acentúan, tal vez de modo especial - en nuestro tiempo, la problemática social del anciano, circunstancia difícilmente separable de otras de orden psicológico, económico, etc.

Seguramente, en términos generales, el anciano como el niño, es fácilmente vulnerable a cualquier nivel. Las circunstancias, el medio en que se desenvuelve, el debilitamiento físico, ... contribuyen a que la persona de edad vaya dejándose minar -a nivel psicológico- hasta quedar expuesto en multitud de ocasiones, a merced de cualquier agente exterior que le podrá traer o llevar a su antojo, cuando no le esclavice una rigidez angustiante, opuesta a todo cambio posible.

Elegir este tema de la vejez para una tesis doctoral, podría deberse a múltiples razones de todo tipo. Tres puntos de vista han estado presentes a lo largo de la realización de este trabajo, todos ellos, por separado, capaces de ser planteados seriamente y constituir una poderosa razón para dedicarle el tiempo y la extensión de este estudio:

a) PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO.

La literatura científica ha abundado en trabajos sobre - psicología evolutiva, sobre todo a nivel de niñez, adoles

2.

cencia y juventud, mientras ha pasado un poco de largo el tema de la tercera edad.

Cualquier mirada superficial podría comprobar que de cada diez trabajos sobre psicología evolutiva, dedicados a las edades tempranas, solo habría uno orientado al estudio de la ancianidad.

Ello quiere decir que los trabajos serios han caminado - agigantadamente dejando al margen la compleja problemática de una población numerosísima ocupada por personas jubiladas.

No obstante, creo yo, que de ningún modo puede concederse a la vejez un lugar marginal, sino que, contrariamente, - merece un puesto de primera fila tanto por el índice relativo de población que la ocupa en el conjunto de los años de la vida, como por la complejidad de situaciones y esta dos que esta edad posee.

Nos ha preocupado seriamente, como psicólogos, estudiar y profundizar un poco en la psicología INVOLUTIVA, conscientes de que el campo ha sido poco explorado y que posee - gran cantidad de variables que, una vez definidas, pueden ayudar al hombre de la tercera edad. Ayuda que puede ser enfocada tanto al aspecto social como personal de estos - hombres.

El mundo del anciano está cargado de aspectos afectivos, que inciden constantemente en su actuación y en su modo de vida cotidiano. Tales aspectos, profundamente analizados, pueden encaminarnos a posibles soluciones en los conflictos propios de esta edad, ayudándole a una mejor superación de todos ellos.

A veces se ha intentado establecer un paralelismo comparativo entre el niño y el anciano.

Ciertamente ambos necesitan una ayuda exterior, que es menos importante en la vida del hombre maduro, pero, en realidad, la semejanza se limita a elementos muy superficiales.

La fase senil de la vida está caracterizada por experiencias, impulsos, modos de actividad, etc., que pierden agilidad, originalidad e intensidad a medida que la edad avanza.

Decrece la hondura y la energía del impulso, casi desaparece la pasión tanto a nivel físico como a nivel anímico, mengua la capacidad receptiva de los sentidos, baja la fidelidad y finura de la percepción, aparecen constantemente "achaques", la acomodación a situaciones nuevas se dificulta cada vez más, la vida, podríamos decir, se anquilosa, los procesos se inmovilizan, desaparece el impulso

de lucha, se vuelve pertinaz, opuesto a todo cambio, en constante actitud de paz, negándose a la adquisición de experiencias nuevas, cerrando progresivamente el círculo de los intereses y el afán de conocer la marcha de la vida de los demás, llegando a una apática indiferencia ante todo.

Incluso, a niveles profundos de la psicología pierde el deseo de obtener estimación y simpatías fuera del círculo de sus amistades más cercanas y de la propia familia. De ahí que ya no haya preocupación por la impresión que hará en los demás la conducta propia, sino es para incrementar estrictamente el favor y la atención exterior.

El hombre anciano siente sobre sí el peso de una imagen en ruina, y ante ella se echa atrás, rompiendo el deseo de vivir que tan acentuado está en el hombre joven.

El materialismo de la vejez se pone muy de manifiesto, permaneciendo arraigados todos los impulsos rígidos dirigidos a lo inmediatamente material, al comer y al beber, a la comodidad corporal, y, a veces, no es rara una codicia sexual meramente física.

Por otro lado el anciano se siente amenazado aferrándose de modo defensivo a lo que es y tiene: sus posesiones sus derechos, sus costumbres, sus juicios. Surge la terquedad

5.

senil y puede llegar a lo más pequeño y necio, negándose a aceptar razones, aunque sean evidentes, y a aceptar los motivos que se le presenten para un cambio de conducta.

Por estas cosas el hombre anciano no es fácil de soportar.

En él, y en torno a él, la vida queda atascada, desaparece la variedad, lo sorprendente, lo excitante, lo que va por derroteros diferentes en todos los aspectos, incluso en gestos y palabras.

Bajo este prisma crece la suspicacia, la desconfianza en todo y por todo, mientras se refugia en los recuerdos lejanos, en la fabulosa fantasía de tiempos mejores "mis tiempos...", convertidos en motivo de crítica de lo actual.

Naturalmente todo esto lleva a malentendidos e inconveniencias difíciles de aceptar, llegando al peligro de que surja la fatiga, aún en los más cercanos a él, no soportando ya, el seguir asumiendo sus propias y naturales condiciones en amor y armonía.

Aquí el deber ético necesita energía y altruismo, pero sobre todo paciencia, llegándose a una actitud de tolerancia esperando solamente poder seguir conviviendo con una razonable decencia.

6.

Desde este punto de vista no deben extrañarnos experiencias tales como el nazismo que encontró una "solución" al problema que era una pura barbarie materialista y debemos estar alerta ante una desvaloración de la persona en cuanto tal y una forma desenfrenada en el manejo del hombre y no caer en los mismos errores, aunque queden cubiertos bajo una capa más refinada y disimulada que lo fue en la historia pasada.

Vemos pues que la tercera edad por sus características físicas y sociales nos lleva a una concepción psicológica especial, viéndonos inclinados a admitir gran número de variables tales como pesimismo, egocentrismo, crisis de dependencia, despersonalización, etc. etc., sin embargo es también evidente que en esta etapa existe una cierta involución, es decir, una reacción inversa a la del joven e incluso al proceso de formación del hombre adulto.

Creemos que desde el punto de vista que enfocamos todo esto se puede llegar a un perfecto equilibrio psico-bio-social.

Nos sentimos concordes con Miguel Moraza Ortega en la afirmación de que puede darse una vejez orgánica, desde el punto de vista biológico, pero también admitimos, y de ello estamos muy convencidos, que esta armonía puede y debe darse desde el punto de vista psicológico.

7.

Puede haber una vejez armónica -como afirma Moraza- en la cual todos los órganos y tejidos irían agotándose, de acuerdo con su potencia estructural y proliferativa de carácter social, conduciendo, de este modo, a la muerte de una forma normal u ordenada desde el punto de vista fisiológico.

Frente a esta situación existiría, pues, una llamada vejez inorgánica, en la cual el órgano o estructura humana, por diversas alteraciones congénitas o ambientales, agotaría su capacidad vital mucho antes de lo que correspondería normalmente.

La conclusión de Moraza es que "hay, sin duda, una vejez armónica en que todos los órganos tocan a su fin, y una vejez inorgánica en la cual existe un órgano o sistema envejecido en un sujeto, por lo demás, joven". (M. MORAZA ORTEGA: Armonía y Longevidad, Universidad de Salamanca, 1948, pag. 9).

Paralelamente con la teoría biológica de Moraza Ortega, creemos que a nivel psicológico se puede llegar también a una vejez armónica, y si por un lado consideramos y valoramos las diferentes deficiencias psico-sociales que se dan en la tercera edad, creemos, por otra parte, que un equilibrio entre estas fuerzas psico-sociales van a permitir una involución armónica psico-afectiva del anciano, -

8.

contrariamente las deficiencias ambientales, interpersonales y sociológicas, unidas a las propias deficiencias psicológicas, favorecen una vejez inarmónica, es decir, prematura y mal llevada.

Personalmente aceptamos la problemática negativa que, a nivel psicológico, plantea la tercera edad, pero creemos que tal problemática puede mejorarse, diríamos mejor solucionarse, e incluso evitarse mediante una adecuada labor psico-social en favor de la integración del anciano en la sociedad y en el equilibrio interior consigo mismo; integración y equilibrio que permitirán y favorecerán las relaciones afectivas del anciano, y le permitirán una mejor estabilidad afectivo-emocional.

b) PUNTO DE VISTA SOCIAL.

El segundo motivo importante que nos ha llevado a estudiar este apasionante campo de la tercera edad, ha sido la evolución progresiva que a nivel social está ocurriendo, no sólo en España sino en la mayoría de los países industrializados, los hombres de la tercera edad.

Ultimamente en los periódicos y revistas del país vemos que de un modo continuo y cada vez con más insistencia se viene hablando de los ancianos, de sus problemas, de sus dificultades, del problema social que plantean, etc.

9.

Ultimamente estamos asistiendo, bien sea por los adelantos realizados en la medicina que permiten alargar la vida y las capacidades biológicas del hombre, bien sea por la situación socio-económica que plantean las sociedades industrializadas, bien sea por la misma estructura de estas sociedades, a una explosión demográfica de hombres de la tercera edad.

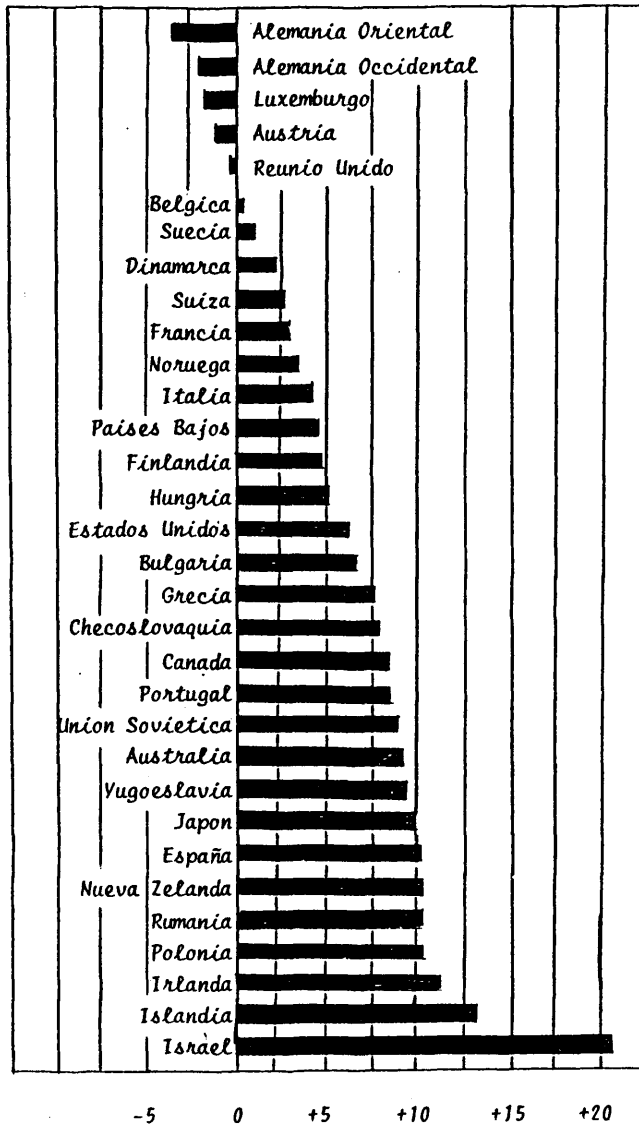
Esta explosiva evolución del crecimiento de las personas ancianas crean una serie de problemas y varios planteamientos a la sociedad y sobre todo crean en el anciano una nueva forma de vida a la cual tiene que adaptarse. En la medida en que la sociedad va tomando conciencia de esta situación, el anciano va poco a poco integrándose y adaptándose a este nuevo sistema de vida. Sin embargo creemos que aparte de los medios que la sociedad pueda proporcionar al anciano, queda una gran labor por parte del mismo anciano en su proceso de integración social.

Las aportaciones que en nuestra tesis apuntamos sobre la problemática afectivo-social del anciano creemos que pueden servir como puntos de partida para una mejor integración, y adaptación social del hombre de la tercera edad.

Si bien no nos planteamos en nuestra tesis la problemática social como variable experimental, si nos planteamos la existencia y vivencia afectiva del hombre mayor en un

contexto social agresivo, difícil, problemático y novedoso que cada día va acrecentándose más y más. A pesar de que España, por fortuna, no se encuentra entre los países con un superavit de ancianos sobre nacimientos, creemos, según las perspectivas de las demás sociedades europeas y la misma estructura social española, que dicho superavit infantil no tardará mucho en decrecer de forma rápida y progresiva. A título de ejemplo exponemos una gráfica clara y representativa que recientemente ha aparecido en la revista Investigación y Ciencia y que expone claramente la trayectoria de unas sociedades industrializadas con perspectivas de un deficit de movimientos en comparación con un aumento progresivo de ancianos.

EUROPA: ¿Futuro ramillete de países con más ancianos que niños?



Tasa del crecimiento natural (por cada 1.000 habitantes)

Ampliando la información que nos presenta la anterior gráfica y centrándonos en nuestro país, las últimas estadísticas nos confirman que la población de personas mayores de 65 años asciende a casi un 11% de la población total. Este índice nos viene a demostrar lo elevado y representativo que puede ser en un futuro el mundo de los ancianos; y dado que esta evolución de la población anciana es progresiva, los problemas que esta explosión demográfica planteará, serán cada vez más complicados y difíciles, tanto a nivel social como individual.

Toda esta problemática social nos ha llevado a estudiar este campo de la tercera edad con el fin de contribuir a crear un equilibrio mayor de estas personas tanto en su relación interpersonal como social, y en última instancia poder ayudar al anciano a vivir esta última parte de su vida, dentro de la estructura social en la que se encuentra, de forma tranquila, equilibrada y feliz.

c) PUNTO DE VISTA DE RESIDENCIAS.

Otra de nuestras principales preocupaciones a la hora de realizar nuestra investigación ha sido la de saber cómo y donde viven nuestros ancianos, si bien es verdad que la variedad de respuestas "forma de vida-habitat" a nuestra cuestión podría ser muy amplia, creemos que existen en la actualidad dos grandes formas de vida-habitat: la familia y la residencia.

Por fortuna, hoy día, todavía podemos observar que la mayoría de nuestros ancianos viven en familia, sin embargo, estamos asistiendo a una radical transformación de mentalidad en este campo. Cada vez es más frecuente que las familias se planteen la residencia de ancianos como solución a la situación que les plantean los "abuelos" y prueba de ello es que tanto los asilos y residencias como los centros geriátricos son insuficientes para atender a la creciente demanda que actualmente se está dando. No vamos a entrar aquí en las ventajas e inconvenientes que plantea este nuevo tipo de vida de las personas mayores - puesto que hablaremos más adelante de ello y trataremos de aproximarnos experimentalmente a la posible influencia de dichos centros en la afectividad del anciano. Sin embargo queremos dejar constancia de la fuerte y progresiva tendencia actual a que los ancianos vivan en las residencias; buena prueba de ello nos la está dando el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que según unas recientes declaraciones del Ministro, está implicado en la creación de un mayor número de residencias.

Aunque no pretendemos olvidar a los ancianos que viven por su cuenta o en familia, en esta primera etapa de nuestra investigación, hemos querido tener como variable experimental las residencias y concretamente las residencias-asilos, con el fin de ver si esta forma de vida contribuye positiva o negativamente a una mayor integración del anciano, tanto a nivel personal como a nivel psico-social.

A pesar de que, como dijimos anteriormente, nuestros ancianos tienden a vivir en familia, actualmente en la provincia de Madrid (donde está realizada la mayor parte de nuestra investigación) son alrededor de siete mil las personas que viven en residencias de ancianos. Residencias de todo tipo, estatales, privados, mixtos, microresidencias (donde viven unos pocos ancianos bien atendidos y con mucho personal que les atiende), macrorresidencias (insuficientemente acondicionadas, tanto en medios materiales como de personal), etc.

A continuación exponemos una lista del tipo de residencias de ancianos ubicadas en la provincia de Madrid, que nos dan idea de la importancia de esta forma de vivir.

I. ESTABLECIMIENTOS ESTATALES.

A) Residencias de la Seguridad Social:

San Blas

Alcalá de Henares

Nuestra Señora del Carmen

Gran Residencia de Ancianos (Admite a impedidos o incurables)

B) Residencias de la Diputación:

Ciudad de Ancianos. Carretera Fuencarral Km. 13.

Ciudad de Ancianos. Alcalá de Henares.

Ciudad de Ancianos. Aranjuez.

Ciudad de Ancianos. Arganda del Rey.

Ciudad de Ancianos. Colmenar Viejo.

Ciudad de Ancianos. San Martín de Valdeiglesias.

Residencia San Isidro Labrador. Aranjuez.

C) Residencia del Ayuntamiento:

Residencia de Ancianos de Alcalá de Henares.

II. ESTABLECIMIENTOS MIXTOS.

1. Residencia de Ancianos San Luis Gonzaga (carretera Colmenar, Km. 13).
2. Residencia Casa de Betania y Fundación Goicolea e Isusi.
3. Hospital Homeopático de San José.
4. Residencia Mi Casa, de la calle Almagro.
5. Residencia Jesús Nazareno (admite enfermos mentales o contagiosos).
6. Residencia de Ancianos de la Calle Alfonso XXIII, 3 y 5.
7. Residencia de Damas de la Caridad de la Inmaculada.
8. Residencia de Ancianos Fausto Elorza.
9. Residencia de Ancianas Cigarreras.
10. Residencia Mi Casa, de la Calle Doctor Esquerdo.
11. Residencia de Ancianos de la Calle Lagasca.
12. Residencia Santísima Virgen y San Celedonio.
13. Residencia Franciscanas de María Auxiliadora, en Aravaca.
14. Residencia San José. Chinchón.
15. Residencia de Ancianos de Colmenar Viejo.
16. Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Antigua, en Morata de Tajuña.
17. Residencia de Ancianos La Atalaya, en Pozuelo de Alarcón.
18. Residencia de Ancianos de Pozuelo.
19. Residencia María Leonor, en San Lorenzo de El Escorial.
20. Residencia Hogar Virgen de la Esperanza, en San Sebastián de los Reyes.

Cáritas

21. Residencia de Ancianos, calle Islas Aleutianas.

22. *Micro-residencia de Ancianos de la Calle Magdalena.*
23. *Residencia de Ancianos Pilar de la Mata.*
24. *Residencia de Ancianos San Juan.*
25. *Residencia de Ancianos de Cáritas Diocesana.*

III. ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS.

1. *Residencia Pezzi-Esquerdo.*
2. *Residencia Consuelo Mesquerra.*
3. *Residencia Villa Jecmit.*
4. *Residencia Eloisa.*
5. *Residencia María Auxiliadora.*
6. *Residencia Maser.*
7. *Nuevo Sanatorio Chamartín.*
8. *Residencia Luz.*
9. *Residencia Santa Margarita.*

De estos siete mil ancianos de la Provincia de Madrid - que viven en las citadas residencias, el 65%, es decir - 4.460 personas, viven en residencias públicas dependientes del Estado; el 30%, es decir, 2.123 personas, viven en centros mixtos, atendidos generalmente por órdenes religiosas pero subvencionados por el Estado, y por último algo menos del 5%, es decir unos 340 ancianos, viven en centros privados financiados por sus propios recursos económicos.

Una reciente estadística sobre los ancianos madrileños - que viven en residencias, publicada en el ABC del día 27 de Octubre del año 1979, nos viene a ampliar la informa-

ción sobre este campo. Los resultados de dicha estadística son los siguientes:

ANCIANOS MADRILEÑOS QUE
VIVEN EN RESIDENCIAS

EDAD

<u>Años</u>	<u>% Hombres</u>	<u>% Mujeres</u>
65-69	8,5	7,1
70-79	51,7	47,1
80-85	27,7	28
Más de 85	11,8	17

ESTADO CIVIL

Solteros	11,3 %
Casados... ..	47,8 %
Viudos... ..	40,7 %

ESTUDIOS REALIZADOS

No leen ni escriben	13,3 %
Primaria incompleta	37,9 %
Primaria completa... ..	30,5 %
Bachillerato elemental... ..	6,7 %
Bachillerato superior... ..	3,2 %
Formación profesional... ..	2,0 %
Peritaje y similares... ..	2,3 %
Títulos superiores... ..	3,7 %

Con los datos anteriormente expuestos hemos querido hacer constar la importancia que actualmente está teniendo no solo para la sociedad, sino para el mismo anciano, esta forma de vida de las personas de la tercera edad.

Antes de acabar esta introducción al trabajo que a continuación exponemos, creemos que sería oportuno exponer - por qué nuestra investigación ha sido realizada concretamente en las residencias-asilos y no en otro tipo de residencias o en los ancianos que residen en familia.

El motivo principal es que esta investigación no acaba - con el estudio de la problemática afectivo-social de las personas que viven en las residencias-asilos, sino que - se verá ampliada en un futuro con el estudio de los ancianos de otro tipo de residencias y por último con el - estudio de los ancianos que viven en familia.

El hecho de haber elegido primero a los ancianos de las residencias-asilos, ha sido porque hemos creído que en - estos centros estarían más acentuadas las variables psico-afectivas, debido a la problemática en sí de cada centro y las características psicológicas y sociales de las personas que viven en estos centros.

I.- PARTE TEORICA

CAPITULO I

APROXIMACION AL MUNDO DE LA TERCERA EDAD

1. APROXIMACION HISTORICA.

1.1. TERCERA EDAD Y CONCEPTOS AFINES.

Al dar comienzo a este trabajo sobre la "Tercera Edad", y condicionado este nombre a lo que en tiempos más remotos fué llamado "vejez", su aspecto terminológico es muy conciso, pero, desde la vertiente social, fisiológica y psicológica, es muy complejo. Por tanto, entiendo se deben apuntar sus comienzos con las definiciones que sobre tales conceptos nos señalan los diccionarios. Por ello, y acudiendo a estas fuentes podemos decir que:

Viejo, senil, anciano, son algunos de los sinónimos con que los diccionarios definen a las personas mayores: Así los más usuales nos definen a:

VIEJO.- Del latin vulgar VECLUS por VETULUS, adj. Aplícase a quien tiene mucha edad. Utilízase también como substantivo. Por extensión dícese también de los animales, particularmente de los domésticos. Antiguo o del tiempo pasado. Que no es reciente ni nuevo.

SENIL.- Adj. Perteneiente a los viejos o a la vejez.

ANCIANO.- (Del latin antianus, antianus; de ante, antes). Adj. dícese de la persona que tiene muchos años

y de que es propio de ella. Antiguo. Cualquiera de los miembros del Sanedrín. En los tiempos apostólicos cada uno de los encargados de gobernar la iglesia. En las órdenes religiosas cualquiera de los frailes más antiguos de su respectivo convento.

Bíblicamente, con la denominación de "los ancianos" se conocía en el pueblo judío una institución que implicó el concepto de "edad adelantada" para pasar más tarde a la acepción "autoridad".

Los hebreos, de común con la mayoría de los pueblos, empezaron por depositar el gobierno en un consejo formado por los ancianos, jefes de familia, de donde arranca el principio de patriarcado. Por este sistema patriarcal se gobernó el Egipto bajo los faraones:

VEJEZ.- F. Calidad de viejo. Senectud. Fig. impertinencia propia de los viejos. Dicho, cuento o relato muy sabido. Ref. "A la vejez viruelas" exp., que se utiliza para notar a los viejos alegres y enamorados, o que hacen cosas que no corresponden a su edad. U.T. para notar de tardía o fuera de razón una cosa.

Desde el punto de vista mitológico, vejez, nos dice ser la hija de Erebo y de la Noche, que tenía un templo en Atenas y un altar en Cádiz. Se la representaba en - -

figura de una anciana vestida con ropaje negro, que --
llevaba en la mano derecha una copa y la izquierda apo--
yada en un báculo.

SENECTUD.- Lo define el diccionario partiendo de la --
etimología de esta palabra que viene del latín de se--
nectus, senectutis; edad senil, período de vida que co--
munmente empieza a los sesenta años.

Fisiológica y patológicamente, el diccionario nos dice
que es una fase regresiva del ciclo vital humano.

Comprende ésta una serie de grados intermedios, como
son la edad presenil, la vejez propiamente dicha, la --
senectud y la decrepitud senil.

No se conocen datos fijos para establecer el comienzo
de la ancianidad. Hipócrates la señalaba a los 56 --
años; Daubenton a los 63 y Flourense a los 70 años. --
Estas variaciones están solo motivadas por un conjunto
de atributos de involución orgánica diversamente seña--
ladas según los autores.

La senilidad puede ser retarda o precoz, de la misma --
manera, que puede ser fisiológica o patológica.

Ningún carácter existe para definir la edad senil, aun--
que biológicamente coincide con la desaparición de las

funciones reproductoras. Sin embargo, esta distinción no es absoluta ni mucho menos, ya que la menopausia an dropaunia y la impotencia no siempre coinciden con los demás atributos seniles.

La senectud posee biológicamente límites convencionales que la separan de la vejez por una parte y de la decrepitud por otra. Se caracteriza la senectud por la falta de alteraciones parenquimatosas y glandulares. Considerada la senectud como fase biológica de la vida, no tiene términos precisos cronológicos.

ANCIANIDAD.- Palabra derivada de ancino, expresa cualidad del que es anciano. Ultimo período de la vida humana. Antigüedad. Con la denominación de ancianos, se conoció en el pueblo judío una institución que acondicionaba la de "edad adelantada", y luego de la autoridad. Los hebreros, como la mayoría de los pueblos de la antigüedad, empezaron por depositar el gobierno en un consejo formado por los ancianos que generalmente eran los jefes de familia.

TERCERA EDAD.- La que pudiéramos denominar "tercera edad" definición que se da en los tiempos modernos y que nosotros adoptaremos a lo largo de todo nuestro estudio a los ancianos o a las personas que por su condición han pasado a integrar el mundo inactivo o pasivo

en la tarea laboral, improductivos en las modernas sociedades, y condicionados al concepto regresivo biológico-social en el proceso de desarrollo en las modernas sociedades de consumo. Es algo que debe condicionarse en nuestra sociedad como un movimiento evolutivo que tiene lugar en nuestro tiempo y que responde al que en otros tiempos, ha hecho pasar al hombre de una plataforma cambiante a otra más perfecta e integrada. Es indudable que el decir hoy "tercera edad", es tanto como decir marginación de los viejos.

Pero esta marginación, en las sociedades modernas, movidas por estas corrientes actuales sobre los derechos humanos, ha creado un verdadero movimiento y preocupación de sentido proteccionista y se empieza a hablar de "atención a los retirados" y de ayuda a las personas integradas en la "cuarta edad", bajo cuya denominación hay que entender quedan comprendidos todos los que siendo viejos, es decir los integrantes de la "tercera edad", tienen incapacitaciones manifiestas de enfermedades, que les hacen ser más dependientes del resto de la sociedad.

(Kant, refiriéndose al concepto viejo dice: "El hombre es siempre el mismo, pero no es nunca lo mismo", las condiciones o mutaciones de la vida humana, están en función de sus actuaciones tanto físicas como psíquicas,

y que éstas son las que van cambiando a través de los años, siendo en unos más tempranas y en otros más lentas o retardadas.

Un refran popular viene a dar un sentido práctico a esta frase de Kant. "El que tuvo y retuvo, guardó para la vejez" que se refiere a los que con los años no perdieron el vigor, la intrepidez, la belleza o alguna otra cualidad de su edad viril, aparentan menos edad que aquella que realmente tienen).

1.2. ¿CUANDO EL HOMBRE ENTRA EN LA TERCERA EDAD?

Si bien actualmente las variables consideradas para llegar a la tercera edad se amplían al campo psicológico y sociológico a lo largo de la historia se han venido esgrimiendo distintos criterios a la hora de considerar a un hombre anciano.

Desde el punto de vista bíblico, parece ser que tenemos algunos indicios, más curiosos que científicos, que nos hablan de la extraordinaria longevidad de los Patriarcas antediluvianos, (1) como Adán, que vivió 930 años; Matusalén, que alcanzó la cifra de 970 años, y los de después del Diluvio, como Abraham, que murió a los 175 años. También el Génesis nos dice como Dios, irritado, fijó en 120 años la duración de la vida del hombre.

Plinio el Viejo, nos habla de edades excepcionales del orden de los mil años en Egipto, que él explica por el uso de calendarios diferentes. San Agustín, cita este pasaje de Plinio e insiste en la idea de una decadencia progresiva de la naturaleza humana (2).

Estas consideraciones nos hacen pensar, que tales edades representan cifras muy altas frente a los 73 años fijados en nuestra actualidad, pero aún resulta muy crecida esta cota si se considera que la misma fuente estadística fija la esperanza de vida en treinta y seis años para los hombres de primeros de siglo.

Es indudable que el dato terminológico viejo, encaja perfectamente en un relativismo, y que por lo mismo, bueno sería desglosar los diferentes conceptos que se pueden hacer de este vocablo y de las facetas desde las cuales podemos estudiarlo.

Nadie quiere llegar a viejo, pero el filósofo romano Cicerón, dijo: "Todos los hombres aspiran a llegar a viejos, sólo para clamar después contra tal estado cuando lo han logrado". ¡Así de voluble y perversa es la insensatez humana; (De Senectute).

¿Por qué inquieta al hombre el llegar a viejo? Es sin duda porque tal hecho le pone más cerca de la muerte.

¿Por qué el viejo se le considera irascible, iracundo, malhumorado? Sencillamente, por su condición de viejo. Esto ha motivado que por los tratadistas modernos se pretendía remediar estos efectos, modificando la única causa (denominación viejo), y para ello se habla de "señores mayores", procurando cambiar la mala imagen. Hoy se estila hablar de personas de la tercera edad; pero de todas estas acepciones Rosenfelt considera que hay un conjunto típico de ideas y actitudes negativas hacia los viejos que llama "mística de la ancianidad" y que es la esencia misma de tales alteraciones psíquicas y que le crean un estado depresivo y pasivo que ha de manifestar frente a sus semejantes.

Hace bastantes años se viene hablando de los viejos, pero así como esto en aquel remoto tiempo, no creaban más problemas que los estrictamente familiares, modernamente el problema supera el reducto familiar, para saltar a los problemas de ámbito nacional y por añadidura al concepto de problema socio-mundial, por ello, en los tiempos modernos, con mayor interés se desea conocer, ¿quién es viejo? Juan Rof Carballo (3) dice que hay dos formas distintas de cumplir el "proceso de edad", y que se expresa en dos aforismos: "El hombre tiene la edad de sus arterias" y "El hombre no tiene más edad que la que cree tener". En el primero de los

aforismos se acepta el envejecimiento como una "usura", una obstrucción paulatina de sus arterias por la esclerosis y la segunda que subraya el enfoque desde el punto de vista psicológico.

Siguiendo con las opiniones que Juan Rof Carballo apunta para los tiempos actuales, se puede considerar hoy una tercera acepción que define el apelativo "viejo": "El hombre tiene la edad que le permiten sus sistemas de rejuvenecimiento".

Actualmente, esta preocupación de ¿cuándo el hombre alcanza la tercera edad?, se hace cada día mayor y más acuciante, sobre todo en los pueblos desarrollados o en vías de desarrollo, por determinar cuándo el hombre se puede considerar miembro de esa tercera edad, y desde la preocupación físico-psicológica, ésta salta al campo económico y social. La mayor vida biológica de las personas, ha creado problemas y complicaciones, que requieren soluciones rápidas, pues de lo contrario las consecuencias no se harán esperar, y en unos pocos años veremos que la población infantil y anciana, masa humana improductiva pero consumidora, creará un grave problema a la masa productora.

Siguiendo el estudio de esta pregunta que nos ocupa, recogemos los siguientes datos estadísticos (4) "las -

nueve décimas partes del trabajo de categoría más elevada y con ello la más decisiva para el vivir y el existir de la sociedad moderna se realiza, desde hace mucho tiempo, a partir de los cincuenta años de edad, - aproximadamente, cuando suele empezar la tercera edad".

Así pone como ejemplo a Goethe, quien escribió su famosa y más notable obra de Fausto cuando ya había cumplido los 80 años. Miguel Angel, contaba con más de 70 años cuando acabó la Cúpula de San Pedro, en Roma; Pasteur llevó a término su mayor descubrimiento cuando rozaban los setenta años. Edad análoga a la del Autor del Fausto tenía Voltaire cuando escribió su famosa obra de Cándido.

En épocas más recientes y en el campo político y castrense tenemos a Churchill, Eisenhower, Adenauer, Ramón y Cajal, Menendez Pidal, Picasso y Andrés Segovia, hombres fecundos en su quehacer diario hasta casi la fecha de su muerte.

Es lógico y seguro que estos años cincuenta que venían marcando la frontera de esta tercera edad, se irán desplazando a edades más avanzadas a medida que aumenta la esperanza de vida activa en el hombre. Ya la moderna estadística, señala que el término medio de vida se está desplazando con rapidez creciente desde los setenta hacia los ochenta años de edad.

Estas afirmaciones estadísticas, viene a confirmarnos las de una manera categórica al Congreso de Gerontopsiquiatría Preventiva (1973) ya que en él, se ratifica - este retraso de entrada en la tercera edad, confirmando la esperanza de vida activa, pero no sólo en el campo intelectual y artístico, sino también entre los entes de la población laboral y demás sectores de la vida humana.

Consecuente con estos breves principios a la temática de cuando envejece el hombre, y cuyas variaciones en la curva de la vida se ven cambiar de forma constante hacia un mayor alargamiento de la misma, es por lo que actualmente podemos hablar de una taxonomía cronológica y de una forma empírica, buena parte de los modernos -- tratadistas lo hacen, diferenciando en la vida humana - cuatro etapas principales;

- Primera edad o edad temprana.
- Segunda edad o edad media.
- Penúltima edad o tercera edad y
- Última edad.

En todas ellas se quieren establecer particularidades muy diversas y acusadas, pero a la vez muy individualizadas.

Una visión moderna sobre el concepto que nos ocupa nos la brinda Julián Marías (5), al afirmar que "los hombres de 60 años no se mueren y lo que es más no están viejos y están activísimos, y están en todas partes, y son los que mandan. Es decir -continúa J. Marías- se ha prolongado la vida, aproximadamente una generación más, y en vez de haber tres generaciones activas, como había antes, hay cuatro, y yo he tenido que inventar una terminología nueva que les propongo:

- "Generación augusta a la comprendida entre 60 y 75 años, es decir a la de los hombres que se debieron marchar pero que no se quisieron ir;
- Generación cesárea, a la de los hombres comprendidos entre los 45 y 60 años;
- Generación ascendente, aquella en que quedan encuadrados todos los hombres comprendidos entre los 30 y 45 años, y por último la llamada
- Generación juvenil, que integraría en ella a los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 30 años".

Don Santiago Ramón y Cajal, nos dice al respecto, que tratándose de la tercera edad, existe una interrogante, que es precisamente el que venimos preguntando a lo

largo de estas páginas, ¿cuándo comienza la vejez?, y nos dice: "Hoy que la vida media ha crecido notablemente, llegando a los cuarenta y cinco y cincuenta años, las fronteras de la senectud se ha alejado. Aún cuando sobre esta materia discrepan las opiniones, no parece temerario fijar en los setenta o setenta y cinco años la iniciación de la senectud. Ni deben preocupar nos las arrugas del rostro -que significan pérdida de grasas y aligeramiento de lastre-, sino la del cerebro. Estas no las refleja el espejo, pero las perciben nuestros amigos, discípulos y lectores, que nos abandonan y nos condenan al silencio. Tales arrugas metafóricas, precoces en el ignorante, tardan en presentarse en el viejo activo, acuciado por la curiosidad y el ansia de renovación.

En suma: se es verdaderamente anciano, psicológicamente y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual, y cuando con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y premiosidad de las palabras y del pensamiento" (6). Estas palabras de Ramón y Cajal creemos que definen y clarifican ampliamente la pregunta que nos habíamos fijado.

1.3. EVOLUCION HISTORICA DE LA TERCERA EDAD.

Etapa tribal

Es incuestionable que la vejez, es una etapa de la vida humana, que se ha dado en generaciones pasadas desde

los tiempos más remotos, que se está dando en la sociedad actual y que también, como no, se dará en las generaciones venideras. Pero también es razón apreciable - que en los tiempos primitivos la vejez era un simple - desplazamiento de actividades por las que iba pasando - el hombre, desde que su fortaleza física la permitía te nerse en pie, hasta que la muerte le sacaba de esta vi-- da. Así vemos como en los primeros atisbos de la huma- nidad, el hombre joven y robusto asume el papel de gue- rrero, pero no siempre esta terminología encierra un - sentido único belicista frente a otras tribus, sino que también son denominados como tales, aquellos que tienen como misión salir a dar caza a animales más o menos pe- ligrosos, con cuyas carnes se alimenta la tribu y de cu yas pieles hacen las primitivas prendas con que cubren su cuerpo.

En este quehacer, un tanto peligroso, hay que poner de manifiesto una serie de cualidades físicas de las que - únicamente está dotado el hombre joven, a medida que es tas facultades van desapareciendo con la edad se es rele- gado a otras funciones para las cuales no son precisas - determinadas facultades, pero si otras que sustituyen a las primeras, cual pudiera ser la destreza manual, la refle xión, la prudencia, la serenidad, etc. Y así vemos en

aquellas tribus legendarias el consejo de ancianos, al que nadie ni nada (juventud o fuerza), se atreve a desobedecer. Este consejo de ancianos es el llamado a - modificar las normas de conducta a medida que los tiempos lo imponen, establecen nuevas costumbres según las formas de vida lo van aconsejando y de modo mítico colaboran a un progresivo y constante perfeccionamiento.

En Grecia

Recordemos aquellos pueblos de la antigüedad, como Esparta que no pudiendo soportar a los nacidos con malformaciones los arrojaban por la roca Tarpeya o eran abandonados a su suerte. En cambio llevaban su respeto al más alto grado con las personas de cierta edad o ancianos. Su fuerte organización se debió a una legislación especial que la tradición une al nombre de Licurgo. Al frente del estado había dos reyes que asumían los cargos de sumo sacerdote, caudillo militar y juez. Pero la institución más fuerte la constituía un Senado formado por 30 ancianos que formaban la Gerusia, nombre con el que se conocía en Esparta al Senado.

Vida Patriarcal

De un modo de vida colectiva, surge la persona del Patriarca, máxima autoridad y representante de cuantos viven acogidos a su Ley, suelen integrar esta forma estamentaria los hijos, las esposas de éstos cuando se casan y los nietos en el orden

consanguíneo, uniéndose a estos los esclavos con sus familiares. A la muerte del Patriarca, le sucede en el mando de la tribu el primogénito o hijo de mayor edad. Al Patriarca se le profesa el mayor respeto y obediencia, aún cuando sus facultades físicas estén mermadas hasta grado inusitado, pero su poder de autoridad persiste en tanto vive.

Edad Media

Un salto en el tiempo nos traslada del Patriarcado a una organización netamente familiar de tipo más restringido en número y de mayor acercamiento en parentesco, en ella el Patriarca pasa a ser el Padre de familia, el maestro en el trabajo, y el número de personas se reduce considerablemente, ahora son los padres, los hijos y esposas de éstos cuando se casan y los nietos habidos de estas uniones. Los esclavos han desaparecido y se han sustituido por criados o artesanos de grado inferior que reciben una enseñanza en el oficio y cuando ésta llega a su culminación pueden formar nuevas familias que salen del círculo de aquella primitiva.

Este nuevo tipo de organización familiar, toma fuerza en la Edad Media, donde surge el trabajo en el hogar, y así vemos en los cascos antiguos de nuestras ciudades, nombres en las calles, donde se refleja el tipo de trabajo a que se dedicaban los moradores de aquellas viviendas. Recuerdo los de: calle de la cuchillería, calle de la herrería, calle de platerías, calle de borda

dores, calle de los sogueros, calle de curtidores, y - así muchas más donde se muestra una familia o grupo de familias dedicadas a un único oficio, pero este se va transmitiendo de generación en generación y generalmente viven bajo el mismo techo del maestro, hombre viejo, que ha ido enseñando a sus hijos y nietos el oficio.

Esta es una etapa donde aún el pater-familia contemporiza su enseñanza con su autoridad de padre o jefe, pero no es una institución cerrada; pues el hijo o el aprendiz, cuando llega el momento en que dominan el oficio, puede formar una nueva familia, o si el padre es de de avanzada edad, no se espera a que muera, cede sus derechos en beneficio del hijo de mayor edad del oficial mas avanzado.

Este gran respeto hacia los ancianos, que vemos se tiene en las épocas anteriores a los tiempos actuales, lo corrobora Julián Marías cuando dice: "Ustedes saben que durante mucho tiempo, siguiendo una tradición clásica, una tradición griega y romana, se ha hablado largamente de la vejez, ha habido tratados sobre la senectud. Se habla de la vejez, de la senectud, como de una edad en muchos sentidos privilegiada, el anciano ha tenido privilegios en todas las culturas, ha sido considerado con un gran respeto, se le ha valorado su actuación; hay una institución en muchos pueblos antiguos

y modernos que se llama senado, es decir los consejos de ancianos; el anciano se consideraba como hombre que tiene experiencia de la vida, es el único hombre que conoce la vida de verdad, los demás la conocen de oídas, porque no la han vivido, no conocen de ella más que porciones, fragmentos más o menos largos de la vida; únicamente el anciano ha asistido al proceso vital completo, al ciclo vital íntegro, sabe lo que es ser niño, sabe lo que es ser joven, sabe lo que es ser maduro y viejo y lo que es morir, ha sido testigo de todo eso". (7).

Todos estos buenos conceptos de la vejez en los tiempos pasados, ese respeto que sintieron hacia el viejo nuestros mayores se ha ido minimizando. Es una contraposición, pero a la vez una realidad.

El anciano, en la época de mayor respeto, su vida era corta, alcanzaban pocos hombres los 50 años. En los tiempos modernos ésta vivencia se aumenta 23 años, tiempo que da lugar a que sus enseñanzas se enriquezcan considerablemente. No obstante, sigue diciendo Julián Marías, la importancia de la vejez desde este punto de vista ha disminuido mucho porque la ficción, el uso de extensión de la ficción, de la narración, de la novela, del teatro, del cine, de la radio, de la televisión, -

ha hecho que el hombre tenga ahora una experiencia imaginativa, una experiencia vicaria de la vida en su conjunto; esto hace que el hombre tenga desde edad muy temprana una experiencia de lo que es la vida como totalidad y la vida como configuración y todo ello hace que disminuya el valor de esa experiencia vital que antes solamente tenía el hombre o la mujer que había vivido muchos años.

1.4. ANALISIS DEMOGRAFICO-HISTORICO.

Enfocando el tema desde otro punto de vista, podemos asegurar que existe escaso material estadístico que nos informe de la evolución de la ancianidad a través de los tiempos. Así, tropezamos con una primera manifestación a este respecto en el censo que llevan a término en los Estados Unidos sobre 110.000 personas encuestadas en 1930. Si bien estos censos hay que considerarlos como un dato contemporáneo y sus progresos son muy grandes a medida que nos acercamos a nuestro tiempo, también es cierto que el problema lo mira desde un punto de vista frío, cual es el número, así la información se reduce a conocer el número o tanto por ciento de las personas que pertenecen a los grupos de edad más avanzada. La consideración del envejecimiento, es una noción exclusivamente estadística y cuantitativa. En

definitiva es una relación matemática, sin compartimen-
tos o clases subconjuntarias que clasifique a las per-
sonas con características uniformadoras.

Censos

Con anterioridad a estos datos estadísticos elaborados por los Estados Unidos, y teniendo en cuenta que la demografía histórica es una ciencia todavía muy joven, a fin de poder obtener datos sobre el particular, se recurrió a los CENSOS. Estos censos consistieron en operaciones efectuadas con costoso trabajo, que exigían un numeroso personal y un tiempo suficientemente largo, lo que hacía lenta la recopilación de datos. Se deduce de ello, que estos fuesen periódicos y que sólo las sociedades desarrolladas hayan podido emprenderlas. Por otra parte, la lentitud de la acumulación de datos, hace también difícil la determinación de fecha en los mismos, y si a ello se suma el progreso observado entre dos de estos censos, llegamos a la conclusión de que su eficacia, es realmente escasa.

Cómputos

Junto a este sistema censal, vemos otro parecido, cual es el de los COMPUTOS (8), cuya formación se emprendía con fines fiscales como el Domesday Book, en Inglaterra (1086), o el Estado de las parroquias y hogares de las bailías y senescalías en Francia, establecido en 1328.

Estas manifestaciones, aparecen con frecuencia en Europa Occidental, a partir del siglo XIV. Italia es uno de los países que más se adelanta en este sentido, siendo las ciudades de Venecia y Sicilia, donde primero se manifiesta esta modalidad (S.XIII), pero hay que señalar que estos cálculos son imperfectos y no dan más que una visión parcial de la realidad demográfica, pues con frecuencia sólo recogen a una categoría de la población, los que comulgan y los movilizables. Estos datos, tampoco son confiables, pues a la falta de los excluidos hay que añadir los errores voluntarios, entendiéndose de tipo aritmético, de los que se sabían causantes, pues que anotaban con una desarmante humildad, después de sus sumas "Salvo jure calculi".

Si tenemos en cuenta que estos antiguos cálculos, se limitaban a hacer una distinción entre niños y adultos, sin que sea por otra parte fácil determinar la edad límite adoptada, ya que lo que figura en las listas es la edad, y no la fecha de nacimiento. Por todas estas razones tenemos que admitir que es difícil pretender evaluar con precisión la proporción de viejos en total o tal sociedad.

Registros Parroquiales

Frente a este sistema aportativo de datos, y casi al mismo tiempo, vemos la aparición de otra fuente que pudiera abrir cauces a una determinante en este sentido.

Nos estamos refiriendo a los REGISTROS PARROQUIALES.

Los Registros Parroquiales, cuyo origen es muy oscuro, son una creación eclesiástica, que se remonta al siglo XIV, época en que empieza a triunfar la prueba escrita. Su origen parece que arranca de fines económicos (estipendios por bautizos, matrimonios, funerales) y otros fines de tipo canónico (impedimentos para el matrimonio). Se generalizan en la época de la Revolución y el Concilio de Trento dicta las normas precisas para su apertura y teneduría; los obispos la exigen y hacen control sobre la observancia de las normas establecidas; pero como en todo, la negligencia de los párrocos es grande, y la precisión de los mismos es elemental: así por ejemplo la inscripción de las defunciones es tardía y la de los niños muertos con poca edad se omiten con mucha frecuencia. Por estas circunstancias y otras parecidas, las autoridades civiles se consideraron obligadas a intervenir en el control de tales registros.

A partir de la ordenanza de Villers Cotterets (1539) (9), esta intervención ha sido cada vez más eficaz, hasta llegar el laicismo del estado civil en 1792. Valgan como muestra estas observaciones para insistir una vez más en la insuficiencia de datos con que encontramos estos registros para establecer un estudio conciso al respecto.

Reclutamiento

El estudio de la composición por edad de la población, en el transcurso de los siglos, solo fué posible en los tiempos de los reclutamientos, actos que podemos fijar, como es consiguiente con las debidas imprecisiones entre los siglos XIX y XX, infinitamente posterior a la época de los cómputos y los registros parroquiales en los siglos XIV y XVIII. Y por lo mismo se puede asegurar que con anterioridad al siglo XIV, hay una laguna o período de tiempo, sobre el cual, dado el estado actual de los conocimientos, no se puede aventurar nada preciso.

Estamos viendo, a través de lo expuesto, la importancia indiscutible y el papel que los ancianos han jugado a través de los tiempos, pero esos pueblos o civilizaciones de la antigüedad, todos ellos con mayor o menor desarrollo, ¿nos han dejado datos lo suficientemente precisos para hacernos una idea de la duración de la vida humana por una parte, y por otra, de la proporcionalidad de ancianos en el seno de una población?

1.5. ESPERANZA DE VIDA.

Un recurso utilizado para determinar la duración de la vida media del hombre han sido los documentos epigráficos, ya que las inscripciones funerarias proporcionan frecuentemente indicaciones de edades y aunque tales -

cálculos deban ser tomados con cierta reserva, podemos recordar los resultados de VALAORAS (10), sobre la Grecia del siglo IV a.C. en que señala como vida media la de treinta años; los de Pearson, sobre Egipto del siglo I a.C. que señala como vida media del hombre los veintidos años y medio.

Max Kemmerich reunió datos sobre la edad media de los emperadores alemanes y así nos muestra que la vida media de este grupo de hombres privilegiados ha sido:

- 31 años para los emperadores del siglo IX al XIV.
- 36 años para los emperadores del siglo XIV al XVI y
- 37'1 y 37'7 para los reinantes entre 1450 y 1780.

Tales cifras, considero no debemos darles más que un valor de tipo restringido.

Es indudable, por otra parte, que los datos alcanzados en algún lugar y época con alguna fidelidad, puedan ser discrepantes, pues los factores que sobre ellos pesan, son fundamentales y decisivos, y así nos encontramos que más que atribuir a estas variaciones el factor "envejecimiento progresivo" lo que debemos retener es los factores cambiantes en una sociedad, cuales pueden ser los factores climáticos de los que derivamos períodos de hambre o epidemias, plagas estas que han causado

verdaderos estragos en las sociedades anteriores al si glo XVII. Bien es verdad que las defunciones entre - viejos en épocas de hambre o epidemia son relativamente pequeñas, pero la mortandad entre la población in-- fantil comprendida entre los cero años y los cinco, al canzaba cotas altas (40%) ya en tiempos normales, lo - cual dice que podía agravarse poco más. Y donde se da ba la mayor cota era entre las edades intermedias, de cinco a veinte años y los adultos, en particular las - mujeres a quienes los achaques de la maternidad hacían más vulnerables. Pero terminada la crisis se observa una nueva renovación, un número sensible de nacimien-- tos y el número de viejos disminuye proporcionalmente; por lo que la población rejuvenece.

Con cierta timidez, se han dado datos sobre los mayores de sesenta años, porcentajes del 5% durante los 17 ó - 18 primeros siglos de la Era Cristiana. Esta propor-- ción es muy aproximada a la dada por Sundbarg (11), 23% de más de cincuenta años.

Hay que tener en cuenta que la reducción del índice de mortandad no ha sido uniforme, ya que ésta en la infancia podemos considerar que ha retrocedido en proporciones más acentuadas. Los progresos entre los adultos son los que han sido más espectaculares y han sido mínimos en aquellas personas de más de sesenta y cinco años. También esta mejora se ha acusado entre la población infantil, especialmente entre los niños de pecho. Todos estos retrocesos de la mortandad entre las distintas edades de la vida humana, son atribuibles sin duda de ningún género a los progresos de la medicina y dentro de ésta, al mayor grado de higiene y la mayor racionalización en los sistemas alimenticios.

Para tomar conciencia del aumento acusado en el factor esperanza de vida, tomamos la siguiente tabla, la cual de por sí es lo suficientemente elocuente y de la que sobra todo tipo de comentario (13).

ESPERANZA DE VIDA

<u>AÑOS</u>	<u>H</u>	<u>M</u>
1840	39'6	42'5
1850	40'3	42'8
1860	41'1	43'4
1870	42'3	44'7
1880	43'9	46'5

<u>AÑOS</u>	<u>H</u>	<u>M</u>
1890	45'8	48'5
1900	48'9	52'1
1910	52'7	56
1920	56'9	59'8
1930	60'3	63'1
1940	63'3	66
1970	73	75 (dato fuera)

También es de tener en cuenta los factores sociales, y así vemos como en 1828 el Dr. Villerme publica su memoria sobre la mortandad en la clase acomodada y la clase dirigente. Poco tiempo después aparecía "la duración de la vida en el rico y en el pobre. Como es lógico, estos trabajos fueron causa de curiosidad por parte de los tratadistas en la materia, y así vemos que para clarificar el estudio se publicó una estadística sobre el índice de mortandad en París durante los años que se señalan y sobre una muestra de 1.000 habitantes.

	<u>1891</u>	<u>1936</u>	<u>1946</u>
Acomodados	16'8	9'6	9'5
Medios	22'6	12'6	11'3
Pobres	23'9	13'7	12'0

Este fenómeno, no debe ser muy estimativo, ya que la diferencia de los barrios de una ciudad; clasificados -

según el grado de bienestar, dejan a los datos un margen de error no despreciable, y a este factor hay que añadir el de que estas diferencias, por mucha importancia, que se las quiera dar, tienden si no a desaparecer, si a disminuir y se debe de considerar que en los países desarrollados el mayor o menor alargamiento de vida, se debe más que al factor económico al factor médico-social. Se espera que esta igualdad ante la muerte quede realizada pronto en los países europeos, de América, Australia y Nueva Zelanda y parece que se puede esperar, con razón, una vida más larga para la humanidad entera, que pronto alcanzará los 3.000 millones de habitantes.

En ningún país se considera ha terminado el envejecimiento; las previsiones dan para 1980 las siguientes proporciones de más de sesenta años;

Alemania Occidental	18'9%
Bélgica	18'6%
Francia	17'1%
Italia	16'7%
Holanda	14'4%
Inglaterra y Gales	21 %
España	13'6%

1.6. CONCLUSIONES

Evolución histórica a la Tercera Edad

La primera conclusión que se pone de manifiesto a través de todas las épocas, es el respeto a los ancianos; el anciano dirige o el anciano es sentado a la mesa familiar y en lugar preferente ante el fuego, pero siempre el anciano es respetado.

El Estado viene también a sancionar esta privilegiada situación. Conocida es la Gerusia (Senado en Esparta formado por 30 ancianos), y no menos importante debemos de considerar el Senado romano en los tiempos de la república. En la Santa Sede se ha seguido este sistema hasta nuestros días de poner en su Sagrado Colegio Cardenalicio hombres de edad, y así vemos como en el año 1941 tenía en el mismo un decano de más de 90 años, cinco cardenales habían pasado los 80 años,; trece tenían más de setenta, veintiseis más de sesenta y solamente ocho no habían cumplido los sesenta años.

Duración de la vida

J. Daric (14), considera que el envejecimiento resulta ba el mismo tiempo de una baja de la mortandad y de una baja de la natalidad. A. Sauvy, después de los

trabajos llevados a término por J. Bourgeois-Pichat, - asegura que la única causante es la baja de la natalidad, pues el descenso de la mortalidad tiene lugar tanto o más entre los niños que entre los adultos. Se puede anotar, que los lazos que pueden unir el envejecimiento y la disminución de la mortandad, traen emparejada de diversas formas una baja de la fecundidad.

Ello nos condiciona al establecimiento de tres fases en la evolución de la población. En la primera, la población aumenta poco, por consiguiente los índices de natalidad y mortalidad son igualmente pequeños.

En la segunda fase, el descenso del índice de mortandad trae consigo un aumento rápido, y por fin la tercera fase, queda caracterizada por una cierta estabilidad, de índices de natalidad y de mortandad igualmente pequeños.

La humanidad se ha detenido muchos años en la primera fase. Largos siglos, la vida del hombre ha sido corta, con reducido número de viejos y el problema de su subsistencia estaba resuelto de forma más o menos feliz en el cuadro de la familia en que el viejo encontraba afecto y con frecuencia prestigio.

Tercera Edad en si misma

Antes de acabar el apartado queremos dejar claro que - adoptaremos a lo largo de este trabajo las acepciones de anciano, viejo, persona mayor y hombre de la tercera edad como sinónimos y aplicables indistintamente a todas las personas integradas en esta última etapa de la vida.

Así mismo queremos dejar constancia de la influencia - de las variables biográficas, psicológicas, fisiológicas y sociales como factores importantes del proceso - de envejecimiento y de las relaciones afectivo-sociales de las personas de la tercera edad.

Las actitudes, motivaciones y personalidad de las personas ancianas así como las acciones de la sociedad - van a influir decisivamente en el proceso de vivencia y de realización del anciano, tanto que la edad va a ser una variable casi sin importancia; de hecho hay personas de 80 años que viven en plenitud, se sienten jóvenes y optimistas y luchan por la vida con todas sus fuerzas, en cambio otras personas con menos años se sienten realmente "viejas", sin ganas de luchar y sin un espíritu de vivir en plenitud y con optimismo.

Todo esto nos lleva a tener verdaderas dificultades a la hora de señalar el comienzo de la vejez. Ya hemos visto a lo largo de la historia que el comienzo de la vejez no es nada fácil puesto que ha pasado por muchas etapas y transiciones. Desde el punto de vista actual, además del hecho biológico, debemos considerar las variables sociales en las que se ha desenvuelto y se desenvuelve el anciano y las diferencias individuales de cada sujeto. Si queremos determinar con precisión cuando una persona es verdaderamente vieja creemos - - que es verdaderamente difícil, por lo menos a la hora de precisar la entrada del sujeto en la tercera edad.

La labor individual (actividades, ocupación del ocio, hobbies, comunicación, etc.) y social (mayor atención al anciano, otros tipos de residencias, assequibles y apropiadas a su estado físico y psíquico, participación activa en la sociedad, etc.) van a ser los dos polos en los cuales se va a desarrollar el proceso de vivir el hombre de la tercera edad su propia vejez.

El proceso de envejecimiento, pues, abarca todo el ser humano en todas sus variables psicológicas, (personalidad, motivaciones, actitudes, carácter, etc.) y sociales (situación socioeconómica, cultural, civil, etc.). No se puede llegar a vivir íntegramente y en plenitud la vejez si el anciano no puede tanto a nivel individual

como social desarrollarse en la medida de sus posibilidades sin ningún tipo de obstáculo. Esto nos lleva a pensar que si efectivamente no podemos detener el envejecimiento biológico, sí podemos por otro lado evitar que las personas de la tercera edad se consideren y se sientan y vivan psicológicamente viejas. No podemos olvidar que el anciano tiene conciencia de su proceso de envejecer y que esta conciencia si no le hemos ayudado a formársela y concebirla de forma positiva y optimista, puede desencadenar en el viejo procesos de desintegración de su personalidad, de desadaptación social, de desequilibrio afectivo; en una palabra, de una vivencia negativa del resto de su vida.

Para terminar podríamos decir, con Dostoyevsky que - "se envejece más por la calidad que por la cantidad de los años".

2. PROBLEMAS QUE PANTEA LA TERCERA EDAD.

Es indudable que los ancianos, en todos los tiempos y lugares, han sido objeto de problemas, y digamos de problemas múltiples, pero que en la generalidad de los casos revestían un problema familiar. Hoy este problema, con los procesos modernos, salta del hogar a la sociedad y se convierte en problema nacional o si se quiere en problema mundial, pues es a la humanidad entera a quien afecta de manera directa,

siendo los gobiernos de las naciones a quien corresponde dar solución a los problemas que plantea esta tercera edad.

Ante este nuevo enfoque que plantean los hombres de la Tercera Edad, y ante la situación que están creando a nivel social, "soprende que la sociedad occidental, humanista y de filosofía básicamente cristiana, haya sido tan cruel con algunas clases sociales o sectores de clase, que la constituyen, relegándoles al margen de su economía, de su cultura, de su espacio vital en la frontera misma entre la vida y la muerte" " Tampoco deja de sorprender que, en esta sociedad de tradición humanista, la rehabilitación de la tercera edad, muy reciente en los países, desgraciadamente no todos, no se deba, al menos principalmente, a ningún principio humanista o ético, sino al valor de su voto, a una transacción comercial de compra-venta democrática" (15).

Si los fines son buenos, bien pudieramos desconocer los medios en una tarea de tan vital importancia, cual es la de remediar las penurias por las que en los últimos años han sufrido los hombres integrados en esta tercera edad.

Penoso es el examen de estas personas, dado que el anciano busca en su vejez que la humanidad con todos sus aditamentos persistiera en él mismo y en su estado inicial, al igual que le fué conocido en su lejana juventud.

Con razón decía La Bruyere "que el recuerdo de la juventud es dulce en los viejos, los cuales aman los lugares donde transcurrió su mocedad" (16).

Respecto a este aspecto, nos cuenta D. Santiago Ramón y Cajal "De mí sé decir que, durante las visitas tardías a las urbes habitadas durante mi juventud y madurez, sufro grandes decepciones. Me irrita la incesante renovación y progreso de aquéllas. Los lugares de nuestros solaces y alegrías se han metamorfoseado; los casinos se han desplazado, buscando más decoroso acomodo en el cinturón del ensanche; los cafés cayeron ante la piqueta demoledora de municipios, comerciantes y banqueros; el remanso y quietud de las angostas calles frescas y sin polvo convirtieron en suntuosas avenidas o en plazas monumentales, por donde circulan, con peligro de peatones, innumerables camiones y automóviles. Lo nuevo ha matado a lo viejo... ¡Y si se mantuviera en pie algún simpático camarada contemporáneo con quien cambiar recuerdos y añoranzas! Pero no: casi todos han sido guadañados por la Parca inexorable" (17). Por eso decía Cervantes "En los nidos de antaño no hay pájaro hogaño".

Interminablemente se podrían ir enumerando conceptos, criterios, opiniones y factores relativos a la tercera edad, pero es indudable e irreversible, que en el contenido de esta tercera edad, existe una psicología propia, esencial y sustancial diferente de los criterios de la psicología normal del adulto.

El conocimiento de esta situación porque pasa esta tercera edad, su estado de abandono, agrandado por el correr de los tiempos, es por lo que los tratadistas modernos han pretendido llegar a un estudio de los problemas planteados en este estamento de la vida, y para su estudio, se han encuadrado los mismos en tres directrices suficientemente definidas. Veamos la primera de ellas:

2.1. PROBLEMAS PSICOSOMATICOS DE LA TERCERA EDAD

El problema de la tercera edad, desde el punto de vista económico, realmente no existía antes de la segunda guerra mundial. Fué el Director de la Escuela de Economía de Londres, Sir Willian Beveridge, quien publicó una obra que cuasó un impacto increíble, al finalizar esta Segunda Guerra Mundial. Se titulaba "Full Employment in a Free Society", pudiendo considerar que esta obra fué la alertadora de una sociedad dormida que al despertar por este medio puso en marcha ese proceso de seguridad social que hoy se vive en el mundo. Beveridge dijo lo siguiente, con una clarividencia magnífica sobre lo que iba a ser el porvenir: "La transferencia de recursos para los ancianos será el principal problema de la nación en un futuro de una o dos generaciones". (18).

Y es entonces cuando se empieza a pensar sobre el problema tercera edad, y es cuando se empieza a pensar - que este término es equivalente a una marginación de - los viejos. Y le vemos surgir en el transcurso de un movimiento evolutivo que se realiza en nuestro tiempo y que responde al que, en remotísimas épocas, ha hecho pasar al hombre de una plataforma a otra más perfecta. Este es el punto de vista de Jacques Ruffier en su - - obras "De la biologie a la culture". (19).

Reflejemos brevemente los aspectos psicosomáticos que pueden presentar. Parece ser que los médicos desde ha ce casi un decenio, comprueban la frecuencia con que - aparece en sus consultas cuadros de arterioesclerosis cerebral, demencias seniles, del vagamente denominado "síndrome orgánico cerebral", de cuadros parkinsonianos, etc. Lo cual crea un problema de diagnóstico. Con su ma facilidad se incurre en el error de calificar a estos cuadros de depresión, con tanta más facilidad cuan to que con frecuencia depresión y "síndrome orgánico - cerebral" de las más variadas etiologías suelen imbricarse. Téngase en cuenta que una de las característi-- cas de la patología geriátrica es la frecuencia con - que una persona presenta, a la vez, múltiples síndro-- mes, vasculares, pulmonares, cerebrales, psíquicos, etc. Este aumento de las alteraciones psíquicas y cerebra-- les de la tercera edad se ha atribuido a la superviven cia de sujetos que, antes de la era de los antibióticos,

hubieran sucumbido de infecciones respiratorias o de otra índole" (20). Por ello, cabe preguntarse ¿No estamos ante la evolución final de una cohorte? (Entiendase por cohorte en Medicina estadística un grupo de individuos nacidos en un período de años y sometidos por tanto, a circunstancias ambientales determinadas en esos primeros años de la vida, en los que un sector importante de su cerebro recibe modelaciones decisivas del ambiente (epigenéticas). Al cabo del tiempo esta cohorte, (es decir los supervivientes de ella), ponen de manifiesto su vulnerabilidad, adquirida en la primera infancia, con una susceptibilidad a trastornos psíquicos y cerebrales.

La tesis de Ruffier dice; "La evolución del mundo es tan rápida que el padre transmite con dificultad al hijo su herencia cultural, y este último ya no está muy seguro de poder conservar su progreso adquirido". Por que en contra de opinión casi generalizada, no es la instrucción ni la técnica la que guía nuestra conducta sino la reflexión, la experiencia y la serenidad..... "De ahí la sabiduría de los viejos, que todas las culturas antiguas reconocían". Y concluyendo sobre estos principios opina el Dr. Rof Carballo: "Esta serena sabiduría, no es únicamente un capítulo, sino la clave de la patología psicosomática de la tercera edad" (21).

Desde hace más de veinte años Rochester, Engel y Schmale, vienen insistiendo en los sentimientos de desvalimiento y de desesperanza, como "senda final" de alteraciones profundas de la salud. Multitud de observaciones han venido a afirmar estos principios de Greene, - poniendo de manifiesto que pacientes aquejados de leucemias y linfomas, con cierta frecuencia habían experimentado la enfermedad a partir de marcadas pérdidas - afectivas, que determinan en los pacientes una reacción de entrega o abandono. Naturalmente que estos principios han encontrado numerosos opositores, ya que este síndrome de renuncia se aprecia que preceden a una enfermedad, sino que ocurre reiteradas veces en la vida, como una parte del crecimiento, de la relación con los demás y claro está, sobre todo, en la vejez.

Dice el Dr. Rof Carballo: "Esta reducción, este angostamiento del espacio de la vida, se observa, cuando se examina con atención, en muchos otros procesos psicopatológicos. Ha dado lugar a que muchos investigadores establezcan como denominador común del trastorno psicopatológico una "pobreza de pensamiento", un pensamiento - falto de riqueza imaginativa, que denominan pensée opératoire". Y sigue diciendo el mismo Dr. para terminar esta parte, "A lo largo de su vida el hombre, hace todo lo posible por destruirse. En la tercera edad, considerada como una cierta supervivencia de este impulso

fanático, las fuerzas de autodestrucción vuelven a cobrar vigor, y fuerza. Subyacen tras la decadencia física, la depresión, la tendencia al suicidio. El médico ha de saber luchar contra ellas con su fé en el futuro, con su amor por la humanidad, con fuerte esperanza". (22).

2.2. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD

Dicen los gerontólogos, que si con el hombre sucede lo mismo que con aquellas especies de animales depredadores, cuya edad es seis veces superior a los años que han tardado en alcanzar su plenitud sexual, calculan que en el hombre la edad límite podría llegar a los 120 años. Si es así, hay que considerar que el problema de la tercera edad se agudizará notablemente desde todas las facetas que presenta en los actuales momentos, y así nos encontraremos que de pervivir la edad de jubilaciones por la cota de los 65 años - media que se mantiene actualmente - nos encontraremos con que de 0 a 14 años y de 65 a 73 años alcanzan un total de 22 años de inactividad para la sociedad, y si a esta cifra añadimos los comprendidos entre 73 a 120, la cifra sería alarmante.

Pero veamos, no el aspecto económico, que ya veremos, sino el de convivencia. ¿Cuál sería la ubicación de esta población inactiva? Es indudable que existe una -

geografía para esta tercera edad, así los que proceden de zonas rurales, prefieren quedar en el lugar donde se desarrolló su vida, aún cuando esta zona sea el centro de donde se desplazan los jóvenes a zonas urbanas y sean ellos los que quedan como exclusivos habitantes de estas desérticas zonas. Por otra parte, los que proceden de zonas urbanas más o menos pobladas les vemos agrupados en los centros de la capital, en tanto que los matrimonios jóvenes ocupan las partes periféricas o nuevas de estas urbes.

Entonces podemos resumir que "la población anciana tiende a refugiarse, en un mundo rural más inhóspito, en las áreas de emigración durante las últimas décadas, como si fueran los últimos reductos en trance de desaparecer, o bien a concentrarse en el interior de las grandes ciudades, como baluartes de defensa" (23).

Estudiada la ubicación de los ancianos, es fácil llegar a la conclusión de que plantean un problema de tipo sociológico cada vez más acentuado por el hecho de preferir una auténtica autonomía, independiente de los sistemas de convivencia familiar. Hace unos años hubiera producido extrañeza la no convivencia en el mismo hogar de los padres ancianos con los hijos casados, pero en la actualidad, se encuentra como natural, pues se piensa que cada cual quiere vivir su propia vida, y si

a este problema, se añaden las distintas costumbres generacionales, se llegará a una conclusión normal y razonable.

Hacia el año 1977, aproximadamente, se hizo a medio millón de ancianos una pregunta: ¿Con qué personas prefería Vd. vivir? La respuesta fue casi unánime: - vivir sólo con su esposa -. (24).

Este dato, nos muestra un deseo, aunque la realidad sociológica sea otra. Veamos la tabla de que fué sacado este dato:

Viven sólo.....	12 x 1.000..	60.000 ancianos	
Viven con su consorte.....	28 x 1.000..	140.000	"
Con sus hijos y nietos.....	33 x 1.000..	165.000	"
Con hijos pero sin nietos..	14 x 1.000..	70.000	"
A temporadas con hijos....	1 x 1.000..	5.000	"
Con otros familiares.....	9 x 1.000..	45.000	"
Con realquilados.....	1 x 1.000..	5.000	"
De otras formas.....	2 x 1.000..	10.000	"
		500.000	
TOTAL.....	100 x 1.000..	500.000	"

Indagando sobre las razones que les mueve a vivir de esta forma y ¿por qué no vive Vd. con sus hijos? Contestan:

58 % porque están casados.

25 % porque es mejor que cada cual viva en su propia casa.

8 % porque queremos vivir solos mi consorte y yo.

8'3% porque viven fuera de la ciudad.

Resalta la forma constante de que cada cual quiere hacer su propia vida, sin mediatizaciones en ningún aspecto, porque es mejor que cada cual viva en su propia casa.

Este fenómeno que clasificamos como nuevo, lo define el gerontólogo Peter Tousem como "intimidad a distancia" (25), es decir de un amor filial y paterno perfecto pero sin necesitar de la convivencia.

Pero esta autoindependencia, trae consigo cierto enfriamiento en las relaciones de padres e hijos, no muy acentuada en la actualidad, pero que irá creciendo a medida que esta norma se costumbra, así preguntados los abuelos sobre la frecuencia con que los visitan los hijos, estos responden así:

Casi a diario o algunas veces por semana	62%
Una o dos veces al mes	22%
Una o dos veces al año	9%
Casi nunca	6'4%

Pudiera ser posible que a estas condiciones de independencia en el vivir, tanto por parte de ancianos como de hijos, contribuya la forma en que por parte de los mayores posee la vivienda, pues así vemos como en el año 1976, una encuesta sobre la forma de tenencia de la vivienda, se contesta con los siguientes datos:

Poseen su casa en propiedad	33%
Iden en régimen de alquiler	33%
En vivienda propiedad del hijo o familiar	14%
Alquilada por el hijo u otro familiar	11%
Viven realquilados	2%
Otros sistemas	7%

Si observamos estos datos, se aprecia que dos terceras partes de los encuestados residen hoy día en una vivienda que es propia o en alquiler, lo cual les da una razón en su fuerte deseo de independencia.

Hoy día, las modernas instalaciones de Residencias, en lugar de aquellos asilos para ancianos, han dado un giro sustancial al modo de vivir de estas personas encuadradas en la tercera edad, si bien el anciano ante el paso de su hogar a una residencia, sigue ofreciendo -- fuertes signos de resistencia. Es posible que las nuevas generaciones, cuando lleguen a esta tercera etapa de la vida, tengan distinta mentalización sobre su nueva forma residencial de vida, y la acepten con unos -

condicionantes favorables y distintos a como lo hicieron sus antepasados.

Es posible que estas nuevas generaciones, mucho más prácticas ante la vida moderna y más materializadas con las cosas, consideren a la vivienda como un artículo más de uso, y piensen que se puede cambiar de vivienda como se cambia de coche o de T.V. o cualquier otro aparato electrodoméstico, y destierren del concepto vivienda los sentimentalismos como lugar que sirvió de morada a sus padres y donde vieron la luz del día sus hijos, para considerarla como el lugar de descanso nocturno, (dormitorios), lugar para comer (comedor), lugar de aseo (baño), lugar de ocio o descanso diurno (cuarto de estar). Esta última función, adquiere cada día mayor importancia en el mundo actual, ya que el ocio va generalizándose. ¿Cuáles son las razones que aducen los ancianos para explicar su deseo a no cambiar de domicilio?

- La mayoría aducen "es mi casa" propiedad de la vivienda.
- La segunda razón el barrio: "siempre he vivido aquí".
- El último razonamiento es por la proximidad a familiares o amigos.

Ahora bien, si estas son las más poderosas razones dadas por lo inmovilistas, bueno será que sepamos las causas de los que darían su consentimiento a un cambio de domicilio si este fuese posible, pues si la posibilidad lo permitiera entre estos segundos, es fácil suponer que tropezaríamos con un tanto por ciento elevadísimo que su contestación hacia un cambio sería NEGATIVA.

¿Cuál es la razón del deseo a cambiar? Todas ellas están condicionadas a un principio de insatisfacción, cual es "fatal de ascensor", "precios elevados", "ruidos excesivos en la vivienda o calle", "inadactación al nuevo barrio", etc. (26).

Loeventberg (27), marca las características que deben de tener las viviendas para ancianos, y entre las mayores peculiaridades de las mismas señalar: "viviendas en plantas bajas o primeros pisos que les facilite el acceso a la calle; suelos antideslizantes; mucha luz; las tomas de corriente eléctrica a una altura adecuada para que no tenga que agacharse, etc.

Si consideramos las grandes urbes, donde por lo general tiene lugar la ubicación de estas viviendas, tanto colectivas como familiares, se pueden aducir algunas consideraciones que las hacen inadecuadas. En primer lugar las grandes urbes de nuestros días, presentan para

el anciano varios graves inconvenientes entre los que podemos destacar un excesivo tránsito rodado y peatonal, ambos con rapidez que no puede seguir el anciano; el tiempo de duración para el paso de peatones en los lugares donde existen semáforos es insuficiente para el lento caminar de los ancianos, si este transitar es por aceras, son empujados por los que lo hacen con mayor celeridad que ellos, y si queremos situarlos en jardines o espaciosos paseos, en la mayoría de los casos estas personas han de recorrer grandes distancias desde sus viviendas hasta estos lugares de esparcimiento, pues la escasez de los mismos se hace cada día mayor debido a la especulación del suelo.

Por todo ello, no sería ninguna tontería, que el contexto de estas viviendas y siempre que se contase con una buena y suficiente instalación de ascensores de subida y bajada, la ubicación de las mismas tuviese su enclavamiento en los pisos altos o áticos, dotados de grandes ventanales y terrazas, que facilitasen esa luz y aire puro que tratamos de proporcionar a nuestros mayores.

¿Desean los ancianos irse de su hogar para vivir en una residencia, bien por su soledad, incomodidad o incompatibilidad con los familiares conviventes?

Se ha tratado de llevar a término un sondeo sobre la idea que tienen nuestros mayores respecto a lo que es una residencia, y los resultados sobre la misma han sido los siguientes:

- Pregunta formulada: si conoce alguna residencia, ¿qué piensa usted de ella?

- Respuestas alcanzadas:

No conocen lo que es una residencia	57%
Respuesta positiva	24%
Respuesta negativa	6%
No contestan	13%

Existe un número no pequeño de estos ancianos que tienen una imagen de la residencia similar a la del asilo que nos recuerda en ellos la falta de confort, privación de libertad, convivencia forzada entre diversas clases sociales, aislamiento familiar, regímenes de comidas desusadas, sentido de pobreza, que comparte con la familia, la que se considera denigrada y por lo que la aceptación de este sistema de vivencia se acordaba cuando existían situaciones conflictivas extremas, pobreza insostenible o enfermedades incurables. Hoy, la imagen de estos centros ha cambiado sensiblemente y se consideran como un lugar de reposo en el que se puede llevar una vida normal, con la entera libertad y ventajas humanas y sanitarias, pero por desgracia esta figu

ra no la tienen casi ninguno de nuestros ancianos, por lo mismo ante la pregunta de si ha pensado alguna vez ir a vivir a una residencia, las respuestas dadas han sido: de aceptación, de duda o de rechazo. Vemos que la que más agrupa es la tercera, si bien en la de duda, se advierte un determinado conformismo ante el de "si se ría una buena solución si y pluralizan las razones, pero la de mayor consistencia sería la de "si me quedase sólo...".

¿Dónde sería conveniente ubicar las residencias? Al respecto sobre esta pregunta nos dice Rogelio Duocastela, "Al plantear el problema desde el ángulo de la operatividad y en función de la planificación de servicios en nuestro país, en favor de los ancianos, digamos que cuando se hace una política de promoción de cualquier artículo de consumo, se invierte mucho dinero en marketing, se realizan encuestas, se consulta el parecer de los posibles usuarios, pero cuando se trata de planificar residencias O CUALQUIER OTRO SERVICIO en favor de los ancianos, se les trata a ellos, los mayores, como a menores de edad, sin consultarles para nada y proyectándolo todo desde fuera y al margen de ellos mismo" (28).

Del mismo autor recogemos el criterio de que el aire, el sol, la tranquilidad y cuantas razones higiénicas y

bucólicas se quieran aportar a la propaganda importan poco, y sí son de considerar las distancias a los centros urbanos, los medios de transporte a los mismos y cuanto pueda contribuir a acercar la residencia a los lugares en que estos ancianos tuvieron en sus tiempos como vivienda, o donde quedan sus familiares y amistades. Esto es lo que les interesa de una forma primordial. Muestra de esta opinión la encontramos en la siguiente encuesta. ¿Dónde cree que deberían ser ubicadas las residencias?

Dentro de la ciudad	24%
En las afueras, pero muy cerca	37%
Lejos de la ciudad, en lugar tranquilo	17%
No responden.....	22%

Es indudable que los ancianos detestan los ruidos y molestias de la ciudad, pero a la vez prefieren los encantos de estas mismas ciudades. De ahí este mayor -- tanto por ciento de los que prefieren las afueras, pero cerca. Es la ubicación que prefieren o más les interesa.

Otro de los grandes interrogantes respecto a las residencias es el tamaño que estas deben tener. Sin duda debemos de admitir, como en el caso anterior, la opinión y deseo de aquellas personas para quienes van a --

ser destinados estos edificios y para ello, recurriremos una vez más a los datos estadísticos que nos proporciona una encuesta llevada a término en Cataluña entre ancianos de aquella región:

Deberían ser muy grandes (200 o más personas)....	10'2%
Deberían ser medianas (para unas 100 personas)...	14'1%
Deberían ser para unas 50 personas	30'2%
Deberían ser pequeñas (entre 5 y 10 personas)....	10'8%
No responden	34'6%

Al amparo de estos datos, es fácil determinar el tamaño ideal de una residencia para nuestros ancianos (entre 50 y 100 personas), pero ya vemos que la mayoría de los edificios construidos en España con destino a este fin, bien pudieramos calificarlas de grandes almacenes de ancianos, como si se tratase de resolver un problema humano, que por su índole de afectividad, debería resolverse con verdadera delicadeza y cariño.

Sería aventurado dudar de la buena intención de quienes empezaron a resolver el problema de nuestros mayores, pues si consideramos las instalaciones existentes algunas son verdaderamente encomiables en cuanto a confort y atenciones, pero si el tamaño fue debido a factores económicos (costo-cama), más barato cuanto mayor es el número, bien se pudiera haber tenido en cuenta -

el factor psicológico al construir estos edificios gerontológicos. Luego entiendo, se debe descartar el concepto rentabilidad para atender a otras cuestiones más humanas.

Otra solución sería la de construir varios pabellones de dimensiones medias e independientes unos de otros, pero que formasen un sólo conjunto en cuanto a calefacción, limpieza, administración, sanidad, pero en pequeñas unidades de convivencia para los residentes y de máxima atención psicológica hacia su acentuada sensibilidad.

Por último, cabe tratar este aspecto asistencial a los ancianos, desde el punto de los servicios sociales a domicilio y que además de la aceptación por ellos, creemos estarían acondicionados por varios factores, dentro de los que podemos destacar dos básicos:

1º Los que ocupan viviendas cómodas y con los medios de confort mínimos, (calefacción, ascensor de subida y bajada, agua caliente, ventilación directa, etc.)

2º Que perviviesen la pareja, razón por la que la soledad es más llevadera y compartida.

Entonces se podría pensar, que por empresas privadas o estatales, se les prestase ayuda en la limpieza, lavado de ropa, servicios de comida domiciliaria, y muchas más prestaciones fáciles de llevar a término.

2.3. PROBLEMAS ECONOMICOS DE LA TERCERA EDAD

Cuando el hombre adulto, se acerca a la jubilación o estado de inactividad, empieza a crear un estado de inquietud o incertidumbre frente al problema económico, el suponer que su nivel de ingresos va a mermar y que la pensión puede ser o no suficiente para hacer frente a sus necesidades futuras crea en él una situación de angustia. No sólo le preocupan las necesidades perentóricas, también cuenta sus actividades en el tiempo libre, el cubrir su nivel social, su estado físico y la posibilidad de escapar de un asilo.

El no poder cubrir alguna de estas necesidades, el no poder satisfacer un capricho de un nieto, u otros gastos análogos, le forma la imagen de poder ser una carga para su familia.

Que el dinero, no es el único factor negativo de la vejez, es indudable, pues si así fuese, una mejora sustancial de las pensiones de retiro, sería suficiente para terminar con el problema. Pero hay que considerar, que si esta mejora existiera, dignificaría su

imagen ante sí y ayudaría a hacer más soportable las -
lacas de la edad, creando un estado de seguridad frente
te al mañana o porvenir disminuyendo esa angustia te-
rrorífica.

Los ingresos económicos de las personas mayores, y al
referirnos a personas mayores, tercera edad o jubila--
dos, queremos referirnos a todos aquellos que han dejado
do su vida activa y sean o no pensionistas, pues aque-
llas que habiendo pasado los 65 años y siguen trabajando
do, se consideran pertenecientes al campo laboral y no
encajan en este estudio. Pues bien esos jubilados, -
pueden tener dos fuentes de ingresos: la de las pensiones
nes procedentes de instituciones oficiales o fondos bá-
sicamente privados.

Al hablar de instituciones oficiales nos referimos a -
la Seguridad Social en sus diferentes formas (Clase Pasivas
sivas del Estado, Fondo Nacional de Asistencia Social
y se excluyen Ayuntamientos y Diputaciones).

Los bienes de caracter privado se entiende que proce--
den de las previsiones propias, ahorros o de las ayu--
das que puedan proporcionarles sus familiares o insti-
tuciones públicas o privadas que con fines benéficos -
les presten.

Para determinar la importancia de estas fuentes de ingresos, vamos a dar unos datos recientes (29): por cada 100 personas mayores de 65 años, 13 siguen ejerciendo algún trabajo remunerado, 78 perciben algún tipo de pensión y las 9 restantes se mantienen de sus propios medios sin percepción de pensión alguna.

De los datos reseñados podemos cotejar que la mayor parte de los ancianos, tienen como fuente de ingreso la pensión institucional, siendo la más cuantiosa, y siendo así entendemos debemos reseñar la procedencia de esas pensiones.

Mutualidades laborales: acoge a todos los de Régimen General y a la mayoría de los de Régimen Especial.

Instituto Nacional de Previsión: acoge al Régimen especial agrario y el de los Empleados de Hogar.

Instituto Social de la Marina: los trabajadores del mar.

Ministerio de Hacienda: las clases Pasivas del Estado.

Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local: las clases pasivas de las Corporaciones Locales.

Las prestaciones de la Seguridad Social a las personas, se efectúa de forma periódica y vitalicia en concepto

de vejez (para los que han cumplido más de 65 años); - invalidez (a los que han sufrido una fuerte reducción en su capacidad laboral); viudedad (por el fallecimiento de un trabajador o pensionista a favor de la viuda o hijos). En los tres casos el nivel de pensión depende del número de años de cotización y de la cuantía de lo cotizado puesto que la Seguridad Social española se base en un sistema de capitalización en vez de considerar la jubilación como una compensación a los largos años de servicio.

El Fondo Nacional de Asistencia Social, cubre a - - quienes por diversas circunstancias quedan fuera de la protección de la Seguridad Social y cumplen los siguientes requisitos:

- a) Haber cumplido 70 años o estar incapacitados totalmente para el trabajo por enfermedad crónica incurable o invalidez física permanente.
- b) No percibir ingreso alguno por prestación de trabajo o servicio, ni rentas procedentes de bienes de cualquier naturaleza, ni por pensiones o ayudas del Estado, Provincia o Municipio, Seguros Sociales, Mutualidades Laborales o cualquier otro ente o persona pública o privada.

c) No tener derecho a alimentos conforme al libro primero, Título VI del Código Civil.

La cuantía prevista de esta ayuda es de 1.500 Ptas. - mensuales lo cual equivale a 50 Ptas. diarias, y de cu yo volumen huelga hacer comentario alguno.

El hecho de que a plazo inmediato la cuantía de esta - ayuda se vaya a elevar a 3.000 Ptas. mensuales no alte ra cualitativamente su absoluta incapacidad de cumplir minimamente los objetivos previstos. (30) El número - de los que perciben este tipo de pensión, alcanza la - cifra de 400.000, de los cuales más de 225.000 son ma- yores de 65 años.

Los ingresos de fuentes privadas, repercuten escasamente en los ingresos de estos ancianos. Tampoco las ayu das de los hijos, influye sustancialmente en los emolu mentos de éstos, pues siendo el nivel general de sala- rios insuficiente para cubrir adecuadamente las propias necesidades, mal podemos pedir que salgan en ayuda de otros. En resumen se puede asegurar, sin temor a equi vocarse, que las ayudas privadas apenas si cubren un - 20 por ciento, quedando el 80 por ciento a merced de - la Seguridad Social,

Según datos, relativamente recientes, se tiene que:

1º Personas con más de 65 años en activo hay	490.000.
2º Ancianos inactivos sin pensión alguna ...	310.000.
3º Ancianos pensionistas	<u>2.860.000.</u>
Total personas de más de 65 años ...	3.660.000

Si tenemos 310.000 que carecen de ingresos, cerca de 400.000 con ingresos inferiores a las 4.000 Ptas. mensuales y 2.860.000 con pensiones medias de 7.200 Ptas. podemos considerar la situación económica de nuestra ancianidad en un estado de pobreza depauperante.

La mayoría de los ancianos jubilados, son incapaces de cubrir, con sus propios medios, sus necesidades vitales o de costearse una estancia en residencias pensadas para ellos. La pobreza está presente en los ancianos en proporciones escandalosas, pudiendo asegurarse que la pobreza y la vejez en muchos casos son sinónimos.

En el año 1977, José A. Aguirre, en un trabajo sobre la situación económica actual de la ancianidad, presenta la siguiente tabla aclaratoria:

330.000 ancianos declaran no comer lo que necesitan.
 730.000 no tienen ningún tipo de calefacción en su casa.
 586 dicen pasar habitualmente mucho frío.

878.000 no disponen de retrete en su casa.

988.000 no tienen agua corriente en la vivienda.

2.196.000 carecen de agua caliente.

1.720.000 tienen una vivienda incómoda.

612.000 tiene vivienda muy incómoda.

180.000 duermen con otras dos personas al menos en la habitación.

1.244.000 dicen les gustaría ir al cine pero carecen de disponibilidad económica para hacerlo.

805.000 dicen lo mismo que los anteriores respecto a la T.V. (31).

Cuantas cifras se van aportando al estudio de este punto, nos van situando en posición real de conocer el gravísimo problema porque pasa la tercera edad en el momento actual en España, pues la escasez de dinero -- que trae emparejada a la pobreza, no sólo les condena al frío, al hambre, al vivir incomodamente, sino que deteriora su dignidad y el respeto de su propia persona. El anciano, es un ser indefenso, que necesita siempre una mayor o menor ayuda, pero ayuda en si, ciertos cuidados, una alimentación adecuada y sobre todo compañía, pero ellos desean a cambio de estas cosas pagar, pagar de alguna forma, corresponder, les molesta la gratuidad, y la única forma de pago es su aportación

económica que de alguna forma nivelen los gastos que -
el origina o en forma de regalo de agradecimiento y -
otras en forma de trabajo o ayuda a aquellas personas
con las que convive.

Una y otra vez se esta diciendo que el trabajador an--
ciano tiene derecho a que el conjunto social a que per--
tenece le proporcione los medios necesarios de subsis--
tencia para que en esa etapa de la vida lleve una vida
decorosa y decente como contraprestación a la vida en--
tera que nos dió en su trabajo al seno de esa misma so--
ciedad que le margina. Se afirma que es un derecho que
nace del hecho del trabajo, de la propia condición de
trabajador.

Las normas legales que fijan el señalamiento de una pen--
sión actualmente en España dice: "La cuantía de pensión
se fija aplicando a la base reguladora un porcentaje -
que se establece en función de los años por los que se
hubiese cotizado...

Y la base reguladora de las pensiones se determina en
función de las bases por las que se haya efectuado la
cotización durante los períodos señalados" (32). En--
tonces vemos que las pensiones se fijan en función del
capital cotizado entre unos límites máximos y mínimos
establecidos. Esto es, a mayor cotización mayor pen--
sión.

Las causas por las que los ancianos se sienten insatisfechos son varias, según iremos apuntando, pero una, - quizás la más importante es la del factor económico. Si el anciano jubilado dispusiera de una decorosa pensión que le diese lugar para hacer frente a una comida, una vivienda y una cobertura de sus mínimas necesidades, resolvería una buena parte de los problemas hoy - acuciantes en esta edad.

3. TEORIAS SOBRE LA VEJEZ

Es indudable que desde los tiempos más remotos, es decir - desde que el mundo es mundo, se ha tratado de buscar las - causas que producen en el hombre la muerte, y por el hombre y para el hombre, a través de los tiempos, desde los más in - cipientes modos científicos y elementales conocimientos, - hasta los momentos actuales, se ha trabajado en determinar las causas que producen la degradación senil en el hombre y el inevitable trance de la muerte.

En torno a dichos conceptos, origen de la vida y degrada- - ción de la vida hasta llegar a la muerte, giran religiones y filosofías. "Ni la ciencia escapa, no obstante a su sere- - nidad objetiva, a la dolorosa inquietud del no ser. Cuando astrónomos, matemáticos, físicos, químicos y biólogos, se - ocupan del tema". Así lo explica Ramón y Cajal (33) y con - tinúa diciendo: "En nuestra vida repercuten las causas pro - fundas y lejanas de la evolución, desde las órbitas vertigi

nosas de los electrones hasta el giro majestuoso de los astros. Ni hay que olvidar que nuestro cuerpo es un agregado de energía cósmica transformada y de enjambres electrónicos complicadísimo, semejantes a sistemas planetarios".

Perodejemos este sistema de consideraciones y fijemos algunas teorías sobre el tema.

3.1. TEORIA SOBRE LA ARTERIOSCLEROSIS CRONICA

Cazolis Demange, afirmaba que "cada hombre tiene la edad de sus arterias". Es un acto irreversible el suponer que la decadencia de las células nobles del organismo, es mera consecuencia de la arteriosclerosis producida en los vasos y corazón del hombre, es decir la pérdida de flexibilidad de los mismos y por tanto es el aumento de espesor y rigidez de las paredes arteriales y hasta obstrucciones complejas.

Esta circunstancia ocasiona una nutrición defectuosa de los órganos nobles, produciendo un atrofia y degeneración. Se oitan como causas acelerativas en este proceso el alcoholismo y la sífilis.

Según Minot, (34), la arteriosclerosis representa, antes que causa, mero efecto de la senilidad. Y considere que la teoría vascular claudica:

- 1º Porque no cabe aplicarla a la totalidad de los seres vivos.
- 2º Porque aún en los jóvenes, sin lesión vascular apreciable se producen atrofas y degeneraciones. Además no todos los caducos, incluso los alcohólicos, son atacados necesariamente por dichos trastornos.

3.2. TEORIAS DE WEISSMANN

Entiende este tratadista que los animales monocelulares carecen de muerte natural, puesto que su método reproductivo por división, genera dos elementos iguales que siguen proliferando. En cada división se produce una expansión numérica de vida, cuyos individuos son tan viejos como la misma especie.

La muerte natural apareció con los metazoarios (animales pluricelulares), y la causa se atribuye a la existencia de dos categorías de elementos:

- a) Las células de propagación germinación, consideradas como inmortales, destinadas a la perpetuación de la especie, y
- b) Las células del soma, esencialmente perecederas, debido a la función específica que cada célula desempeña, lo que ocasiona una pérdida del plasma germinal o hereditario.

La muerte total o definitiva viene condicionada a la pérdida a esa pérdida del soma, gastado por esa actividad, teniendo que ser reemplazados en el nuevo ser por células jóvenes y vigorosas.

Es similar a lo que ocurre en la industria, con máquinas que desgastadas por el funcionamiento son reemplazadas por otras nuevas en su totalidad o parcialmente en su complejidad por piezas sueltas.

La diferenciación en los elementos germinales o inmortales y somáticos o mortales, falta en los protozoarios, en cuya célula se confunden el soma y la sustancia germinial.

En cuanto a la vejez, la explica Weissmann considerando que los organismos son criaturas limitadas en el tiempo y en el espacio, cuyas células somáticas, merman sucesivamente su capacidad regenerativa hasta llegar a un mínimo incapaz de sostener el funcionamiento de los órganos nobles.

Esta teoría, en principio ha sido aceptada por bastantes naturalistas y biólogos, pero Gotte, junto con otros tratadistas rechazan la inmortalidad de los protozoarios, los cuales, alcanzada cierta fase de su evolución se enquistarían, estado equivalente a la muerte misma.

Maupas (35), defiende la tesis de que los infusorios -
mismos, después de una serie de divisiones, acaban por
agotarse y sucumbir, si la conjugación con otros infu-
sorios no consanguíneos no viene a rejuvenecerlos, y -
sostiene que la razón de la senectud y muerte de los -
pluricelulares consiste en la imposibilidad de la con-
jugación entre los elementos histológicos.

Teorías similares han sido defendidas por Calkius, -
Woodruff, Hertwig, Popoff.

A este modo de enjuiciar el problema, son oponentes -
otros sabios, como Enrique Woodruff (en posteriores -
trabajos), Metalnikoff, para quienes tal decadencia, -
pudiera ser motivada, unas veces por variaciones letales
en el medio de cultivo, otras por autointoxicaciones.
Añaden: "El trasplante frecuente de los protozoarios
a un medio renovado y limpio de productos desasimila--
dos permitiría mantener íntegra la capacidad diviso--
ría. De donde deducen que el infusorio es potencial--
mente inmortal" (36).

3.3. TEORIA DE DASTRE

Sostiene la inmortalidad de los protozoarios con tal -
de que se sanee el medio nutritivo mediante cambios quí-
micos a dichos infusorios.

En cuanto a los metazoarios, admite, que la decadencia y la muerte son fenómenos absolutamente inexorables y - que obedecen a cambios físico-químicos. De donde in--fiere que la senilidad es una enfermedad.

3.4. TEORIAS DE HARRISON, BURROWS Y LEWIS

Harrison, en 1906, afirmó que toda fibra nerviosa en - fase de crecimiento, acaba en el embrión, mediante un cono o maza, erizada de espinas. Pero no llegó a sorprender la multiplicación de las neuronas rudimentarias.

Burrow, Lewis, Lambert y Loeb entre otros, en vez de - tejido nervioso emplearon como semilla células conecti-vas embrionarias o corpúsculos epiteliales, lograron - en plasma y líquido meramente salino, no solo colonias de tejidos conectivos sanos, sino la multiplicación de tejidos patológicos (sarco-carcinoma).

Con posterioridad, perfeccionado el método y tomando - como semilla los tejidos de embriones de pollo y como terreno el plasma de este mismo animal, se ha consegui-do serie de cultivos renovables de modo indefinido.

Algún autor, como Lewis, en 1933 llega a afirmar que por este procedimiento se logra sorprender la mitosis o di-visión de las células nerviosas embrionarias después - de su desdiferenciación.

De estos experimentos se deduce que los tejidos embriónicos explantados pueden vivir indefinidamente, como los protozoarios, tomando precaución de emplear y renovar el medio nutritivo a fin de eliminar las sustancias de desasimilación.

3.5. TEORIA DE MINOT

Este tratadista, fundándose en cuidadosas medidas del crecimiento del cobayo en sus distintas fases vitales, sostiene que la decrepitud se inicia en plena juventud y es consecuencia de la diferenciación sobrevenida en el protoplasma de las células somáticas, asociada al crecimiento del protoplasma. Es indudable que la célula es potencialmente inmortal, más la citada diferenciación protoplasmática (citomorfosis) y, sobre todo la íntima relación entre todos los tejidos hace que, cuando un grupo importante se deteriora o muere, corran la misma suerte los demás. Por todo ello, Minot sostiene que: "El mantenimiento del todo se funda, pues, en la integridad estructural de cada una de sus partes". (37).

Se critica esta teoría por contener algunas inexactitudes pues supone que con la edad aumenta el protoplasma diferenciado, y lo cierto es que disminuye.

Al igual que Weissmann, Minot considera la muerte como beneficiosa para la especie.

3.6. TEORIA DE METCHNIKOFF

Este insigne bacteriólogo defendió la teoría de que la senectud dimana de las desarmonías en la constitución del organismo, o sea de la imperfecta adaptación de algún órgano a las necesidades de la vida. Y a tal respecto cita el siguiente ejemplo: "El intestino grueso es órgano de utilidad dudosa, y peligroso, por ser vivero de microbios sépticos productores de toxinas, que actúan debilitando y degenerando las células nobles del organismo. En cambio, los elementos mesodérmicos se mostrarían casi indemnes a estas toxinas bacterianas, los cuales, en vez de sufrir menoscabo funcional o reproductor, entrarían en proliferación".

Como Metchnikoff considera que la senilidad y la muerte es consecuencia de una lucha fagocitaria, al par que de un envenenamiento por toxinas microbianas intestinales, se puede conseguir atenuar la primera y retardar la segunda, aunque no suprimirla. Para ello considera la posibilidad de remediar el daño, bien inventando sueros u otras sustancias específicas, capaces de crear en las células nobles la producción de defensas contra los fagocitos, bien modificando la flora instestinal a

favor de una alimentación adecuada. A este propósito propone la leche agria y el Kéfir.

Esta teoría de Metchnikoff carece de valor general con forme reconoce Minot. Y en cuanto al citado tratamien to preventivo hay cierto escepticismo; así Herter ha probado que la leche agria carece de influencia decisi va sobre la flora letal del intestino.

También la teoría de Metchnikoff flaquea por otra parte, pues es sabido hace bastantes años que los fagocitos no atacan a los corpúsculos nerviosos ni musculares.

También es conocido, que la degradación funcional, se produce por el creciente depósito dentro del protoplasma de materias extrañas. Estas materias, acumuladas en grandes cantidades, atrofian la actividad específica del protoplasma.

3.7. TEORÍA SEXUAL DE LA DECADENCIA SENIL Y DE LA MUERTE

Parece ser que el precursor de estas teorías fue Brown-Séquard, quien estableció una relación entre la atrofia de las glándulas vasculares sanguíneas, y singularmente de las sexuales, y el fenómeno nefasto de la senilidad. Y llegó a proponer para retrasar ésta, el inyectar extracto de glándulas genésicas.

Hansenman, redundó sobre este concepto de la decrepitud y muerte estableciendo la vinculación con la atrofia de las glándulas sexuales, cuyas secreciones internas, además de otros fenómenos, influirían sobre la actividad de los órganos más nobles.

Sobre este tipo de ideas aportó interesantes datos Stejnach (38), referentes a los injertos de ovarios y testículos en los animales castrados, cuyo sexo cambia, según las glándulas genitales trasplantadas, y cuyo experimento tuvo lugar en aves y más tarde en ratas caducas, logrando un rejuvenecimiento en las mismas.

Más tarde Lickenstein, repitió en el hombre enfermo de los órganos genitales, los experimentos de injertación, empleando las glándulas de hombre jóvenes.

Pero quien mayor dedicación puso en el tema fue el conocido Sergio Voronoff. Su punto de partida fue la observación de los eunuocos de El Cairo y de los bóvidos castrados. Las conclusiones fueron estas: Propensión a la adiposidad, alcance de estatura desmedida, ofrecer semblantes raros, inteligencia precaria y muerte relativamente joven. Efectos similares se observa en carneros, aves, bueyes y capones castrados con el fin de aumentar su adiposidad. Todos estos signos de degradación precoz los remedia con el injerto. Los experimentos llevados a término en ganaderías de reses de diversas especies

parecen favorables: La decadencia senil se suspende; la lana y el pelaje del animal gana en abundancia; las fuerzas se vigorizan y el instinto genésico adormecido se despereza, y la vida se alarga.

Para llevar a término este procedimiento en el hombre, extrae las glándulas seminales de monos y de chimpancés.

Afirman los operados sentirse más ágiles, briosos, robustos; notan su retentiva aumentada, así como su capacidad de trabajo, tanto en el aspecto mental como en el físico.

Voronoff, en su audacia, ensaya en mamíferos jóvenes, que la trasplatación en ellos de un tercer testículo suscita la exaltación de sus capacidades específicas.

3.8. CRITICA GENERAL A LAS TEORIAS ANTERIORES

De todas las teorías expuestas, las de Metchnikoff, -- Brown-Séquard y Voronoff proporcionan a los ancianos -- algún remedio, pero bien sería que antes de cerrar tal estudio pongamos algunos reparos.

1² - Todos los desórdenes histológicos, no son precisamente la causa de la decadencia, sino el efecto de la misma.

- 2º - La diferencia y aumento de protoplasma y división específica del trabajo, tampoco son otra cosa que causas seguidas, ya que la muerte se da hasta en los protozoarios; todo acto de división implica el nacimiento de un nuevo ser.
- 3º - La longevidad suele ser hereditaria, y en el gremio de los centenerios, algunos vivieron en ambiente de pobreza y estrechez lamentable. Todo lo cual, armoniza poco con los consejos de la microbiótica y la iniciativa de los inventores de espermias.
- 4º - En cuanto a condiciones histológicas de la senilidad, los elementos de estructura más completa y de actividad profesional más elevada son incapaces de proliferar, se gastan como las máquinas, sin posibilidad de reparar los daños sufridos.
- 5º - Se puede admitir, como causa secundaria, de la senilidad la cesación o disminución de secreciones internas estimulantes del sistema nervioso, singularmente las emanadas de las glándulas genésicas. Pero no se olvide que estas glándulas también decaen.

6² - No queda descartada en absoluto la eficacia temporal de los injertos testiculares y ováricos para prolongar la duración de la vida.

3.9. TEORIAS MODERNAS

El estudio del envejecimiento es un campo que últimamente está teniendo gran auge y son muchos los investigadores que se han dedicado a él, buscando nuevas posibilidades y las posibles causas que determinan el envejecimiento. A pesar de que todavía está en una etapa de evolución e investigación muy precaria y primitiva, como dice el Dr. N.W. Shock "La investigación sobre el envejecimiento está en la etapa en que se hallaba la química en tiempos de Lavoisier" (39).

Actualmente los trabajos sobre el campo del envejecimiento se están intensificando constantemente en la mayoría de los países. Los investigadores se están centrando principalmente en los posibles cambios producidos en las moléculas, tanto dentro como fuera de las células del cuerpo" (40), como causas o factores más inmediatos del envejecimiento.

Si bien todavía no se han podido determinar las causas principales del envejecimiento, o en otras palabras, saber porque mueren las células, si se pueden aportar

aquí algunas de las más importantes teorías que se han lanzado y que actualmente se están investigando.

3.9.1. Teoría del eslabonamiento proteico

Una de las teorías más antiguas es la de la descomposición de las proteínas que nutren y mantienen el cuerpo; la materia alimenticia del tejido conjuntivo y que enlaza los huesos con los músculos, los huesos entre si, etc.

Las proteínas más importantes del tejido conjuntivo son dos: el colágeno, compuesto por tres cadenas de aminoácidos, la prolina, la hidroxiprolina y la glicina; y la elastina que es un componente de menor importancia y más blando que el colágeno.

Las tres moléculas del colágeno se entremezclan para formar otra molécula mayor llamada tropocolágeno, ésta se eslabona con otras moléculas del mismo tropocolágeno para formar una fuerte red de fibras entrecruzadas muy fuerte, resistente y casi inflexible, que es la que va a tener importancia en el proceso de envejecimiento.

La inflexibilidad y solidez del colágeno va a influir decisivamente en los movimientos del hueso, del músculo, de la piel o del miembro, la rigidez del colágeno parece alcanzar su máximo grado entre los 20 y los 40 años de la vida.

A medida que se desarrolla el colágeno joven, van formándose eslabones a partir de los cuales evoluciona la matriz de tropocolágeno. Todavía no se sabe con certeza a que se deben los cambios que se producen en el colágeno con el paso de los años. Estos cambios con la edad se interpretan a base del entrecruzamiento de las fibras. Con la edad se forman más eslabones que endurecen el colágeno, dificultando la posibilidad de estirarlo y de disolverlo.

La explicación teórica que da Kohn a esta red de eslabones que se van acumulando con el envejecimiento es que los procesos de difusión se modificarían radicalmente en los tejidos más rígidos y se amortiguaría la deformación del tejido. El movimiento de los vasos sanguíneos, la facultad de moverse, se volvería torpe y poco eficiente. Todos estos cambios darían como resultado un paso menos efectivo de metabolitos, anticuerpos, sustancias nutritivas y hormonas -

entre las células y los vasos sanguíneos. Como consecuencia de esta difusión inadecuada vendría un estado precario de viabilidad y de funcionamiento celular y por último la muerte.

Crítica

Esta teoría de los eslabones que muchos consideran como el factor del envejecimiento, está todavía por demostrar, entre otras razones porque como dice el Dr. J. Bjorksten existen muchas posibles causas de eslabonamientos en el cuerpo, debidos a gran cantidad de agentes tales como: sustancias químicas orgánicas como los aldehidos y los ácidos, metales como el hierro y el manganeso, diversos factores como el fumar, agentes físicos como la radiación, etc. y porque en sí la teoría no está todavía demostrada experimentalmente.

3.9.2. Teoría del envejecimiento por radiación

Curtis en un experimento realizado con ratones expuestos a radiación observó que envejecían más rápidamente que los ratones que no habían estado expuestos a dicha radiación. Esto le llevó a pensar que el objetivo probable de la radiación en el envejecimiento sería sin lugar a - -

dudas el componente genético de las células, es decir los genes que contienen ADN y proteína, y la estructura cromosómica en la que están distribuidos.

A partir de esta concepción realizó diversos experimentos que le llevaron a la conclusión de - que el material genético sufre lesiones no suficientes para matar o dejar inactivas a las células, sino sólo para forzar un cambio en su programas de actividad, tales como, la pérdida de control, la fabricación de proteínas defectuosas, etc.

Con todo esto Curtis ve el envejecimiento como una continua acumulación de errores en los cromosomas y como consecuencia en el ADN de las células somáticas, tales como, las de cerebro y - las del sistema nervioso, que no se reemplazan cuando se pierden o lesionan puesto que estas - células no se dividen y por lo tanto no les queda más remedio que funcionar con el ADN original esté bien o lesionado.

Crítica

Esta teoría de Curtis de atribuir el envejecimiento (por lo menos en parte) al progresivo -

deterioro del ADN de las células que no se divi-
den tienen ciertas bases experimentales pero --
tienen muchos aspectos controvertibles, de he--
cho, actualmente se sabe que el ADN lesionado -
puede repararse en parte aunque de forma toda--
vía un poco imperfecta.

Una de las críticas que se le ha hecho a la teo-
ría de Curtis es que la lesión cromosómica pro-
ducida por la radiación se establece en niveles
normales, mucho antes de que aparezca el enveje-
cimiento. Otra acusación es que los agentes -
químicos (por ejemplo la radiación) que lesionan
el material genético no producen efecto alguno
sobre la duración de la vida.

3.9.3. Teoría de los radicales libres

A raíz de los distintos estudios experimentales
sobre el envejecimiento que se han hecho, a los
investigadores se les ha planteado una cuestión
importante que ¿cómo puede modificarse el mate-
rial genético con la radiación o con otras sus-
tancias químicas?

Curtis lo ve posible en base a que el ADN es una
molécula intrínsecamente inestable, por lo cual

al ser atacada se puede modificar fácilmente, - si bien esta hipótesis es asequible teóricamente no tiene mucho valor dada la falta de comprobación experimental.

Otra hipótesis que actualmente se baraja más válida y defendible, es la de los radicales libres, que son átomos o moléculas que por tener un número impar de electrones tienen una excesiva - avidez de reaccionar con algo.

Los radicales libres por lo tanto formados en - el cuerpo, podrían atacar a las enzimas, al colágeno y a la elastina, a varias hormonas, a las grasas, a los lípidos y por supuesto al ADN.

Ultimamente se ha descubierto que los radicales libres pueden modificar lo mismo el colágeno - que la elastina y que la radiación produce efectivamente radicales libres en el tejido vivo.

Hartman y Curtis han sido los investigadores que más han luchado para poner a prueba experimentalmente la hipótesis de que los radicales libres pueden ser una razón importante de las aberraciones cromosómicas, sin embargo sus experimentos han llegado a debilitar más que a potenciar dicha hipótesis.

3.9.4. Teoría de la influencia del oxígeno en el envejecimiento

El Dr. A. Tappel opina que el oxígeno que respiramos es una de las causas más importantes del envejecimiento: el oxígeno ataca a los lípidos a las sustancias grasas, produciendo radicales libres que, a su vez, atacan varias partes de la célula, como los lisosomas. El tejido se va destruyendo y las partes lesionadas se digieren dentro de los lisosomas produciendo una mezcla muy fuerte de enzimas y pigmentos seniles.

Al Dr. Tappel para la defensa de esta teoría se apoya en el análisis de los pigmentos seniles, su distribución, y su naturaleza y se dan durante el envejecimiento.

3.9.5. Teoría del envejecimiento de la cromatina

Hay autores que creen que los cambios de la naturaleza humana se deben al envejecimiento de la cromatina, que es un complejo de proteína y de ADN. Para defender dicha afirmación se basan en que la proteína ayuda a la estabilidad del ADN, regula su actividad y realiza otras funciones. Los diferentes trabajos experimentales

con animales han demostrado que el ADN se endurece y vuelve más impenetrable con la edad, Las proteínas son probablemente las responsables de este fenómeno puesto que el ADN anciano sin sus proteínas no difiere del ADN joven, en su resistencia al calor.

Parece, pues, que los nexos proteicos del ADN - parecen robustecerse con la edad, consolidando a ambos y deformando en parte las transcripciones precisas de la información.

Dentro de esta línea hay autores que le dan bastante importancia, en el proceso de envejecimiento, a la naturaleza cambiante de los histiones que son parte del complejo cromatínico, puesto que son proteínas muy pequeñas que sirven de interruptores para poner en actividad a diversas partes de la molécula de ADN en respuesta a algunas señales, tales como, hormonas, determinadas enzimas u otras cualesquiera. De hecho en varios trabajos experimentales se encontró un descenso acentuado en la proporción entre los histiones, altos en arginina y los bajos en arginina en los hígados de ratas viejas, sin cambiar por lo menos aparentemente la cantidad total de proteínas de histiones.

3.9.6. Teoría inmunológica del envejecimiento

Una teoría que últimamente está adquiriendo auge es la teoría inmunológica del envejecimiento, que vendría a ser esencialmente una incapacidad progresiva del sistema de defensas del cuerpo - para prevenir sus propias células contra las bacterias, los virus y otros cuerpos extraños. Esto originaría una acumulación de "material ajeno" que induciría a un aumento constante de reacciones de autoinmunización en las que los anticuerpos atacarían y destruirían las células.

3.9.7. Teoría celular: algunos criterios de envejecimiento celular

"Tanto las células libres como las que forman parte de los tejidos de un organismo pasan por un número de estadios cuya oposición y terminación parecen inevitables" (41), es decir, van como del envejecimiento y por fin de la muerte.

Expondremos a continuación, de forma concisa y clara, algunos criterios que nos pueden aclarar este proceso,

Criterios morfológicos

Si examinamos una célula joven y una vieja vemos las siguientes diferencias:

- 1ª La célula vieja posee una membrana esquelética más gruesa y con más meatos.
- 2ª La célula vieja posee una vacuola gigante - que ocupa casi todo el volumen celular, esto origina una disminución considerable de la masa citoplasmática y un aumento de la relación núcleo-citoplasma.
- 3ª La célula vieja posee un núcleo menos voluminoso y el tamaño del nucléolo aparece muy disminuido.

Criterios fisicoquímicos

A medida que una célula envejece se pueden observar los siguientes cambios fisicoquímicos:

- 1ª La fluidez del citoplasma involuciona gradualmente.
- 2ª La viscosidad del citoplasma aumenta gradualmente.

Criterios fisiológicos

Con la edad existe un proceso acentuado de enlentecimiento de la actividad celular: la célula se va aislando poco a poco de sus vecinas y sus intercambios metabólicos se realizan con mayor dificultad, como consecuencia disminuye la actividad metabólica, las enzimas trabajan con mayor lentitud y la célula entra en una fase de pereza fisiológica.

Antes de concluir con las distintas teorías expuestas queremos decir que existen muchas controversias en este campo y que la ciencia no está todavía preparada para dar una respuesta clara, precisa, objetiva y científica que descubra de una vez por todas el enigma del envejecimiento.

Existen infinidad de críticas, preguntas y aclaraciones sobre las teorías del envejecimiento, tales como:

¿Cómo pueden explicarse las diferencias en edad si el enigma del envejecimiento radica en el material genético?

¿Por que los animales envejecen en forma tan diferente?

¿Por qué un ratón muere a los dos años y un hombre a los 80 años?

A pesar de que hay autores que creen que la respuesta está en el diferente ritmo metabólico que existe entre animales y hombres o en el mayor número de piezas de recambio para sustituir moléculas lesionadas en el hombre, todavía la ciencia no está preparada como para dar una respuesta adecuada y científica.

3.9.8.- Toería de Grisolia

En el envejecimiento y duración de la vida influyen, según Grisolia, poderosamente tres tipos de factores: factores ambientales, factores higiénicos y factores alimenticios.

Desde el punto de vista del análisis molecular Grisolia entiende que el envejecimiento se debe principalmente al deterioro de dos funciones importantes del organismo:

- 1.- La disminución en la capacidad de filtración del riñón y en la capacidad respiratoria, y
- 2.- el constante proceso de degradación y desgaste de proteínas.

Profundizando en los procesos tanto celulares como moleculares Grisolia llega a la conclusión que

la característica más importante del envejecimiento es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a los cambios del ambiente por:

- a) Los cambios que se producen a nivel enzimático
- b) La pérdida progresiva de adaptación para incrementar enzimas de diferentes tejidos y,
- c) la acumulación de proteínas que se conforman de una forma anómala.

Concluye Grisolia diciendo que "la síntesis de proteínas o enzimas (catalizadores que realizan las reacciones celulares haciendo posible la vida) varía y decrece con la edad, tal como se ha podido comprobar experimentalmente con el envejecimiento el número de divisiones de la célula y el tiempo en que se producen comienzan a ser más lentos. Cuando conozcamos por qué envejecen las enzimas, sabremos por qué lo hacen las células" (42).

3.9.9.- Teoría sobre el envejecimiento de Medawar

Para Medawar la senectud puede definirse como "el cambio en las facultades, sensibilidades y energías corporales que acompaña a la vejez, y que hace progresivamente que el individuo tenga más probabilidades de morir por causas accidentales que obran al azar" (43).

La senectud, como probabilidad de morir de los individuos, tiene un doble origen según Medawar. Por un lado está la senectud innata o intrínseca y por otro la senectud compresiva de la suma acumulada de los efectos de las violencias periódicas, de las lesiones o de las infecciones, es decir, del ambiente en general.

Existen tres agentes importantes en el proceso de la evolución de la senectud "innata".

- 1) la incapacidad de la selección natural para contrarrestar la débil presión de la mutación reincidente cuando los genes mutantes hacen su efecto aparente a edades que la mayoría de los miembros de una población no alcanzan en realidad;
- 2) El hecho de que el retraso del momento de acción de un gen deletéreo es equivalente a su eliminación, y puede algunas veces ser la única manera de que la eliminación se pueda llevar a cabo;
- 3) El hecho de que la selección natural puede realmente obligar a un retraso tal e, inversamente, acelerar la edad de aparición de la acción manifiesta de los genes favorables. En conclusión, viene a decir Medawar, la eficacia de la selección natural se deteriora con el incremento de la edad.

107 bis.

Por último no podemos olvidar los últimos trabajos de Ayflie (44) quien estudia las teorías del envejecimiento y suscribe apoyando los trabajos de Medvedey que plantea 3 alternativas para la explicación del envejecimiento, todas ellas relativas a los errores acumulados como consecuencia de la codificación de los mensajes transmitidos por el AND y ARN a lo largo del tiempo.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Gaillard, G.: Los "viejos" en la historia y en la evolución social. En Lyonnais, G. La vejez, edit. Razón y Fé Madrid 1965, pag. 26.
- (2) Gaillard, G.: Obra citada pag. 27.
- (3) Rof. Carballo, J.: Tercera edad: "Alteraciones psicossomáticas de la tercera edad". Edit. Karpos, Madrid 1977 pag. 97.
- (4) Llaveró, F.: I Congreso Nacional de Geronto-psiquiatría, Liade, Madrid, 18-20 Septiembre 1973, pag. 13.
- (5) Marías, J.: Tercera edad: "Esperanza de vida", Edit, - Karpos, Madrid 1977, pag. 205.
- (6) Ramón y Cajal, S.: El mundo visto a los 80 años, Espasa Calpe, Madrid 1970, pag. 19.
- (7) Marías, J.: Obra citada pag. 205 y 206.
- (8) Gaillard, G.: Obra citada, pag. 22.
- (9) Gaillard, G.: Obra citada, pag. 24.

- (10) Valaoras, G.: The expectation of life in ancient Greece.
En Lyonnais: La vejez, Edit. Razón y Fe, Madrid 1965,
- (11) Surd Borg, O: Bulletin de l'internationale de Statistique, 1900, pag. 27.
- (12) Willco : Studies (1940). En Lyonnais: La vejez, Edit. Razón y Fe, Madrid 1965, pag. 35.
- (13) Causes et conséquences de l'evolution demographique. Naciones Unidas, 1953, pag. 61. En Lyonnais: La vejez, - Edit. Razón y Fe, Madrid 1965, pag. 36.
- (14) Daric. J.: Vieillissement de la population et prolongation de la vie active. En Lyonnais: La vejez, Edit. Razón y Fe, Madrid 1965, pag. 41.
- (15) Arana, J.: Tercera Edad Edit. Karpos, Madrid 1977, pag. 7
- (16) Ramón y Cajal.: Obra citada pag. 61.
- (17) Ramón y Cajal.: Obra citada pag. 62.
- (29) Aguirre, J.A.: Tercera Edad; "Situación económica actual"
Edit. Karpos, Madrid 1977, pag. 15.
- (30) Aguirre, J.A.: Obra citada pag. 17.

- (31) Aguirre, J.A.: Obra citada, pag. 22.
- (32) Aguirre, J.A.: Obra citada, pag. 28.
- (33) Duocastella, R.: Tercera Edad: "Familia y tercera edad"
Edit. Karpos, Madrid 1977, pag. 44.
- (24) Duocastella, R.: Obra citada, pag. 45.
- (25) Fousend, P.: The structure of the Family, New York, -
Englewood Clift, 1965.
- (26) Duocastella, R.: Obra citada, pag. 55.
- (27) Duocastella, R.: Obra citada, pag. 56.
- (28) Duocastella, R.: Obra citada, pag. 61.
- (18) Prados Arrate, J.: Tercera Edad: "Nueva política de ser-
vicio util de la tercera edad", Edit. Karpos, Madrid -
1977, pag. 187.
- (19) Rof. Carballo, Juan.: Obra citada, pag. 98.
- (20) Rof. Carballo, Juan.: Obra citada, pag. 99.
- (21) Rof. Carballo, Juan.: Obra citada, pag. 100.

- (22) Rof. Carballo, J.: Obra citada, pag. 108.
- (33) Ramón y Cajal, S.: Obra citada, pag. 144.
- (34) Ramón y Cajal, S.: Obra citada, pag. 145.
- (35) Mompas.: Archives de Zoologie experimentale, Tomos, VI y VII, años 1888 y 1889. En Ramón y Cajal, S. "El mundo - visto a los 80 años" Edit. Espasa calpe, Madrid 1970, - pag. 148.
- (36) Ramón y Cajal, S.: Obra citada, pag. 148.
- (37) Minot, C.S.: Problemas modernos de biología. En Ramón y Cajal: "El mundo visto a los 80 años" Edit. Espasa calpe, Madrid 1970, pag. 152.
- (38) Steinoch.: Centralbl. F. Phisial, Bol. 24, 1910. En Ramón y Cajal; "El mundo visto a los 80 años" Edit. Espasa Calpe, Madrid 1970, pag. 158.
- (39) Shock, W.W.: "Conceptos biológicos del envejecimiento"- Psychiatric Research Report, Nº 23, Feb. 1968, pag. 1-25.
- (40) Metzger, N.: Hombres y moléculas, Editores Asociados México 1975, pag. 32.



- (41) Pilet, P.E.: La célula. Edit. Torray-Masson, Paris 1968, pag. 359.
- (42) Grisolia, S.: Aspectos sociales y moleculares del envejecimiento, Boletín informativo de la Fundación Juan March, - Mayo 1979, nº 82.
- (43) Medawar, D.B.: La singularidad del individuo (8 ensayos - biológicos), Edit. Acribia, Zaragoza, 1960, pág. 54.
- (44) Ayflick, L.: Biología celular del envejecimiento humano, Scientific american, Enero 1980.

CAPITULO II

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES DE LA TERCERA EDAD

El envejecimiento es un proceso vital de nuestra existencia en el que influyen muchos factores, tanto biológicos como psicológicos y sociales. No podemos reducir el envejecimiento a una fase exclusivamente fisiológica del acontecer humano, puesto que va condicionado a infinidad de procesos tanto físicos como psíquicos que han acontecido a lo largo de la vida del sujeto y que han influido y podríamos decir sin lugar a dudas que están influyendo en su actual estructura psíquica.

Gran cantidad de trabajos sobre este campo, han demostrado que a partir de los treinta años se inicia en el hombre un deterioro progresivo de sus facultades fisiológicas y psíquicas, como la pérdida de la memoria, el aumento de la fatiga muscular, una disminución de los procesos sensoriales, una pérdida del impulso sexual, una pérdida de determinadas facultades mentales, etc. cuyo máximo apogeo se da en la vejez propiamente dicha.

Esto nos viene a demostrar que la vejez es un proceso de deterioro paulatino donde están implicados factores tanto biológicos como psico-sociales. Como dice H, Ey: "El proceso de la senescencia o del envejecimiento es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo: a escala molecular, a nivel de la célula y de los tejidos, al de los órganos y sus funciones, en todo el organismo, a nivel de la personalidad y podríamos añadir igualmente a nivel de los grupos humanos (1).

Estos procesos van a producir en el anciano un cambio brusco - en sus relaciones psico-sociales de forma tal que el resto de su vida va a estar muy "condicionada de una parte por el estado fisiológico y de otra por el estado de las relaciones y posibilidades de adaptación social propias de esta edad" (2).

Creemos, pues, que en el anciano los factores biológicos, psicológicos y sociales se entremezclan y se acentúan de una forma mucho más marcada que en etapas anteriores de su vida; esto hace que en la vejez cualquier tipo de problemática se deba a una multicausalidad de hechos, procesos y factores de todo tipo que conviene tener en cuenta a la hora de estudiar cualquier problemática relacionada con la vejez bien sea de tipo psicológico o social (como en nuestro caso que analizamos las relaciones afectivas de la vida del anciano de residencias-asilos), bien sea de tipo biológico o de cualquier otro tipo.

Todo esto nos ha llevado a analizar los factores biológicos, psicológicos y sociales, como causas importantes en el proceso y estructura de las relaciones afectivo-sociales de la ancianidad.

1. FACTORES BIOLÓGICOS.

Como psicólogos y estudiosos de la problemática afectiva y de personalidad del anciano no podemos olvidar que el factor biológico es de suma importancia a esta edad. Gran can

tividad de trabajos realizados sobre esta última etapa de la vida demuestran que el envejecimiento se debe a una serie de procesos biológicos. Así, pues, Comfort (3) ha publicado una serie de investigaciones realizadas, acerca de los procesos biológicos del envejecimiento, en animales que demuestran que las influencias genéticas son un poderoso factor que interviene directamente en los procesos de envejecimiento. En esta misma línea pero con seres humanos, concretamente con mellizos, Kallman (4) llega a resultados parecidos, señalando que factores genéticos obran de forma directa en el proceso de envejecimiento de las personas.

Dentro del campo de las psicopatías los diferentes estudios han llegado a comprobar una similitud de los actos delictivos y la aparición de brotes endógenos casi al mismo tiempo en gemelos univitelinos, aún cuando éstos habían vivido separados y en ambientes completamente distintos, hasta tal punto que parecía como si llevaran "un reloj interno cuyo despertador estuviera dispuesto para que la manifestación patógena "sonora" apareciera en los gemelos casi a la misma hora" (5).

Si bien el determinismo biogenético es importante en el proceso de envejecimiento, como psicólogos no podemos reducir todos los procesos que se dan en la última edad a dichos procesos y condenar de antemano cualquier acción modificadora o preventiva que contribuya a modificar positivamente la

conducta, adaptación y relación del anciano con el mundo que le rodea. Podríamos decir con el profesor Llavero que "la psiquiatría (y en nuestro caso la psicología) debe contribuir a que el ambiente se adapte al individuo en la medida de lo posible y no a la inversa" (6). Esto nos permite, como psicólogos, el estudio y aplicación de una acción directa y positiva en los procesos de la vejez al margen de dicho determinismo biológico, acción que por desgracia todavía no está puesta en práctica en las residencias-asilos visitados y lo más importante que no se ha investigado lo suficiente como para poder demostrar que dicha labor es válida y positiva.

Ahondando en este tema, ultimamente H. S. Samis (7) manifiesta que el hecho de que existan unas bases genéticas en el envejecimiento esto no significa en absoluto que necesariamente la senectud se genere a través de un sistema de información celular o mediante un programa genético puesto que existen otra serie de variables importantes al margen de la genética que van a influir y determinar los procesos de envejecimiento.

Otro tipo de estudios, por el contrario, han demostrado como dice A.I. Lansing (8) que existe una correlación alta entre la longevidad de los padres y la de los hijos. Pearl (9) demostró así mismo que existe una correlación alta entre

la influencia del alto grado de longevidad de los padres en las expectativas de vida de los hijos. Sin embargo esto no significa en absoluto que dichos autores piensen en un determinismo biogenético de los procesos de envejecimiento.

Existen, pues, sin lugar a dudas muchas variables, al margen de los procesos genéticos, que intervienen directamente en la vida del hombre de la tercera edad, como veremos más adelante y como ya en páginas anteriores hemos visto que han apuntado eminentes investigadores de este campo.

No obstante todos estos estudios y trabajos sobre la influencia de los factores genéticos en el envejecimiento, las investigaciones biológicas se han movido en otros campos cuya importancia se deja notar a la hora de estudiar los problemas de la tercera edad. Así pues, Kastenbaum (10) nos muestra en sus trabajos e investigaciones que el envejecimiento se produce a nivel celular, puesto que las células corporales que antes habían sido sanas comienzan a degenerar y morir, existe una atrofia y una reducción numérica de las células y se reduce la capacidad de reproducción porque las células no siguen recibiendo el debido suministro de sustancias nutritivas que se requeriría para una mitosis. Como consecuencia de todo esto, en la vejez, se produce un ciclo según el cual la reproducción de las células se va haciendo cada vez más lenta y las células al no recibir sustancias suficientes para su funcionamiento van muriendo poco a poco

sin capacidad para poder ser sustituidas ni para reproducirse. Siguiendo esta línea Curtis ha llegado a describir la vejez como "una etapa de mutaciones desfavorable que tiene lugar en las células del cuerpo" (11).

Todas estas investigaciones sobre la senescencia histológica y celular nos llevan, de acuerdo a nuestros propósitos y metas como psicólogos, a hablar sobre los procesos de envejecimiento del cerebro puesto que van a tener graves repercusiones a nivel de las funciones y capacidades psíquicas del anciano. De acuerdo con H. Eymen los procesos de envejecimiento, se puede observar "un aumento de la neuroglia a expensas de los "tejidos nobles". Por esto se observa que a nivel del cerebro, las neuronas se enrarecen (y atrofian sobre todo a nivel de la corteza cerebral) y prolifera la "oligodendroglia" (12). Muchos investigadores, P. Delore, A. Martín, R. Lambert y F. Girad (13), entre otros, opinan que desde el punto de vista biológico existen una serie de alteraciones citológicas en la vejez a nivel cerebral, tales como: una notable disminución de los cuerpos de Nissl, una sobrecarga lipídica y pigmentaria, una hiperchromatosis y la rarefacción del protoplasma, todo esto sucede en los envejecimientos normales, es decir, en personas que no han sido tratadas clínicamente enfermas y que no han presentado ningún tipo de trastornos mentales.

Dentro de esta línea de estudios no podemos olvidar la teo-

ría de Kastebaum "el control mental" (14) sobre los procesos de envejecimiento, teoría muy interesante puesto que trasciende la microbiología para entrar de lleno dentro del terreno de la teoría evolutiva. Según esta teoría la naturaleza del hombre está hecha para reproducirse, una vez que ha pasado el punto óptimo para dicho propósito desde el punto de vista biológico el hombre no está programado para vivir mucho tiempo más. Siguiendo esta línea y a propósito de esta teoría, Comfort viene a decir que "probablemente envejecemos porque quedamos fuera del programa evolutivo. En esto nos parecemos a una sonda espacial que por selección haya sido "proyectada" para pasar por las proximidades de Marte, pero que no cuenta ni con las instrucciones internas para el momento en que ya haya cumplido este programa ni con partes producidas específicamente para durar mucho más tiempo. Seguirá viajando pero la proporción de errores en que incurrirán sus mecanismos de orientación y control aumentará constantemente. Estos errores de homeostasis y de autocorrección son exactamente lo que vemos en el organismo que envejece" (15).

A propósito del envejecimiento cerebral, el profesor Zamora no, en el Primer Congreso Nacional de Geronto-Psiquiatría preventiva (16), llegó a las siguientes conclusiones:

1. El envejecimiento cerebral se debe a dos grupos de factores: los propios del tejido nervioso y los generales del sistema vascular.

2. Entre los del sistema vascular el más importante es la arterioesclerosis.
3. Contra ésta se lucha profilácticamente por medio de medidas terapéuticas somáticas y psíquicas.
4. Existen mecanismos compensadores del déficit cerebral cuya morfología empezamos a comprender.
5. El estímulo a estos mecanismos compensadores es muy importante en la prevención del envejecimiento cerebral.
6. El único mecanismo que hoy podemos utilizar para estimular estos procesos compensadores es el mantenimiento de una intensa actividad mental.

Los resultados biológicos, además del campo genético y del campo histológico, exploran otras áreas interesantes y con gran valor práctico y científico. Diversos autores, entre ellos Roessle, Roulet, Bourlière, han demostrado que existe un proceso involutivo de los órganos mediante el cual el peso de dichos órganos disminuye notablemente durante el envejecimiento.

Pero no todos los órganos del cuerpo disminuyen con igual intensidad y en el mismo tiempo ni con la misma cantidad dado que "el cerebro no experimenta más que una débil disminu

ción de peso" (17), lo que permite un ritmo distinto de deterioro de las funciones psíquicas.

Asímismo se han estudiado y podido comprobar mediante tests adecuados que en la vejez las diferentes funciones del organismo presentan modificaciones importantes, dado que "para muchas de las funciones del organismo, ha sido posible determinar por tests funcionales las "normas de funcionamiento" en las diversas edades" (18).

No podemos olvidar los estudios sobre la influencia bioquímica en los procesos de envejecimiento, según los cuales muchos investigadores, entre otros, Edelman, Haley, Theldon, Stall, Moore, (19) han comprobado que la senescencia en el hombre se acompaña de una disminución del agua intracelular. El cerebro parece ser uno de los órganos donde este empobrecimiento en agua es más sensible. Así mismo han comprobado que en el conjunto de los tejidos se comprueba un aumento - del sodio, del cloro y del calcio, mientras que el potasio, el magnesio y el fósforo tisulares disminuyen. Tampoco podemos olvidar la teoría de Grisolia, expuesta ya anteriormente. Los estudios sobre la actividad de las enzimas en los tejidos, durante el envejecimiento, "ponen de relieve que el índice de utilización de oxígeno es menor en los tejidos viejos que en los jóvenes" (20). Asimismo, recientes estudios sobre la capacidad respiratoria se puede apreciar, que influye directamente en la cantidad de sangre -

que bombea el corazón, en la secreción de ciertas hormonas, y en la conducción de impulsos nerviosos a los nervios periféricos. Todo ella ha puesto de manifiesto que dicha cantidad va disminuyendo progresivamente.

McCoy por su parte ha observado en estudios realizados con los animales que la restricción calórica, en las ratas concretamente, aumenta considerablemente el margen de vida.

Podríamos decir a modo de conclusión, con H. Geist, que el envejecimiento produce los siguientes cambios orgánicos, - que van a influir de forma decisiva y determinante en los - procesos psicológicos de las personas de la tercera edad:

1. Aumento del tejido conjuntivo en el organismo.
2. Pérdida gradual de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo.
3. Desaparición de los elementos celulares del sistema nervioso.
4. Reducción de la cantidad de células de funcionamiento normal.
5. Aumento de la cantidad de grasa.

6. Merma el consumo de oxígeno.
7. Merma de la cantidad de sangre que bombea el corazón en estado de reposo.
8. Menor expulsión de aire de los pulmones que cuando el organismo es más joven.
9. Disminución de la fuerza muscular.
10. La secreción de hormonas, en particular de las glándulas sexuales y suprarrenales, es menor que la normal.

Todos estos estudios e investigaciones nos llevan a la conclusión de que a la hora de hablar o tratar cualquier clase de problemática o aspectos de la vejez hay que tener muy en cuenta las influencias tan decisivas que tienen los procesos biológicos, pero esto no debe anular la labor ni el estudio de los procesos psicológicos, entre otras cosas, porque todavía no está muy clara la influencia que los procesos biológicos tiene a nivel de la conducta, afectividad y personalidad del anciano y por otra parte porque los procesos biológicos dependen también del ambiente y de otras variables ajenas a la biología en sí. Pues como dice el profesor LLavero "en el código de la herencia está determinada la longevidad del individuo, si el contingente de la noxa ambiental no truca precozmente la trayectoria y despliegue -

de sus potencialidades biogenéticas" (22).

Por otro lado, H. Ey, siguiendo esta misma línea viene a decir que además de las "modificaciones psicológicas, fisiológicas, morfológicas y bioquímicas que constituyen los fenómenos de la senescencia normal (existen) ciertas condiciones del envejecimiento, como diferencias provenientes del medio (alimentación, clima, etc.) de la cultura del sujeto (nivel de estudios, formación profesional, etc.) y del mantenimiento en actividad de diferentes funciones" (23).

Por su parte H. Geist afirma que "el potencial biológico de envejecimiento no está limitado sólo por el haber genético sino también por la acción del medio y del morbo" (24).

El profesor Zamorano cree que "el único mecanismo que hoy podemos utilizar para estimular los procesos compensadores (del déficit cerebral) es el mantenimiento de una intensa actividad mental" (25).

Todo esto nos lleva a la conclusión de que además de los aspectos biológicos que intervienen en el proceso de envejecimiento, existen otra serie de procesos que forman también parte del bagaje de la tercera edad y que tienen su importancia. Me estoy refiriendo concretamente a los procesos y aspectos psicológicos y sociales. Si bien la investigación no está muy avanzada en el campo psico-social, eso no es -

obvio para que el campo de los procesos psicológicos y sociales de la vejez sea un campo de investigación lleno de buenas y esperanzadoras expectativas que lleguen a modificar y a adaptar adecuadamente la conducta y personalidad del anciano y le creen un ambiente propicio y adecuado a sus necesidades; buena prueba de esto la tenemos en el aforismo tan claro y verídico de Oscar Vogt: "la actividad retrasa el envejecimiento. La inactividad acelera su aparición".

2. FACTORES PSICOLOGICOS.

Con el análisis y estudio de los factores psicológicos que intervienen en los procesos de envejecimiento no queremos, al igual que con el anterior apartado de "Factores biológicos" hacer un extenso estudio y tratado de todos los factores psicológicos, (estudios e investigaciones que se han hecho en este campo), porque sería por un lado una labor muy extensa y por otro porque saldría de los propósitos y líneas de estudio marcadas en este trabajo que actualmente presentamos. Si queremos hacer resaltar algunos de los aspectos psicológicos más importantes que están influyendo decisivamente en todo sujeto normal y que van a ser elementos importantes en su proceso de relación afectiva con los demás.

No podemos olvidar que el anciano se ve envuelto en un mundo psicológico especial producido por un enfrentamiento inmediato con la vejez y porque cada vez se ve más acosado -

por el peligro de que su estar en el mundo no se encuentra fortificado por una mínima esperanza de porvenir, puesto - que el futuro para él no significa lucha, prosperidad, ilusiones, situación social, etc, sino más bien decadencia, en enfermedad y por último una muerte segura.

Hay que tener presente a la hora de evaluar y valorar la vida psíquica del anciano que el déficit de la percepción, por ej. supone un descenso de sus facultades físicas, que existe una disminución del contacto de su yo con el mundo y como consecuencia un retraimiento en sí mismo.

Por otro lado mientras que el niño no tiene que adaptarse a su infancia, ni el adulto a su madurez puesto que todo el ambiente interno y externo en general, está a su favor en el proceso adaptativo, el anciano por el contrario, como dice H. Ey "debe no solamente adaptarse al medio sino además a su propia vejez" (26).

Todo esto nos llevará a exponer una serie de variables psicológicas que nos permitan enfocar nuestro trabajo y resultados en un verdadero contexto realista, lleno de limitaciones de todo tipo, porque sino los resultados y apreciaciones saldrían fuera de lugar y no responderían a la realidad de la ancianidad.

Con estos prolegómenos nos proponemos analizar una serie de

variables psicológicas que nos encuadren lo mejor posible - la realidad psicológica de la vejez bien sea en cuanto a es tablecer sus procesos de personalidad como de sus relaciones afectivas y sobre todo nos permitan evaluar los resulta dos obtenidos de acuerdo a unos criterios basados en la rea lidad de la propia vejez, como etapa transitoria y final de nuestro acontecer humano.

Por último, hay que tener en cuenta que si bien estos procesos se dan en toda evolución senil normal, el grado o la in tensidad de deterioro y desajuste de dichos procesos va a - depender mucho de las diferencias individuales que cada ser humano tiene. Es decir, que los diferentes matices psicoló- gicos del anciano en su proceso de envejecimiento depende- rán en gran parte de sus propias características personales adquiridas a lo largo de su biografía personal, de su reali dad psico-social y en última instancia de su acontecer dia- rio de toda su vida. En este sentido es muy acertada la - frase de Ajuriaguerra, "se envejece tal como se ha vivido". (27), puesto que configura clara y brevemente la importan- cia de la vida anterior en el futuro "estar en el mundo" - del anciano.

2.1. Procesos cognitivos y lenguaje.

No cabe la menor duda de que el pensamiento, como capa cidad de extraer inferencias, de sacar conclusiones, de

hacer razonamientos, formular deducciones, etc, esta - en íntima relación con la inteligencia. Así mismo es claro que tanto la inteligencia como el pensamiento su fren una influencia modificante muy fuerte con la edad. Buena prueba de ello nos la dan Zubeck, J.P. y Friend C.M. (28) mediante el estudio que hicieron con el "Watson - and Glaser Critical Thinking Appraisal Test" a 480 sujetos de 12 a 80 años y cuyos resultados arrojaron diferencias apreciables entre ancianos y jóvenes. La - primera fue la inflexibilidad del grupo de más edad - (ésta parece tener relación con la falta de costumbre de métodos de trabajo debida al envejecimiento) y la - segunda fue la baja objetividad por parte de los ancianos que tienden a atenerse más a la experiencia previa y por la dificultad de determinar los puntos más importantes y por la influencia de su afectividad.

Por su parte Jérôme (29) en estudios realizados sobre distintas edades llegó también a la conclusión de que los ancianos tenían dificultad a la hora de determinar un problema con prontitud. No seguían un método ordenado, incurrían en repeticiones y no se mostraban inclinados a tomar notas.

Otros diferentes estudios y trabajos de investigación sobre la inteligencia en esta edad nos demuestran así mismo resultados negativos con un deterioro progresivo

debido en parte a la involución cerebral, a una disminución de la motivación y a una falta de ejercicio intelectual.

Foster y Taylor (30) en sus investigaciones realizadas con la aplicación de tests de inteligencia a personas de más de 50 años revelaron que con la edad se producía una disminución de los puntajes, debida no solo a la merma de inteligencia sino también a una disminución del interés, de la vivacidad y de la falta de práctica de los ancianos, sin embargo no todos los elementos que componen la inteligencia se deterioran o merman. Beeson (31) observó que el rendimiento en el vocabulario se mantenía constante con el pasar de los años. Bilash y Zubek (32) observaron por su parte que la comprensión y la fluidez verbal se mantenían hasta los 45 años. Yerkes (33) comprobó mediante el tests Alfa que a partir de los 30 años había una disminución en el puntaje total de dicho test y que esta disminución era muy pronunciada en el grupo compuesto por personas cuyas edades estaban comprendidas entre 51 y 60 años.

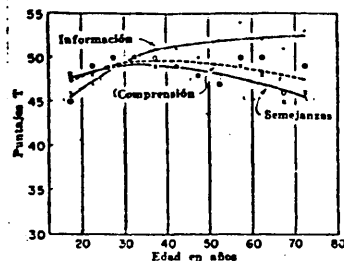
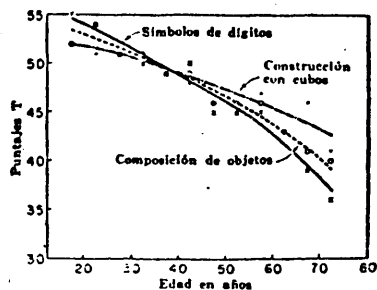
Otros estudios parecidos han llegado a resultados similares; por ejemplo, los estudios realizados con el test de Matrices Progresivas de Raven arrojaron resultados en los que se apreciaba una clara declinación

intelectual gradual a partir de los 30 años.

Si bien todos los autores coinciden en sus trabajos en que con la edad existe un progresivo deterioro intelectual, asimismo coinciden en que el vocabulario y la información no participan de dicho deterioro sino que se mantienen, y en los estudios comparativos entre jóvenes y viejos, éstos salen siempre más favorecidos. Esto se debe entre otras razones a la influencia que sobre estos dos factores tienen la experiencia y la acumulación de conocimientos.

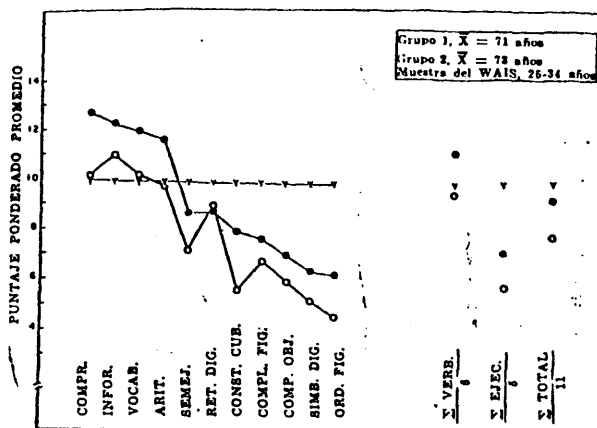
Los estudios sobre las distintas funciones cognitivas realizados por medio de la escala de WAIS vienen a confirmar las teorías y resultados expuestos anteriormente.

Corsini y Fasselt (34) en un estudio realizado a 4000 reclusos de la prisión de San Quintín con la escala de WAIS, observaron que con la edad aparecía una pronunciada declinación en tres de los subtests de la escala verbal en tanto que en la información se apreció un notable incremento con la edad tal y como puede verse en las gráficas siguientes:



Medias por edad en tres subtests de la Wechsler-Bellevue, según los puntajes T en adultos jóvenes (muestra de la prisión). (Adaptación de los datos suministrados por R.J. Corsini).

Birren (35) en un estudio realizado con dos grupos de personas mayores de 65 años, un grupo compuesto por personas sanas y otro compuesto por personas con algún mal subclínico o asintomático, con la escala de WAIS, obtuvo grandes diferencias en los puntajes y llegó a la conclusión de que cuando en el organismo se producen cambios fisiológicos; producidos por el envejecimiento (por ejemplo en la circulación cerebral), se verifica una regresión intelectual observada principalmente en los subtests de la escala verbal. La figura muestra gráficamente las conclusiones de este estudio. A resultados parecidos llegó Riegel (36) en su estudio hecho con el test de WAIS con sujetos alemanes.



Comparación de los puntajes de los subtests de la Escala de inteligencia de adultos, respecto de tres grupos de sujetos: grupo - joven de estandarización, hombres mayores de buena salud (grupo 1) y hombres mayores con leve dolencia asintomática (grupo 2). En cada uno de los subtests, el valor medio que se calcula para los adultos jóvenes es de diez. Fuente: Birren, J.E., Bulter, R.N., Greenhouse, S.W., Sokoloff, L., y Yarrow, M.R.: Human Aging, Washington, D.C., Government Printing Office, publicación de Salud - Pública N° 986, 1963, pag. 151.

Por medio de la escala de WAIS se ha podido comprobar - que la edad tiene una relación positiva con los subtests de información y vocabulario y negativa con los subtests de símbolos de dígitos, ordenamiento y completamiento de figuras.

Robert y Miles con el test de Otis, Jones y Conrad con el test de Army-Alfa, Soreson, Ruch y otros muchos investigadores llegaron a la conclusión de que entre los 22 y los 42 años existe un progresivo declive de los procesos cognitivos tanto en las personas torpes como en los dotados.

Referente a la influencia de la edad en los cambios de velocidad del funcionamiento intelectual Lorge y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que efectivamente la edad influía negativamente en la velocidad del funcionamiento intelectual pero no sucedía así en cuanto a la potencia intelectual puesto que "la capacidad de aprendizaje en términos de poder, es decir, sin límites de tiempo, se puede ver claramente que la capacidad de aprendizaje no cambia de modo significativo desde la edad de los 20 hasta los 60 años. Las personas brillantes a los 20 años no se vuelven torpes a los 60 años. Un individuo de 60 años de edad puede aprender la misma clase de conocimientos, habilidades y apreciaciones a los 60 que la que pudiera a los 20 años de edad... El individuo de los 20 a los 50 no disminuye en su capacidad para aprender o en su potencia intelectual. Sus ejecuciones pueden reducirse a causa de desviaciones en sus motivaciones, velocidad, autoconcepto o agudezas sensoriales. La edad como tal probablemente afecta poco a su potencia para aprender

o pensar. El envejecimiento lleva consigo el establecimiento de diferentes valores, metas, autoconceptos y responsabilidades. Tales cambios en los valores junto con los cambios fisiológicos, pueden afectar la ejecución pero no la potencia" (37).

Además de lo expuesto aquí existen muchas publicaciones acerca de los efectos de la edad sobre el proceso cognitivo. Sin embargo el panorama expuesto cuenta con muchas dificultades, entre otras, el hecho de que la mayoría de los trabajos sobre la medida conductual e intelectual se ha realizado más sobre el envejecimiento que sobre los ancianos. Por ello se impone un replanteamiento de la situación tal y como se deduce de los estudios más recientes. Entre los cuales merece destacar el estudio que durante varios años han venido realizando R.D. Savage, P.G. Britton, N. Bolton y E.H. Hall (38) sobre la medida y estructura intelectual y los diferentes procesos cognitivos de los ancianos. Es digno de tener en cuenta este estudio no solo por la revisión bibliográfica que hace de todos los estudios y trabajos que sobre este campo se han hecho, sino también por la aportación de nuevos datos, nuevas experiencias con ancianos y una nueva visión sobre la forma de trabajar e investigar en este campo.

Si bien todo el estudio es importante porque aporta in

finidad de datos nuevos, porque viene a confirmar la mayoría de las hipótesis expuestas anteriormente (dado que utilizaron la escala de WAIS), lo que más me ha llamado la atención es la nueva visión que nos dan sobre este campo. Así, pues, entre otras cosas sugieren que la psicología aplicada tanto en la clínica como en la sociedad, puede servirnos para una visión de la estructura o naturaleza del intelecto en los ancianos, poniendo de manifiesto tanto el nivel y componentes de aprendizaje del funcionamiento cognitivo como sus respectivos aspectos verbales y manipulativos. Por otro lado dicen que se debe evaluar el funcionamiento intelectual "per se" y conexionar estas evaluaciones con indicadores de pronósticos de ajuste social o para competir con situaciones vitales y ajuste personal. Sin embargo, es inteligente, dicen, asociar el funcionamiento intelectual con el diagnóstico médico diferencial, particularmente con la distinción orgánico-funcional. Así mismo aconsejan como método aceptable para obtener mejores resultados el utilizar la forma abreviada del WAIS, entre otras razones porque los ancianos se cansan cuando se les aplica el WAIS total.

Por nuestra parte, coincidiendo con lo que dice el Dr. Pérez y Pérez, creemos que se deberían crear nuevos sistemas, métodos y tests apropiados exclusivamente a la vejez, puesto que lo que estamos haciendo es medir de-

terminados aspectos intelectuales, de personalidad, de adaptación social, de aprendizaje, etc. con métodos y tests que utilizamos en otras edades, haciéndoles coincidir o adaptándolos a la vejez. Este sistema creemos que no es válido para esta etapa de la vida tan sumamente definida y clasificada.

Creatividad

La vejez puede ser, para quienes se preparan a ella, una etapa productiva y feliz de la vida, llena de trabajos y acciones originales y creativas.

Hay muchos autores (Revesz, Denis, etc.) que opinan que la edad no afecta negativamente a la capacidad creadora del individuo, sino por el contrario gran número de personas de talento han dado al mundo sus mejores obras después de haber rebasado su medio siglo de vida. Platón escribía grandes obras a los 80 años. Miguel Angel a sus 88 años continuaba creando bellos y originales frescos. Tiziano pintó su célebre "Descendimiento de la Cruz" a los 99 años. Leonardo da Vinci a sus 67 años pintó la Mona Lisa. Tintoretto creó abundantes obras maestras pasados los 70 años. Cervantes escribió el Quijote a los 60 años. Winston Churchill a sus 70 años tomó el mando de la nación y la sacó de su gran crisis y no solo eso sino que escribió varios libros

que le merecieron el Premio Nobel de Literatura. Pablo Casals dirigía conciertos después de sus 90 años, etc, etc., y así podríamos numerar una larga lista de nombres ilustres cuyas obras más importantes las realizaron en la última etapa de su vida.

Recientes estudios han demostrado que la creatividad y producción científica tendría su máximo apogeo después que la inteligencia llega a su máximo desarrollo. Buena prueba de esto nos la da el estudio que Denis (39) ha realizado sobre la producción científica de 156 hombres de ciencia muy conocidos que vivieron hasta los 70 años y más (de entre ellos 56 vivieron hasta los 80 años). En su estudio Denis comprobó que la disminución del ritmo de publicación era relativamente escaso hasta los 80 años: en el decenio de los 20 años, que era el menos productivo, los científicos habían publicado menos de la mitad de los trabajos publicados 50 años más tarde. Los decenios de los 40 y de los 50 fueron los más prolíficos. En cuanto a los decenios de los 60 y los 70, la producción fue del 80% y del 65% de la registrada durante los decenios de máximas publicaciones.

El hecho de que hombres ilustres realicen sus obras más importantes en la vejez se debe según Revesz a que los hombres de la tercera edad tienen "la tendencia a la concentración en el mundo interior y por el desvío de -

los influjos exteriores que perturban la atención"(40). Al ser más resistentes a las influencias del medio ambiente, les permite una mayor capacidad de concentración creadora.

Aunque, respetando esta hipótesis, podría plantearse - el inestable valor que posee el mundo experiencial propio de la 3ª edad. Con esto queremos dejar claro que si bien existe un deterioro de la inteligencia en general, determinadas funciones intelectuales, como por ejemplo la creatividad, no disminuyen o disminuyen muy lentamente en comparación con otras funciones.

Cabe decir también que el ritmo de deterioro de estas facultades va a estar muy relacionado con las diferencias individuales, el nivel cultural del sujeto y el grado de ejercitación y adiestramiento que hayan tenido y sigan teniendo dichas facultades.

Por último queremos hacer notar con este apartado que la vejez es un período crítico de involución intelectual y que existe una modificación clara, tanto cualitativa como cuantitativa de los procesos mentales intelectuales que difieren claramente de la edad adulta y más todavía de la edad juvenil y que van a modificar no solo sus concepciones respecto a la forma de vivir, sino su misma vida en sí. Tanto es así que mientras el joven y el adulto van a dirigir sus esfuerzos hacia actividades de tipo práctico y concreto, el anciano deja pa

so a todo eso para dedicarse más al sentido general de este tipo de realizaciones, a la crítica, a la organización, hacia una nueva visión del mundo, etc. debido en parte a su visión más realista de las cosas y las grandes cualidades de juicio que todavía siguen siendo patrimonio del viejo. Esto va a modificar y está modificando de hecho la forma de estar el viejo en el mundo.

Lenguaje.

Es necesario destacar en nuestro estudio sobre la vejez, dada la importancia que tiene la problemática del lenguaje en la tercera edad.

La comunicación hablada en el viejo, reviste una vital importancia no solo porque es el vehículo más importante en su relación con los demás, sino porque le permite comunicar a los otros su experiencia y vida pasada, tema importante y repetitivo en la trayectoria afectivo-social de la gran mayoría de las personas mayores. Hoy día los gerontólogos coinciden en su mayoría en la importancia de la biografía experiencial, y por supuesto en su transmisión a los demás, de las personas mayores como elemento importante para el buen equilibrio psicológico del anciano.

La comunicación de este mundo experiencial, la mayor ri-

queza que poseen las personas mayores, favorece las relaciones afectivas del anciano al mismo tiempo que le dá seguridad y equilibrio en su vida.

No cabe la menor duda que el lenguaje sigue a lo largo de nuestra vida un proceso evolutivo y cambiante, en el cual existe un enriquecimiento tanto cualitativo como cuantitativo. Sin embargo en la vejez parece existir, en general, un proceso evolutivo, proceso que no tiene por que ser, de hecho no lo és, anormal o patológico, salvo alteraciones específicas del lenguaje que no solo se pueden dar en la vejez, sino en cualquier otra etapa evolutiva del hombre.

En la vejez observamos que el lenguaje sufre determinados cambios, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo cambios debidos en parte a las limitaciones psicológicas propias de la edad, en parte a los contenidos pobres y repetitivos de los ancianos y en parte a las condiciones impuestas por la sociedad de esta última etapa de la vida del hombre.

En una palabra, el lenguaje de la tercera edad, por su peculiaridad y características diferenciales al de otras etapas de la vida del hombre y sin adentrarnos en las alteraciones patológicas que como en otras edades también se dán aquí, merece una especial atención y un detallado estudio.

Un estudio que nos clasifica muy bien que lo que creemos de suma importancia, no solo por lo breve, conciso, profundo y acertado, sino por las aportaciones y nuevas visiones que sobre la comunicación hablada de la tercera edad, nos aporta es el realizado por el Dr. Pérez y Pérez, bajo el título de "Gerontolalias y Gerontolalopatias (41).

Debido a la importancia que como anteriormente dije tiene este trabajo, puesto que estudia este campo desde una doble perspectiva: fisiológica y psicológica; y debido a la afinidad de ideas que sobre este campo, comparto con mi profesor, maestro y amigo, Dr. Pérez y Pérez, autor de dicho artículo, me he permitido aportar aquí casi íntegramente dicho estudio.

Coincidiendo, pues, con el Dr. Pérez y Pérez, creemos que en la vejez existe una forma especial y diferencial de comunicarse, forma que pudieramos denominar GERONTOLALIAS: "Se trata del modo peculiar que la persona de la tercera edad tiene para comunicarse, haciendo uso de las estructuras implicadas en esta actividad oral".

Se trata pues de una especial manera de llevar a cabo la comunicación hablada ateniéndose a la doble polaridad psicofísica y que por supuesto difiere en la encontrada por parte del niño, el joven y el adulto.

Esta modalidad gerontolálica está de acuerdo con la especial cronología que le conviene al respecto de su edad aunque matizada por el especial valor madurativo que las distintas estructuras le proporcionan.

Pero en todo caso, y aunque la diferencia, pueda ser notoria con respecto a las otras edades, nunca cae dentro de una trayectoria que vaya a ser objeto de ayuda o terapia por parte de la LOGOPEDIA.

Para dar cuenta de todas estas peculiaridades que enmarcan la Gerontolalia tendríamos que echar mano de los distintos órganos y sistemas implicados en la realización de la palabra hablada.

Perspectiva fisiológica.

1) En primer lugar citaré lo que podría denominarse un factor general en esta etapa de la vejez que por supuesto va a incidir en la configuración de la Gerontolalia.

Se trata de la usura, desgaste y disminución de la resistencia.

Todos estos factores van a caracterizar este estado vital, tanto desde un sustrato externo (las diferen-

tes estructuras) como el correspondiente a la intimidad de estas estructuras (aspectos moleculares y celulares).

Se trataría de lo que en terminología física pudiéramos homologar con el Hardware y Software.

- 2) Si tomamos en consideración esta incidencia general, vamos a deducir de ella unas manifestaciones de índole particular y que se hacen relevantes tanto a nivel de las zonas periféricas como de las centrales.

2a)

Asímismo hemos de tomar en cuenta la responsabilidad que pertenece dentro de estas estructuras a la receptorialidad, integración y efectorialidad.

Veamos como ordenamos todos estos factores particulares en sus manifestaciones a nivel de las distintas etapas que constituyen el lenguaje hablado.

2a1)

Comenzamos con la pronunciación. Esta se lleva a cabo en el individuo de edad avanzada de una forma más Matizada, Lenta y que a veces puede tomar el aspecto de una Bradilalia.

Suponemos que esta especial manera de la dicción sucede como consecuencia de una auténtica economía que vigila para ponerse de acuerdo con el desgaste que ha sucedido a lo largo del tiempo. Son los mecanismos ahorrativos de la edad. Pero todo ello, en modo alguno queda sujeto a un tratamiento.

Esta fase del lenguaje, tan periférica como es, va de acuerdo con la evolución acaecida en el aparato estomatognático, cuya estructura ha ido variando en los parámetros que le convienen a su morfología y dinámica. Junto a ellos es como se elaboran los elementos lalofonéticos.

2a2)

Todo lo que ha acaecido en este aparato periférico va a concordar con las conexiones que inevitablemente se establecen en los niveles inmediatamente superiores - que toman a su cargo la dirección y coordinación articularia. También estos denotan un cierto cansancio en las conexiones neuromoleculares y neuroglandulares así como en los centros troncoencefálicos responsables de estas ejecuciones periféricas.

En cualesquiera de los casos, la efectividad articularia se encuentra disminuida con respecto a las etapas anteriores, pero dando la medida para el desgaste

que el tiempo ha impuesto a lo largo del desarrollo.

Por todo ello, y dentro de esta articulación del geronte nos encontramos con una coordinación y regulación que se nos muestra con un cierto temblor, que sin ser patológico es muy característico del anciano.

Ello nos señala hacia una actividad que se nos aparece como una palabra emitida a golpes o también llamada a veces escandida.

2a3)

A esta lalación y articulación tan especiales, se une la merma aparecida dentro del aparato auditivo en el que a veces también interviene el sistema vestibular.

2a3.1)

Por parte del aparato auditivo nos encontramos con un grupo de escotones en las frecuencias más altas. Ello hace que esta presbiacusia resuene evidentemente en la pronunciación y articulación de la palabra.

Con ello se constituyen evidentes y complejos circuitos que tienen una finalidad adaptativa y que a su vez configuran una modalidad que pertenece por entero a la ocularidad del anciano en su vertiente linguística.

Que duda cabe que varían los umbrales auditivos y con ellos también lo hacen las respuestas fonarticulatorias.

2a3.2)

Pero junto a todo esto también es de notar el cambio por parte del sistema vestibular que va a sopesar de modo fundamental el equilibrio de esa fuerza de las palabras que se manifiesta en los parámetros musculares y neuromusculares.

En fin, estamos asistiendo a la elaboración de una auténtica idioglosia que cuando se escucha con atención podemos observar que caracteriza al lenguaje del anciano de un modo esencial.

2a4)

Para terminar en este veloz recorrido de los aspectos periféricos, no podemos dejar de apuntar la participación que corresponde a las coordenadas Fónicas y Rítmicas.

Ambas están muy emparentadas con el aparato cardiovascular y respiratorio así como el endocrino y neurológico.

Sabido es que la disminución respiratoria como conse-

cuencia de la edad, va a incidir de modo evidente en la ejecución fónica. Con ello se presenta una especial modulación en la voz que hace del acto lingüístico una realización que va de acuerdo con la fisiología respiratoria y que se manifiesta tanto en la intensidad como en la frecuencia del mensaje hablado.

Pues es cierto que la energía vocal ha de contar inevitablemente con las constantes que le pertenecen a la capacidad respiratoria en sus diversas modalidades.

Así mismo hemos de anotar la incidencia del aparato cardiovascular ampliamente considerado tanto en su continente como en su contenido ya que dentro de este último se vehicula el inevitable transporte oxidativo celular y tisular.

2a5)

Ahora bien todos estos factores quedan sometidos a una regulación y dirección central.

Todo lo que sucede con ocasión de la especial cronología que aquí estudiamos ha de someterse a la directriz que desde las áreas superiores situadas en los centros corticales y subcorticales organizan la conducta hablada.

Así es, lo que sucede con los centros de BROCA (aunque en la actualidad no se esté tan de acuerdo con el mismo); WERNICKE; zonas suplementarias; cerebro interno; las cada vez más estudiadas áreas talámicas (pulvinar); las áreas de encrucijada y las conexiones que entre todas se establecen.

Dentro de este amplio panorama neurológico-central sabemos que se realizan diversas alteraciones -por llamarlas así- a lo largo de la edad. Estas perturbaciones van a ocasionar una auténtica readaptación de la actividad central.

Entre las principales causas que inciden sobre estas zonas tenemos que contar con la continua desaparición de neuronas, con la inexcusable readaptación en los circuitos responsables de la actividad hablada.

Pero a esta disminución de las células nerviosas se une otro factor que es el proveniente de que la merma neuronal se efectúa de forma más acentuada en estas zonas neurolingüísticas ya que su aparición filontogénica es más tardía que en las otras áreas correspondientes a las actividades biocomportamentales.

Y de otro lado debemos añadir en esta panorámica gerontológica la acomodación que ha de llevarse a cabo

por parte del lenguaje, cuando así mismo se tiene en cuenta que la realización hablada se pone a contribución de los procesos cognitivos cuyo principal asiento se encuentra a nivel de la prefrontalidad y ésta se reduce fisiológicamente de un modo más rápido e intenso en esta edad.

De otra especie son las relaciones que se establecen entre el lenguaje y el cerebro emotivo.

Pero de cualquier modo podemos observar que de un modo fisiológico se pone de relevancia el retroceso de estas áreas centrales en su responsabilidad jerárquica todas ellas tan interesantes e inevitables.

Por lo mismo, van a dar un efectivo paso en una dirección que sitúa el lenguaje hablado del anciano con unas características más rígidas, escasas y deshinibidas.

Entre los otros factores que inciden sobre esta centralidad nos encontramos con la vascularidad en su especial arquitectura neurológica. Dentro de esta hemos de tomar en cuenta la participación hemática con sus acompañantes endocrino-metabólicos.

Todo ello sometido a un control y balance que se hace peculiar en el anciano.

Su repercusión lingüística hablada no se hace esperar.

A todo lo que venimos diciendo desde esta perspectiva neurológica, quiero añadir el factor energético general que incidiendo sobre el sistema nervioso lo coloca de una forma activada. Se trata de la Formación Reticular, que en esta edad colocará las actividades lingüísticas en unas coordenadas de vigilancia que le llevan a codificar, encodificar y recodificar los mensajes de un modo adecuado a las demandas exigidas por su especial cronología.

Podemos observar en la ejecución linguohablada del anciano una peculiar falta de actividad y casi de fatiga cuando se pone en relación con lo que se consideran actividades normales en la edad adulta.

Perspectiva psicológica.

Una vez repasadas las coordenadas que configuran la fisiología del lenguaje en la Tercera Edad, voy a detenerme en las que corresponden al área comportamental.

Estas son tan imprescindibles como las anteriores para configurar holísticamente el hecho comunicativo.

Procuraré en lo que sigue exponer los principales proce-

soś conductuales que convienen a la elaboración oral comunicativa y dentro de esta actividad me referiré a las conexiones con el sustrato biológico.

Y así pues, y en directa conexión con lo que queda dicho para la fisiología, paso a mostrar que una de las principales características en el marco comportamental del viejo es la que hace referencia a su atención, vigilancia o alerta.

Estos parámetros conductuales habremos de ponerlos en directa relación con el sustratum dado por la Formación Reticular (F.R.), que extensamente incluiría todos los fenómenos de Conciencia.

La baja energética en la F.R., del viejo dará lugar a una especial distracción y falta de interés.

Todo ello se correlaciona con una especial indiferencia que a veces continúa en un verdadero mutismo que al salir del mismo puede florecer como cierta jergonofasia.

En íntima relación con esta situación disminuida en los mecanismos atencionales, debemos asimismo considerar los múltiples aspectos que provienen de la amplia panorámica suministrada por el Campo Perceptivo así mismo deficitario como consecuencia del paso del tiempo pero que en la

especial situación del anciano deberemos saber calibrar en su perfecta adaptación al desgaste producido por su edad. Y ello sin caer en una patología.

Intimamente relacionado con lo anterior, se ponen así mismo de manifiesto las pseudoalteraciones motivacionales, que quedan reducidas a las estrictas necesidades de su edad, ya que no vamos a extendernos en este amplio campo en donde los cambios producidos a nivel del sueño, sociabilidad, necesidad de CO₂, así como de otros estímulos, hemos pensado que podría ponerse de modo general a contribución un circuito en el que juega un papel primordial el Haz Proencefálico Medial ya que este nexo pondría en relación los centros motivacionales (asentados en la zona diencefálica) con los prefrontales (que darían sentido integrador a nivel lingüístico de los impulsos manifestados en la comunicación). Todo ello alumbrado, en su doble polaridad excitatoria e inhibitoria, por la F.R.

Este circuito, así propuesto por nosotros no actúa en solitario, sino que establecería una inevitable conexión con aquellos que propiamente pertenecen al área comunicativa del lenguaje hablado.

Nos queremos referir a las interrelaciones que se establecen con el circuito BROCA-WERNICKE, así como otros

más cuando se toman en consideración las áreas suplementarias y las repetitivas entre otras.

Sin embargo, esta cadena interrelacional habremos de extenderla hacia los circuitos establecidos a propósito de los procesos mnésicos que a su vez se encadenan con los circuitos afectivos, sin olvidar por supuesto y dentro de esta componente emotiva la elaboración de conexiones por parte de la gestualidad que tanto periférica como centralmente colaborará en la realización del acto lingüístico hablado.

Si hablamos de todos estos componentes conductuales en su correlación estricta con los sustratos neurológicos es para proponer un modelo de interpretación que pudiera llevarse a cabo a la luz de las modernas técnicas holográficas tal y como han sido puestas de manifiesto por K. Pribram.

Todas estas coordenadas comportamentales también se encuentran desvanecidas a través del tiempo. Y con este apagamiento, aparecen dentro del lenguaje, situaciones de inhibición o de liberación que se llevan a cabo mediante procesos facultativos en otros niveles relacionados con la conducta lingüística.

Si consideramos estas situaciones propias de la vejez po

demos explicar psicofisiológicamente algunos bloqueos y perseveraciones que no entran del todo en la patología y que por consiguiente debemos justificar como una situación pertinente en la tercera edad.

En cuanto a la incidencia proveniente del área emotiva - que de tal modo colorea la actividad hablada, tenemos - que apuntar el viraje de las dominancias hemisféricas en sus variados aspectos hemisféricos tanto internos como - externos.

En íntima relación con la vida afectiva está la participación experiencial que tanto cualitativa como cuantitativamente supone una importante aportación a lo largo - del tiempo y por consiguiente va a intervenir de modo - fundamental en la vida del anciano.

Finalmente, y aunque con ello no quede concluido todo el abanico conductual vamos a referirnos a la amplia gama - que suponen los factores comprendidos dentro del área - cognitiva.

Tomando en consideración los principales componentes que configuran la cognición, estamos en la mejor línea para explicarnos el empleo que del lenguaje se hace por parte de los momentos reflexivos que aparecen vehiculados por el mismo.

Y es que, esta actitud lingüística nos delimitará la capacidad judicativa del individuo anciano, ya que suele - valerse en su normalidad involutiva de ciertos rodeos - verbales que arropan su especial razonamiento.

Todo ello supone un determinado esfuerzo que no dejará - de ser notado por parte de la capacidad lingüística disminuida en el anciano.

Y ello, tanto para la comprensión de su propio lenguaje como para la especial relación que ha de mantener con el prójimo.

No cabe duda que las estructuras gramaticales cambian a lo largo de la edad y las reglas que subyacen a la realización de la sintaxis no tienen la flexibilidad de la juventud pero si se adaptan a las necesidades señaladas - por esta especial diacronía.

En cualquier caso, lo que si interesa destacar dialécticamente es la interacción afecto-cognitiva. Tomando en consideración y de modo global esta bipolaridad se nos - aparecen de modo manifiesto el retroceso antero-posterior, supero-inferior y equi-hemisférico. Todo ello en conjunto y como resumen de los sustratos por parte de es tos dos especiales procesos.

Y es que pensamos que todo ello sucede como si el lenguaje -sobre todo el hablado- emigra a lugares más seguros y firmes. Este desplazamiento vendría dado por el desgaste a lo largo del tiempo de las estructuras responsables de la comunicación, aunque siempre -e insistimos en ello- ocurra esta trayectoria ajustándose a un equilibrio que tome en cuenta las capacidades del individuo, dentro de una homeostasis, marginando toda actitud terapéutica.

Como resumen pues de los hechos psicofisiológicos podríamos establecer los siguientes puntos:

En el área fisiológica destacamos lo siguiente:

Usura, desgaste, menor resistencia, matización, lentitud aparente incoordinación y disregulación. Expresión discontinua en palabras y frases, ciertos escotomas debidos a la presbiacusia, modulación en la fonía y ritmia, rigidez y desinhibición. Astenia lingüística o hipoactividad. Todo ello dentro de una adaptación afecto-cognitiva que va de acuerdo con un ajuste circuital para terminar en una auténtica IDIOGLOSIA que por supuesto goza de verdadera armonía.

Dentro de lo comportamental distinguiríamos resumidamente los siguientes aspectos:

Distracción; falta de interés y mutismo; disminución de la impulsividad y alteración de la emotividad manifestada por el incremento de la expresividad no oral. Añadamos a esto todo lo que proviene del acúmulo experiencial con sus peculiaridades mnésicas, van a influir en una bradilalia así como en la especial ordenación sintáctica que repercutirá en los aspectos semánticos y léxicos.

Con esto queda suficientemente clarificado el mundo de la comunicación hablada del hombre de la Tercera Edad.

2.2. Procesos sensoriales y perceptivos.

No podemos pasar por alto en esta breve descripción de los factores psicológicos que intervienen en la personalidad y afectividad del viejo, la involución y deterioro de los procesos sensoriales y perceptivos que se producen a esta edad. Dice H. Geist (42) que la capacidad para la interacción del medio interno de uno mismo con su mundo externo "depende de la capacidad de información que el organismo pueda recoger acerca del medio, la cual a su vez depende de la recepción de información por medio de los receptores sensoriales situados en las terminaciones nerviosas especiales del ojo, del oído, la piel y los músculos"; esto nos da idea de la importancia que tiene sobre todo para una buena relación psico-social del anciano y para una mayor o menor adaptación a su medio.

A pesar de que las funciones visuales han sido estudia-

das con bastante amplitud en general, en su relación - con el envejecimiento no se ha hecho casi nada. No obstante Howell (43) en un estudio hecho a 200 pacientes entre 65 y 91 años sobre la agudeza visual llegó a la conclusión de que la visión de las personas mayores puede mejorar relativamente más que la de las personas más jóvenes si se aumenta la iluminación general y que cuando la iluminación es mayor, el rendimiento del anciano es más cercano al del joven. A conclusiones parecidas llegaron Guth y otros (44) respecto a la luz que necesitaban los trabajos de los ancianos puesto que observaron que las personas de edad salían favorecidas en general, cuando el ambiente se hallaba más iluminado.

Respecto a la audición se han hecho estudios que han de mostrado que con la edad (sobre todo en edades avanzadas) suelen disminuir la audición. Así mismo se ha comprobado que con la edad también se produce una declinación de las funciones olfativas y gustativas.

Por otra parte se ha apreciado que en la vejez existe - una reducción importante de las zonas que responden al tacto, sin tener en cuenta el tipo de estímulos, esto - nos indica que hay una disminución importante en la cantidad de receptores o en la sensibilidad de estos. También se ha observado que existe una reducción considerable en la sensibilidad de la retina.

En resumen, podríamos decir, que todo el campo senso-perceptivo debiera ir precedido por el prefijo PRESBI (astenia).

2.3. Aprendizaje.

La teoría del aprendizaje dentro del vasto contexto de desarrollo de la personalidad, en esta edad es importante, puesto que el factor tiempo que tanta importancia tiene en el aprendizaje es un factor decisivo dentro del mundo psíquico y social de la ancianidad.

Riegel (45) en sus estudios de aprendizaje sobre los ancianos llegó a la conclusión de que en las tareas en las cuales es posible utilizar asociaciones (por ej. entre palabras que tienen relación lingüística y lógica) demuestran más facilidad las personas de edad porque han tenido más información y experiencias de este tipo a lo largo de la vida. Así mismo se ha podido demostrar que el individuo "adquiere de tal manera la fuerza de hábito, que este rige su forma de obrar en una gran diversidad de tareas" (46). Esto nos viene a demostrar que el anciano ante situaciones nuevas solo cuenta con una limitada serie de posibilidades y como consecuencia elige aquellas tareas en las que ha adquirido más práctica y que muchas veces le han resultado gratificantes. Esto nos viene a demostrar lo difícil y traumatizante que es para la persona anciana el adaptarse a situaciones y tareas nuevas, sobre todo si esto se hace de forma brusca y rápida.

Muchas investigaciones y trabajos sobre el aprendizaje han demostrado que en éste influyen las prácticas anteriores. Esto es importante en esta última etapa de la vida, puesto, que el anciano posee una clara experiencia práctica muy larga, sin embargo hay que tener presente que otros estudios han demostrado que si se ha aprendido una tarea, la experiencia previa, ya no es tan importante para el aprendizaje con lo cual al viejo se le cierran muchas posibilidades para aprender.

Los estudios referentes a la edad y el aprendizaje en animales, principalmente en ratas, demuestran que existen déficits acentuados en el aprendizaje de las ratas viejas. Causadas por ciertas variables tales como percepción, motivación y debilitamiento senil, si bien hay que tener en cuenta que estos déficits no son uniformes.

Referente a los efectos que produce la edad en el aprendizaje y memorización de pares de palabras, Glaus y Braun (47) realizaron un estudio en el que se daba a cada sujeto una lista de 8 pares de voces relacionadas para que las aprendiese. Después de este aprendizaje inicial los sujetos estudiaron otros pares de vocablos de diversos grados de similitud al de los pares originales. A continuación cada sujeto volvió a estudiar la lista inicial y dos minutos después de haber estudiado la lista interpolada. Los resultados de este estudio pueden verse en la gráfica siguiente:

PROMEDIO DE RAPIDEZ EN EL APRENDIZAJE Y PUNTAJES
 DE MEMORIZACION DE PARES DE PALABRAS, SEGUN GRUPOS
 DE DIVERSAS EDADES

Tipos de evaluación	Grupos de edades		
	20 a 29	40 a 49	60 a 72
Puntajes brutos medios:			
Aprendizaje original	14,8	19,7	23,3
Aprendizaje interpolado	10,9	15,2	17,7
Aumentos	3,9	4,5	5,6
Memorización	4,3	4,0	3,3
Puntajes transformados:			
Aprendizaje original	79,98	59,65	53,30
Aprendizaje interpolado	116,88	80,88	72,30
Aumentos	36,90	21,23	19,00
Puntajes ajustados:			
Aprendizaje original	85,78	59,18	48,10
Aprendizaje interpolado	112,23	59,18	48,10
Aumentos	26,45	24,30	25,71
Memorización	3,90	4,14	3,52

Fuente: Gladis M., y H. W. Braun: "Age differences in transfer and retroaction as a function of intertask response similarity". J. Exper. Psychol., 55, 1958, pag.28.

Ultimamente varios autores han demostrado que el aprendizaje y la retención a corto plazo mejora cuando el - viejo recita el material en voz alta. Tanto es así que Arenberg (48) ha llegado a decir que puesto que el mate rial presentado en forma visual para su retención a cor to plazo suele convertir en una reserva auditiva, la - efectividad de este proceso de almacenamiento es muy re ducida en los viejos puesto que las personas tienen dificultades para convertir los estímulos visuales en au ditivos, cosa que no sucede así con las respuestas ver bales que facilitan mucho el almacenamiento auditivo y como consecuencia el aprendizaje.

Ruch (49) en los diferentes estudios realizados con muchas clases de aprendizaje llega a la conclusión de que la calidad de éste aumenta desde la niñez hasta la edad adulta pero que luego se observa un declive en la rapidez y en la exactitud. Sin embargo, parte de este cambio que se produce con la edad se puede atribuir a factores que no tienen nada que ver con la capacidad de - aprendizaje, puesto que tanto el aumento como la dis minución en el aprendizaje dependen mucho del material a aprender.

Lo que se queda claro es que el joven aprende con mayor exactitud y más rápidamente que el viejo. En las perso nas mayores los aprendizajes son mucho más lentos debi-

do en parte a la falta de interés, de suficientes estímulos, de motivaciones, a la pérdida de la agudeza visual y a la intervención de aprendizajes previamente lo grados.

El aprendizaje, pues, en general, se vé deteriorado gran demente con la edad. Existen muchas teorías que quieren dar explicación a dicho proceso, entre otras tenemos la teoría de la maduración-degeneración del sistema nervioso, la cual, demuestra que el aprendizaje aumenta progresivamente hasta cierta edad a causa del desarrollo del sistema nervioso, pero por el contrario se produce una disminución de dicho aprendizaje con la degeneración que se produce en el sistema nervioso en la vejez.

Otros autores opinan que la falta de oxigenación suficiente y la alteración del metabolismo del cerebro son causas importantes en la deficiencia del aprendizaje en la vejez (aquí se implicarían todos los aspectos bronquiales del SN).

Por otro lado hay autores que consideran que la disminu ción de la capacidad de aprendizaje se debe por un lado a la disminución de la agudeza sensorial, de la percepción y de los impulsos fisiológicos y por otro a la fal ta de motivaciones, necesidades, intereses y actitudes hacia el aprendizaje, también se ha puesto de manifiesto la ansiedad tan grande que embarga a los ancianos -

ante situaciones de aprendizaje, sobre todo cuando compiten con los jóvenes.

Por último hay quienes opinan que las diferencias individuales son una de las principales causas del aprendizaje, juntamente con el grado de cultura y de ejercitación a lo largo de la vida.

Estos breves apuntes sobre el aprendizaje en la vejez nos llevan a tener presente y valorar la importancia e influencia tan grande que tiene este campo en el desarrollo personal, psíquico-social y afectivo del anciano.

Por último queremos dejar claro que a pesar de las investigaciones expuestas y realizadas, el anciano conserva gran parte de su capacidad de aprendizaje, por lo que creemos que sigue siendo válido el refrán que dice "nunca es tarde (para aprender) si la dicha es buena".

2.4. Memoria-Atención.

La memoria es otro de los elementos que sufre un fuerte deterioro con la edad de acuerdo a los resultados tan deficitarios que los ancianos obtienen en los tests sobre todo por lo que se refiere a la fijación y evocación de recuerdos recientes, el anciano es capaz de citar sin dificultades cualquier artículo leído, hace cua

renta años y en cambio olvidarse del libro leído días o semanas pasadas. Asimismo se ha podido comprobar que disminuye notablemente el grado de atención y que la imaginación es mucho menos viva.

Todo esto se debe en parte a que las personas de edad avanzada son más sensibles a la fatiga, su capacidad y potencia de trabajo está muy debilitada y disminuída y no pueden sostener por mucho tiempo un esfuerzo continuado.

En cambio hay una serie de recuerdos fijados en la memoria que el viejo guarda y que persisten a lo largo de la edad, como dice G. Lyonuais "los recuerdos automáticos" persisten íntegros, como por ej. los cuentos aprendidos, las canciones, los textos antiguos y las adquisiciones profesionales. Todo esto explica, (sigue diciendo el autor) en parte, la resistencia del viejo a los datos nuevos, verdadero miedo del progreso, justificado por la amargura de no poder incorporarlo fácilmente al fondo antiguo" (50).

Gran parte de las dificultades de comunicación de expresión y de rechazo a los demás se deben en el anciano a esta falta de memoria mediata que le permita seguir con facilidad el ritmo de los demás, como consecuencia existe muchas veces un retraimiento sobre sí mismo.

Hay autores que opinan que el deterioro de la memoria - no es solamente producido por procesos fisiológicos sino que va íntimamente relacionado con la inteligencia. Entre otros Sosset (51) sostiene que la amnesia de fijación del viejo, por muy pura y fisiológica que sea, - coexiste necesariamente con un cierto grado de debilitamiento intelectual generalizado.

La pérdida de la memoria en la vejez se debe a dos causas importantes "de un lado disminuye el interés en fijar una serie de datos del presente y de otro, también se debilita lentamente la capacidad de concentración de la mente en el magno esfuerzo evocativo y reconstructivo de las imágenes pretéritas, (52).

Por otro lado hay que tener en cuenta que el viejo tiene dificultades de adquirir datos nuevos y presentes entre otras cosas porque se encuentra muy preocupado por sí mismo y por su existencia como para detenerse a aprender y recordar el mundo que le rodea.

Otra causa importante del olvido del anciano viene justificada por sus deterioros neurofisiológicos. Con la edad, la actividad de los centros corticales va debilitándose se vuelve más lenta y se produce una continua - disminución del rendimiento global del trabajo mental y como consecuencia inmediata, de la memoria.

Este paulatino deterioro memorístico viene comprobado - por infinidad de estudios realizados con diferentes tipos de tests, entre otros con la escala de WAIS como hemos visto anteriormente en el aprendizaje. Además de - la pérdida gradual de la memoria se ha podido comprobar una clara y acentuada pérdida de la atención, el viejo no es capaz de concentrarse y menos cuando la tarea a - realizar es larga o mental.

Si bien no queremos hacer una explosión de los trabajos que sobre este campo se han hecho y sobre las teorías - que se han dado, si queremos dejar claro que la pérdida gradual y paulatina de la memoria va a influir de una - manera decisiva en los procesos de comunicación del viejo y sobre todo en su estructura personal, esto le llevará a un cambio paulatino de actitudes, intereses y motivaciones, y como consecuencia a una modificación en - su proceso afectivo con los demás.

Por último queremos concluir diciendo que si bién la memoria sufre un deterioro según transcurren los años, éste no es de tal magnitud que no pueda mitigarse buscando mejores métodos para retener, recordar, y reconocer. Ahondando en esta línea Rodríguez Pastor viene a decir que "no hay mejor modo de mantener la mente clara que - mantenerla activa". No teman la pérdida de la memoria. La memoria es cuestión de atención. Hay que discipli-

narse en prestar atención, en saber escuchar, en concentrar la mente en lo que se está haciendo. Está probado que el cerebro que se mantiene activo, el cerebro del - intelectual, puede mantenerse en perfecta salud hasta - los 85 años por lo menos" (53). Como ampliación y resumen a lo expuesto, propondría que se de una inter-relación

ATENCION
 ↕
 Memoria ↔ Afectividad

2.5. Habilidades Psicomotrices.

Entendemos por habilidades psicomotrices aquellas acciones o actividades en las que intervienen movimientos voluntarios coordinados del cuerpo con la capacidad del - hombre para ejecutar dichos movimientos. Sin embargo a pesar de que se sabe y se ha comprobado experimentalmente que a partir de los 45 años las reacciones psicomotrices a diferentes estímulos, la adaptación a determinadas tareas, la fatigabilidad y la lentitud en la que el anciano manifiesta sus acciones motrices no se sabe con certeza si esto se debe a cambios en los órganos de los sentidos, a los mecanismos centrales, o bien estos cambios son genéticos e irreversibles y/o producidos por algún factor que se pueda modificar e incluso provenir.

Si consideramos detenidamente la acción psicomotora - muscular del anciano, comprobamos que "la impulsión del acto no se modifica, la puesta en movimiento se alarga manifiestamente... El desarrollo del movimiento y su

prolongación plantean el problema de la fatigabilidad... y la parada voluntaria, finalmente, una vez que la acción ha llegado a su término, es también ligeramente perturbada" (54).

Las pruebas realizadas en este campo nos vienen a demostrar que el rendimiento físico del ser humano alcanza su culminación a los 30 años y después desciende paulatinamente, esto en parte es debido a "las diferentes alteraciones articulares y musculares, a la pérdida de la fuerza física, a las diferencias circulatorias y a la disminución de la agudeza visual, entre otras razones de tipo biológico y neurológico.

Los estudios de Weiss (55) demuestran que en las pruebas de destreza, capacidad y atención los mejores resultados se obtuvieron a los 28 años y en los de agudeza de los sentidos la disminución empezaba a los 38 años. En cambio en las pruebas que estaban basadas en la experiencia adquirida durante toda la vida en una determinada tarea o profesión la disminución de la capacidad se observaba a partir de los 50 años.

También se han hecho estudios respecto a la relación de la inteligencia en los procesos psicomotores y se ha comprobado que en los trabajos que requieren más inteligencia, la incapacidad se inicia más tarde.

K. Weiss y Ehinger (56) han demostrado por un lado que existe una pérdida real, global y rápida de la velocidad de ejecución, pero por el contrario, se conservan la exactitud y la precisión, y por otro que el nivel cultural retarda la disminución de la capacidad psicomotora. Así pues, en sus diferentes estudios y trabajos encontraron que los rendimientos de las mujeres cultas, aún inexpertas y que se consideraban torpes, eran muy superiores a los de las obreras y que el deficit psicomotor medible de las mujeres obreras comenzaba 4 o 5 años antes que el de las mujeres cultas.

Otros estudios han demostrado que existe una diferencia sustancial entre viejos y jóvenes por lo que se refiere a los tiempos de reacción, esto se debe en parte a que las personas de edad tienen más dificultad para superponer la preparación de un movimiento con la ejecución previa de otro, en parte porque las personas mayores efectúan sus movimientos con más cuidado y minuciosidad que las jóvenes, o es probable dice H. Droller (57) que el aumento del tiempo de reacción en las personas de edad se deba a cambios físicos, dado que la gente expuesta a caídas se ha considerado que médicamente es menos apta que las personas que no tienen tal propensión.

Una buena prueba de la influencia de la edad en los cambios de las habilidades motrices evaluados por medio de

los tiempos de reacción, nos va a dar los diferentes estudios realizados sobre este campo que a continuación exponemos y que como podemos apreciar existe un ligero aumento en los tiempos de reacción según nos aproximamos a edades avanzadas.



ARCHIVO

TIEMPOS DE REACCION SIMPLE (EN SEGUNDOS) (58)

AUTOR	TIPO DE REACCION °	13-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	80-89 años	OBSERVACIONES
Galton (1899): véase también Koga y Morant (1922)	Apretar una llave en respuesta a un sonido.	0,187	0,182	0,181	0,190	0,186	0,206	0,205	Los sujetos fueron formados entre los visitantes de una muestra internacio- nal de la salud. - Las cifras han si- do calculadas en - forma aproximada, según las suminis- tradoras por Koga y Morant.
	Soltar una llave en respuesta a un sonido.	0,158	0,154	0,158	0,159	0,157	0,167	0,174	.....
Miles (1931a)	Apretar una llave en respuesta a -- una luz.	0,23	0,24	0,22	0,20	0,28	0,30	0,28	Entre los 100 suje- tos que se tomaron hubo menos pertene- ciantes a las sub- divisiones de 20-29 y 80-89 años que a las restantes. En tre los de la pri- mera, la edad fue de 25 a 29 años....
	Apretar una llave en respuesta a un sonido.	.....	0,21	0,22	0,22	0,23	0,23	0,26	0,28
	Levantar un pie - en respuesta a un sonido.	.....	0,22	0,22	0,24	0,24	0,26	0,27	0,30
	.....	.....	0,22	0,22	0,24	0,26	0,26	0,27	0,30
Bellis (1935)	Apretar una llave en respuesta a -- una luz.	0,24	0,22	0,26	0,27	0,38	20 sujetos por ca- da subdivisión, con excepción de la de más años, en la que hubo 10. La canti- dad de hombres y de mujeres fue la mis- ma en todas ellas Los resultados equi- valen al promedio de las cinco mejo- res interpretacio- nes de cada sujeto
	Hombres	0,32	0,26	0,34	0,36	0,44	.....	.....	.....
	Mujeres	0,32	0,26	0,34	0,36	0,44	.....	.....	.....
	Apretar una llave en respuesta a un sonido por auricu- lares.	0,23	0,19	0,24	0,25	0,37	.....	.....	.....
Hombres	0,31	0,20	0,30	0,30	0,42	.....	.....	.....	.....
Mujeres	0,31	0,20	0,30	0,30	0,42	.....	.....	.....	.....

De Silva (1939)

"Tiempo de reacción para el frenado" en un test preparado para simular la conducción de un vehículo (el sujeto levanta el pie del pedal de acelerador y lo pone en el freno al ver el destello rojo de la luz de tránsito).

0,418 0,418 0,428 0,442 0,445 0,465

2.000 sujetos. En las columnas respectivas, la edad fue de 16-19 y de 61-65 años. Las cifras sólo son aproximadas y fueron tomadas de un gráfico perteneciente al trabajo de De Silva.

Fieandt et al. (1956)

Apretar un botón en respuesta a una luz

0,228 0,201 0,201 0,217 0,212 0,217 0,245 0,353

Las edades fueron las siguientes: -- 11-14; 21-24; 29-36 39-47; 49-56; 69-79 y 80-88 años. Los 120 sujetos participaron realizando cinco interpretaciones. De éstas las dos extremas no se consideraron de modo que los resultados son los promedios de los tres restantes.

{ Respuesta a la luz
{ Respuesta al sonido

Cesa Bianchi (1955)

..... 0,215 0,186 0,202 0,207 0,214
..... 0,157 0,161 0,179 0,167 0,187

268 sujetos, en su mayoría de 30 a 59 años. La subdivisión de más edad fue de 60-66 años. Se dan puntajes muy amplios por cada sujeto.

o Todo se efectua con la mano, a menos que se especifique otra cosa.

De todo lo expuesto anteriormente podemos concluir con P. Maraillet que: "Primero existe una alteración del desarrollo motor del acto en el viejo, segundo el envejecimiento de las aptitudes psicomotoras está lejos de empezar en períodos semejantes para todas las funciones - (algunas funciones empiezan a alterarse a los 20 años), y tercero el nivel cultural parece tener un influjo de freno sobre el envejecimiento psicomotor en su conjunto" (59).

Todo esto nos dá idea de la importancia que tienen los aspectos psicomotores en la vida tanto social como de esquemas personales en la vida del anciano, puesto que la dificultad psicomotora nos les permite resistir determinados actos sociales, les dificulta su trato con los demás y les crea situaciones de inseguridad a nivel personal.

2.6. Motivaciones, actitudes e intereses.

Motivación

El problema de la motivación es muy importante para las personas de la tercera edad puesto que va a ser una variable imprescindible en los procesos de comunicación y adaptación social de los ancianos. Sin embargo las motivaciones de los ancianos no son fáciles de fijar y va

lorar como en otras edades, puesto que se complican excesivamente a causa de las exigencias sociales, la falta de estímulos, los problemas fisiológicos, psicológicos, etc.

A veces los viejos se resisten a encarar actividades - que puedan poner de manifiesto algunas de sus deficiencias y como consecuencia el grado de motivación es muy bajo.

En la administración de los tests el grado de motivación es muy importante puesto que puede variar sensiblemente los resultados, tanto es así que en los tests de inteligencia de las personas mayores se ha comprobado - que la falta de motivación ha influido negativamente en los puntajes.

Los cambios de motivación en los ancianos suelen ser de carácter muy general y conservador "se evitan los riesgos, se aminora cuanto constituya una exigencia para el intelecto o para el cuerpo, y se preserva el tiempo y - la energía emocional" (60).

La motivación del viejo en general depende de sus diferencias individuales, de sus primeras experiencias, de sus capacidades, de su educación y cultura, de la mayor o menor realización dentro del ambiente que le rodea, - etc.

Intereses

La mayoría de los estudios y trabajos referentes a los cambios de intereses en la vejez y en otras etapas de la vida se deben a Strong.

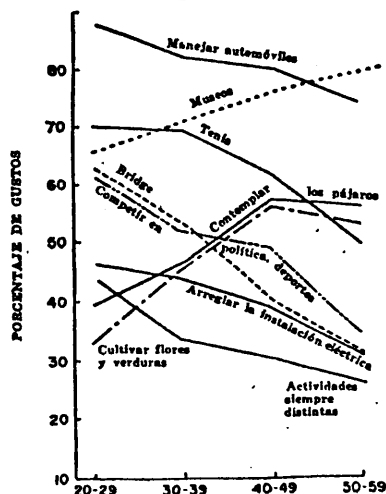
Parece ser que el cambio de intereses es muy vasto alrededor de los nueve años, después empiezan a declinar los intereses y en la vida adulta y a medida que el hombre madura se va ocupando cada vez más de un número menor de actividades pero lo hace con mayor intensidad y profundidad que en la niñez o en la juventud.

A medida que avanza la edad, las personas tienden a reducir sus intereses hacia actividades sociales huyendo poco a poco de los que se dan en grandes grupos, de hecho en la vejez aumenta considerablemente el interés por la lectura, ver museos, etc., y disminuyen la tendencia a las diversiones. Los ancianos suelen disfrutar de las variedades y espectáculos de ingenio, mientras que a los jóvenes les gustan los dramas y las películas de misterio.

Un dato importante en este campo es que con la edad se va adquiriendo estabilidad en los intereses al mismo tiempo que se van reduciendo.

Strong (61) en un estudio realizado para ver los cambios de intereses que se dan con la edad llegó a los siguientes resultados: (Ver Fig.).

1. Existía una gran diferencia entre los items que se referían a actividades dinámicas y de competición y las sedentarias y no competitivas.
2. Aparecía con gran fuerza en edades avanzadas el gusto por una ocupación en particular, por actividades de lectura y por las que se desarrollan en soledad (cultivar flores, etc.).
3. Se observa asimismo un aumento de las inclinaciones a pasar las noches en el hogar, a conocer las galerías de arte, a pronunciar conferencias, etc., en cambio disminuía el interés por manejar automóviles por las comedias musicales, por jugar al tenis y por la investigación.



Cambios en distintos intereses según la edad, estimados por el test de Strong. Fuente: Pressey, S.L., y Kuhlen, R.G.: Psychological Development Through the Life Span, Nueva York, Harper & Row, - 1957.

Strong además observó que lo que más gusta a los 25 años es lo que más suele gustar a medida que aumenta la edad y que lo que menos gusta a esta edad también suele gustar menos con la edad.

Varios autores han demostrado que la dedicación de los ancianos a distintas actividades y hobbies depende en gran parte del nivel cultural y de educación, así por ejemplo, el tiempo dedicado a no hacer nada era mucho mayor en los obreros no especializados jubilados que en las personas instruídas. Asimismo en un estudio realizado por Vogel S.B. y Schell E.R. (62) para ver los efectos de la edad y el retiro en el tipo de intereses en una residencia de ancianos de Nueva York, donde todos los sujetos eran judíos y pertenecían a la clase baja, habían tenido experiencias profesionales parecidas y nivel de educación también muy similar, se llegó a la conclusión de que los hombres que se habían retirado más jóvenes, comparados con los mayores, manifestaban un interés más marcado por las actividades solitarias, independientes. Los retirados mayores, comparados con los más jóvenes, tenían más interés por las actividades relacionadas con la interacción social y por las que suponen responsabilidades de supervisión. Por eso entre los ancianos de un nivel socio-económico y cultural bajo el incremento de los años de retiro y de la edad parece tener relación con el interés más pronunciado por

actividades sociales y por la participación en lo social. Con este estudio podemos concluir que el grado y el tipo de cambio en las formas de interés dependen del nivel educacional y socioeconómico. Esto se puede deber entre otras cosas a que los sujetos que tienen un elevado nivel cultural y una posición económica alta pueden poseer mayores recursos internos y externos de tal forma que aunque sean ancianos y estén jubilados, es posible que conserven determinadas formas de participación social muy uniformes y que como consecuencia mantengan su interés. En cambio en las personas que disponen de limitados recursos culturales y socioeconómicos se suelen encontrar grandes diferencias de intensidad en cuanto a los diversos intereses, sobre todo al llegar la jubilación y en edades posteriores.

Por otra parte se ha comprobado que la dedicación a los hobbies disminuye paulatinamente desde los últimos años de la adolescencia hasta mitad de la edad adulta, vuelven a aumentar hacia los 50 años y hasta los 70, para a partir de esta edad decrecer paulatinamente y progresivamente.

Actitudes y valores.

El desarrollo de la adquisición de las actitudes y valores de las personas de la tercera edad y de la sociedad

hacia esta época de la vida del hombre depende de una amplia gama de influencias, tales como, la familia, grupos sociales donde se ha vivido, experiencias individuales, esquemas y estructuras personales, etc., todo esto da lugar a una gran variedad de opiniones acerca de las personas y del ambiente en general que rodea al anciano y modifica en el viejo gran cantidad de actitudes y valores que antes tenía bien establecidos.

Kogan y Wallach (63) efectuaron un estudio sobre las actitudes y valores en la vejez y comprobaron que las personas mayores de ambos sexos tuvieron mejor opinión sobre los negros y la jubilación que los jóvenes. También observaron que los ancianos tienden a reaccionar de forma más favorable frente a conceptos que implican desventaja, extranjero, etc. y son más benignos que los jóvenes respecto a la muerte pero no sucede así en cuanto al amor, donde demuestran una mayor rigidez que los jóvenes.

Kogan y Shelton (64) realizaron un estudio sobre las actitudes de los jóvenes y de los ancianos sobre los temores de estos últimos y llegaron a la conclusión de que los ancianos lo que más temían era a la muerte, en cambio los jóvenes opinaban que los ancianos lo que más temían era a la falta de dinero.

Se ha podido comprobar así mismo que la actitud de los ancianos hacia los demás viejos está en relación con el nivel cultural y socioeconómico más que con la edad cronológica.

Por último creemos con Rosenfelt que las ideas y actitudes que se sustentan dentro de un grupo respecto a la ancianidad se forman "a partir del menosprecio por la ineficacia del anciano que da lugar al rechazo del joven y le lleva al fin, a que se estrechen filas"(65). Esto demuestra claramente la actitud, que en general se tiene de esta última etapa de la vida del hombre, actitud que crea en el viejo determinadas actitudes y valores nuevos cargados de gran agresividad hacia la sociedad en general.

2.7. La personalidad en la vejez.

Aproximación histórica.

Sin duda alguna la personalidad es una de las variables más importantes que han indicado y están indicando constantemente en el proceso de adaptación e integración personal, social y afectiva del hombre de la tercera edad.

A lo largo de la vida del hombre se ha ido forjando poco

a poco su personalidad, ha reaccionado de determinada forma ante los diferentes estímulos sociales, ha vivido diferentes situaciones que le han dado una experiencia y una forma de pensar características, ha actuado de una manera propia y peculiar y por último podríamos decir que ha vivido de una forma muy personal que le ha dado un carácter propio e individual, en una palabra se ha ido forjando su personalidad.

Como dice Bronley (66) la personalidad individual se reconoce y es definida por la consistencia y regularidad de las formas y maneras de comportarse y de actuar elaboradas a lo largo de la biografía del sujeto.

Estas formas y maneras de actuar y de vivir se van consolidando y tomando fuerza desde muy temprana edad para llegar a la edad madura o incluso antes a consolidarse y tomar forma propia e individual para llegar a la vejez a acentuarse poderosamente y a veces a desbordarse y salirse de los límites marcados durante toda su vida.

Uno de los pioneros de la psicología, W. James (67) apuntaba que a la edad de 25 años ya se pueden ver la maneirismo profesional aparición de los jóvenes comerciantes, doctores, jueces, etc., así como las primeras marcas en el carácter los primeros trucos del pensamiento, prejuicios, maneras de comportarse, etc. Es conocido

por todos que en la mayoría de nosotros ya la edad de 30 años el carácter se vuelve duro como el yeso para no volver a ablandarse nunca más.

Si bien en la vejez a causa de los diferentes cambios - psico-sociales, fisiológicos y de la inteligencia, la personalidad cambia; existe no obstante un núcleo central de dicha personalidad que no cambia y que es el que se ha ido formando poco a poco a través de las experiencias y formas de vida del sujeto a lo largo de su vida. No obstante tenemos que admitir que el ambiente y la forma de reaccionar de las personas que rodean al anciano influye decisivamente en el cambio y modificación de gran parte de los rasgos y variables de la personalidad del viejo.

Dentro de la residencia, la forma de actuar de los profesionales que la llevan, la vida y formas de comportamiento de los demás ancianos, la falta de relaciones sociales dinámicas y externas a la residencia, la poca capacidad de iniciativa que se les deja, etc., están incidiendo en la forma de ser, vivir y actuar del anciano de estos centros, y como consecuencia en su personalidad.

Teniendo presente pues que durante la vejez permanece este núcleo central de la personalidad, hecha a lo largo de la vida, tenemos que admitir que existen abundan-

tes cambios de personalidad debido en gran parte al hecho de que en la vejez los valores y actitudes cambian, se desean y esperan otras cosas de la vida, las necesidades sociales y sexuales se alteran, así como la apariencia física, las formas de vivir y las relaciones familiares. Todo esto modifica y cambia la estructura de la personalidad en algunos casos profundamente, en otros refuerza determinados rasgos anteriores de personalidad y los hace más rígidos, menos flexibles y más drásticos y por último en otros casos anula o altera determinados rasgos y procesos de personalidad. Por eso vemos que el anciano se vuelve a veces muy rígido en sus comportamientos, es decir, tiene dificultades para modificar una respuesta o comportamiento nuevo.

Otro tipo de conducta y forma de ser que tienen los ancianos y que va a incidir en el proceso de personalidad es el hecho de que en la vejez se tiene menos motivación menos iniciativa, menos entusiasmo y apoyo para acometer cualquier nueva acción.

Pocos estudios se han dedicado al estudio de la personalidad en la vejez, entre otras cosas porque las complicaciones metodológicas hacen el problema increíblemente difícil. Los estudios realizados sobre la personalidad en la vejez han sido hechos desde diferentes puntos de vista: medida de personalidad, adaptación, concepto de

sí mismo, enfermedades mentales, etc., con lo cual no tenemos todavía un estudio completo sobre la personalidad del anciano entre otras razones como ya hemos apuntado varias veces porque no se ha estudiado a la vejez como una etapa más del desarrollo humano con identidad propia y por lo tanto no se le ha tratado como tal.

La emoción y el neuroticismo que han sido investigados en la vejez. Willoughby (68) en un estudio realizado sobre las relaciones emocionales en la vejez llegó a la conclusión de que el neuroticismo se incrementa considerablemente entre los 60 y los 80 años, esto se debe en parte a que la vejez es un periodo de abundantes situaciones de stress.

En cambio Rorschach (69) opina que con la edad se va perdiendo la capacidad de introversión y tiende a ser una persona de tipo coartativo. Con la edad, sigue diciendo Rorschach, existe un incremento de estereotipos y una disminución de la libertad de relaciones. En un estudio realizado con 50 ancianos de 60 años de edad, de los cuales 30 eran de residencias y 20 vivían fuera de ellas, llegó a la conclusión de que existía una disminución de la capacidad para hacer uso de sus propios recursos personales y que las respuestas emocionales eran lábiles y tenderían al egocentrismo. Asimismo la capacidad para establecer relaciones satisfactorias con

los demás estaba considerablemente reducida. A resulta dos parecidos llegaron Prados y Fried (70) en un estudio realizado con la prueba de Rorschach a 35 personas entre los 50 y los 80 años.

Davidson y Kruglov (71) realizaron también un estudio con el Rorschach a 46 hombres y mujeres de 61 a 91 años y llegaron a la conclusión de que los aspectos de la personalidad tales como la productividad y el impulso tienden a decrecer, asimismo aparece una defectuosa percepción de la realidad y decrece bastante la capacidad de creación y de pensamiento original; las respuestas emocionales estaban disminuídas y la adaptación en general era menos adecuada que en las personas jóvenes.

Otros estudios realizados con el Rorschach sobre los an cianos con resultados parecidos son los de Light y Anick (1956), Ames (1960), Vinson (1961), etc.

Ha habido otros investigadores que han tratado de explorar la personalidad por medio del TAT, entre estos estudios merece destacar Peck y Berkowitz (72) quienes realizaron un excelente estudio con los ancianos sin llegar a encontrar en el análisis de dicho test diferencias significativas debidas a la edad. En cambio Rosen y Neugarten (73) encontraron en las historias del TAT que los viejos veían el mundo más complejo y peligroso

y se sentían manipulados por él, y que las dimensiones del ego disminuían en efectividad. A pesar de que sus historias eran más conflictivas no aparecían emociones fuertes, ni actividades vigorosas. Todo esto llevó a Neugarten a concluir que la personalidad cambia significativamente con la edad.

Los estudios realizados con el MMPI, 16PF, MPI, demuestran asimismo cambios en los rasgos de la personalidad con un incremento de la emocionabilidad y de la ansiedad.

Varios han sido los autores que han estudiado los cambios de la personalidad en la vejez por medio del MMPI:

Brozek (1959), Aaronson (1958, 1960, 1964), Calden y Hokanson (1959), Coppinger y otros (1963), Edwards y Wine (1963), etc. El estudio de Brozek (74) es el que más nos ha llamado la atención: correlaciona dos grupos uno de estudiantes de 17 a 25 años y otro de obreros y profesionales de 45 a 55 años. Las conclusiones a las que llegó Brozek podríamos resumirlas en lo siguiente: en casi todas las escalas el grupo de los viejos puntúa mayor número de items en el diagnóstico de dirección; las personas mayores puntúan más alto en las escalas de neuroticismo y en la escala de paranoia; los jóvenes puntúan más alto que los viejos en tres escalas:

psicastenia, esquizofrenia y manía. Hardyck (1964)(75) hizo un estudio con mujeres para compararlo con el estudio de Brozek y encontró que las mujeres mayores puntuaban más alto que las jóvenes en las escalas de hipocondría e histeria y más bajo en las escalas de manía y feminidad. Aaronson (76) en los diferentes estudios realizados sobre la influencia de la edad en los cambios de personalidad llega a la conclusión de que la edad influye decisivamente en la personalidad sin embargo admite que todavía hacen falta muchos más estudios y datos para poder dar una visión más completa y realista de la personalidad de los hombres de la tercera edad.

Swenson (1961) (77) encontró una mayor puntuación por parte de las personas mayores en las escalas de histeria, hipocondría, depresión y esquizofrenia, del MMPI. Asimismo observó que tanto los viejos normales como los que tenían algún problema de tipo psíquico puntuaban más en la escala de neuroticismo que en la de psicotismo.

Se han hecho muchos más estudios con el MMPI, para ver la influencia de la edad en la personalidad y casi todos vienen a coincidir en el hecho de que si existen cambios pero que estos no llegan a modificar la estructura central de la personalidad sino solamente determinados factores o dimensiones de ella.

Así pues Slater y Scarr (78) en un estudio realizado con 211 sujetos de 65,9 años de media llegaron a la conclusión de que la estructura de la personalidad no parece cambiar con la edad pero en cambio determinadas dimensiones de ésta sí cambian y se modifican.

Otros investigadores han tratado de medir la personalidad del viejo con otro tipo de tests, por ejemplo, Cameron (1967) (79) utilizó en su estudio para medir la introversión y el egocentrismo el EPI; observó que ambas dimensiones estaban incrementadas en la vejez sobre todo en las mujeres.

Byrd (1959) (80) mediante el test de personalidad de Cattell observó que la ansiedad se incrementaba en la adolescencia, decrecía rápidamente hasta los 40 años para volver a crecer después lentamente hasta la década de los 60. Parece ser como si los viejos volvieran, por lo que a la ansiedad se refiere, a su etapa de adolescentes.

Sealy (1965) (81) realizó un estudio con el 16 PF con personas comprendidas entre los 16 y los 70 años y obtuvo los siguientes resultados: tanto hombres como mujeres tienden a ser más deprimidos y melancólicos, más aventureros y sociables, más bohemios y más realistas afectivamente con la edad.

A similares resultados con el 16 PF llegaron Schaire y Strotter (1968), Goldwin y Schaire (1969), Cattell y otros (1970), Meanehile, Fozard y Nuttall (1971), etc.

Uno de los estudios más recientes y completos realizados en este campo en el que Savage y otros (1977) (82) han hecho durante once años con ancianos de comunidades institucionales y hospitales. Entre las diferentes conclusiones a las que llegaron podríamos apuntar como interesantes las siguientes: dan una gran importancia a las diferencias individuales y sociales en el proceso de la personalidad del anciano, apuntan a la personalidad como uno de los factores predictivos más importantes de las relaciones entre los niveles de actividad social y los de satisfacción de la vida, han observado que no existen diferencias significativas entre los ancianos introvertidos y los normales en el proceso de adaptación, los ancianos introvertidos tienden a tener más mecanismos de defensa y tienden a ser menos estables emotivamente que los normales, en cambio no encontraron ninguna diferencia significativa entre los dos grupos por lo que se refiere a su adaptación personal. Por último consideran que en esta edad los modelos de personalidad deben estar integrados con los procesos cognitivos. Asimismo consideran que se deberían hacer más investigaciones longitudinales sobre la personalidad en la vejez si se quieren obtener buenos resultados y para

poder acercarnos más a la realidad del anciano.

Un estudio que merece tener en cuenta es el realizado - por H. Thomas (83) sobre los determinantes de la consistencia y cambio en el desarrollo de la personalidad. Este autor, dentro de la línea de nuestro campo, llega a decir que varios determinantes de cambios de aspectos - comportamentales tales como, el espacio vital de la vida social, la salud, situación económica, tiempo de - ocio, medio ambiente, etc., influyen decisivamente en - el proceso de la personalidad del anciano. Asimismo - viene a decir que el cambio de la personalidad y la situación social del anciano están íntimamente relacionados con el proceso de percepción que el individuo tiene de ellos mismos.

Con todo esto hemos querido exponer a grandes rasgos - los estudios más importantes y las conclusiones a las - que han llegado sobre la personalidad de las personas - mayores. Como hemos podido apreciar la mayoría de los trabajos que sobre la personalidad del anciano se han - hecho coinciden en que ésta cambia con la edad y que determinados factores ambientales e individuales inciden directamente en ella. Sin embargo estos trabajos no - nos dan una visión general y completa sobre el proceso de personalidad total del anciano, se limitan más bien a comprobar el cambio o variación de determinados factores o dimensiones de la personalidad.

Algunos teóricos de la personalidad han tratado, dentro de su teoría, de exponer su concepto y explicación de la personalidad de la vejez. No podemos acabar este apartado sin exponer aunque sea de modo muy somero algunas de las teorías de la personalidad que de forma directa o bien indirectamente tocan el tema de la personalidad del anciano, teniendo presente que todavía no se ha elaborado una teoría específica sobre la personalidad de esta edad.

Teorías de la personalidad que guardan relación con la vejez.

Ya hemos dicho anteriormente que no se ha elaborado todavía ninguna teoría válida sobre la personalidad en la vejez, sin embargo varios autores han querido tratar de la forma directa o indirectamente.

A continuación expondremos algunas de las teorías de la personalidad que más relación hemos encontrado con la vejez.

Teoría personalística y personológica.

Tal vez el psicólogo contemporáneo Murray sea quien dé mayor importancia a los hechos vividos por el individuo para la formación de su personalidad. Desde sus puntos

de vista estaremos capacitados para analizar unos hechos que puedan darse en la vejez de los individuos y que es tán determinados por un pasado vivido ampliamente.

Nadie como las personas que han acumulado muchos años - de experiencia pueden haber conformado una personalidad rica si estas experiencias son, como él afirma, las que determinan el modo de ser de la persona.

Murray va a conceder una importancia capital a los factores biológicos. Reconoce la singular complejidad del organismo humano y subrayó constantemente el carácter - orgánico de la conducta. El pasado o historia del individuo es, así mismo tan importante como su presente y - su medio.

Es claro que con estos presupuestos, necesariamente ha de acercarse a los psicoanalistas en cuanto al valor de los acontecimientos ocurridos durante la infancia y la niñez así como las motivaciones inconscientes, el informe verbal subjetivo o libre del individuo, incluido el producto de la imaginación.

Los procesos fisiológicos que acompañan a todo proceso psicológico le tendrán orientado constantemente hacia - el cerebro, núcleo de la personalidad y de todos sus - componentes.

Las investigaciones de este psicólogo, parten siempre - de estos puntos de vista biológico-social, es decir, - concediendo una importancia suma a la parte fisiológica añade los componentes determinantes del entorno social en que el individuo se desenvuelve, conformando así una teoría que abarca prácticamente todos los aspectos de - la vida humana.

"El termino "personalidad" ha sido reservado para la hi potética estructura de la mente, la estabilidad de cu- yos mecanismos y procesos se manifiesta una y otra vez (junto a ciertos elementos nuevos y originales) en los actos internos y externos que constituyen la vida de ca da individuo" (84).

Entonces la personalidad no es conjunto de hechos bio- gráficos del individuo sino algo más general y permanen te que se infiere de esos hechos, es algo que, desde el nacimiento hasta la muerte, sigue todo el cuerpo.

En una palabra, tiene una vertiente abstracta, en cuan- to que si bien, se apoya en acontecimientos empíricos - específicos, no constituye un simple resumen de los he- chos. Además estos acontecimientos configuran una mues tra de toda la vida, es decir, son como el resumen de - la historia del propio individuo. Por otro lado es re- flejo tanto de los elementos permanentes de la conducta como de los nuevos y originales. Por fin la personali-

dad es el agente organizador o rector del individuo, es to es, ordena e integra los impulsos y las restricciones a las que el individuo está socialmente sujeto.

"... Las funciones de la personalidad son: ejercitar - sus procesos, expresarse, aprender a generar y reducir las tensiones reiteradamente provocadas por las necesidades, elaborar programas de secuencias destinadas al - logro de sus fines distantes y, finalmente, disminuir o resolver los conflictos mediante la estructuración de - planes que en más alto grado permitan, sin fricciones, el alivio de sus necesidades fundamentales (85).

Teoría de la constitución física.

Fue el psicólogo Kretschmer, quien estableció una tipología de desordenes mentales relacionada con ciertos caracteres físicos, concretamente con los tipos leptosómico y pícnico, además de señalar otros dos más relacionados igualmente con el carácter: el displásico y el atlético.

Los estados psicóticos, según este autor, están conexi_o nados directamente con la conducta normal, existiendo - estados intermedios que denominaba cicloides y esquizoi_i des.

Basado en estos convencimientos relacionó el tipo cicloide con las personas alegres, chistosas, vivaces, amigables, delicadas y pesimistas, a veces; encerrando en el tipo esquizoide a los tímidos, irritables, poco sociales, indiferentes, honestos, apáticos y aburridos.

La diferencia entre el borderline normal y los estados psicóticos, es pequeñísima, aunque Kretschmer los analiza por separado por motivos metodológicos.

En su afán de hacer una relación psíquica de los sujetos los sometió a diversas variables psicométricas como golpes, clasificaciones de forma-color y señales diversas, tareas de asociación de atención y de pensamiento.

También realizó experiencias de respuestas psicogalvánicas en variables fisiológicas y bioquímicas. Sin embargo esta ambigüedad será siempre algo permanente en su teoría porque el reconocimiento de sus tipos está basado como él mismo dice, en las integraciones intuitivas perceptuales.

Kretschmer de ingenuidad y brillante estilo contrastará con Sheldon por un rigor y simplicidad.

Los seguidores de Kretschmer revisarían sus ideas estableciendo tres componentes primarios como englobadores

de la psique humana: el endomorfo, mesomorfo y ectomorfo (correspondiente a los tres tipos pícnico, atletico y leptosómico de Kretschmer) (86).

SHELDON seguidor de Kretschmer, recopiló información sobre el aspecto físico de varios miles de personas comprendidas entre los 18 y 63 años que diferían notablemente en cuanto al físico, forma, proporción de aumento y disminución entre las diversas familias de somatotipos. "Según su teoría cuando un somatotipo particular es estacionario o aumenta de volumen en la madurez y entre los 60 y 70 años, es señal de que es resistente. Las diferencias de personalidad entre los jóvenes y los ancianos se pueden explicar por la resistencia de un somatotipo específico" (87).

Sheldon sostuvo también que no es el somatotipo específico en sí mismo el que disminuye la vida, ni la debilidad del órgano específico relacionado con él, sino otra serie de causas ajenas a él.

Sheldon se ha esforzado mucho en el desarrollo de la clasificación de escalas en los tres componentes que usó él mismo, con distintas medidas físicas para la descripción del llamado somatotipo, el cual representa un compromiso entre el fenotipo y el morfogenético, definiéndolo como "una trayectoria o cambio por lo que cami

nará el organismo vivo, bajo condiciones normales de nu
trición y en ausencia de graves disturbios patológicos"
(88).

Analizando datos en alrededor de 46.000 hombres identi-
ficó 88 somatotipos diferentes entre 343 modelos teóri-
cos posibles.

Sheldon como Kretschmer intentó relacionar los diferen-
tes somatotipos con variaciones en la personalidad rea-
lizando numerosas pruebas entre estudiantes.

La constitución en la ancianidad

Las aplicaciones en la teoría de Sheldon a un estudio -
sobre la vejez afectan directamente a cuestiones rela-
cionadas con la constitución y con características de -
la personalidad, deduciendo de ello, una serie de con-
clusiones:

1. Que cuando la frecuencia de sucesos de un somatotipo
es constante o es decreciente en la madurez y en -
años posteriores, indica que es un somatotipo de larg
ga vida.
2. Que cuando la suma numérica disminuye el peso de la
curva de un somatotipo (es decir el paso por estatura)

se hace afilado hacia abajo, indica un decaimiento - biológico, el hombre de tal grupo está sobreviviendo a duras penas, y se está desmoronando.

De manera similar puede explicarse las diferencias en - la personalidad entre el viejo y el joven.

Sheldon, no obstante, concede una importancia grande a la nutrición en el desarrollo de la estatura, con lo - cual no sería posible, en ciertos casos, hacer una afir - mación tan tajante de la relación estatura-personalidad dado que este factor afecta al desarrollo físico y me - nos o nada al psíquico.

Willians James constató en distintas observaciones que la vida más larga en los hombres de América tiende a - ser más corta, sin embargo esta cortedad no es resulta - do del decrecimiento de la estatura en la vejez, es de - cir, que el hecho de que menos vidas largas no está, en absoluto, según sus observaciones, en correlación con - un decrecimiento en la estatura en la vejez.

Teoría organísmica.

La teoría organísmica, como la personológica, puede ser entendida como aplicación de los principios de la Gestalt a la teoría de la personalidad y está caracterizada por

el punto de vista que une la suma de elementos particulares y los junta solo en el contexto de la personalidad.

Esta teoría está ligada al idealismo filosófico y ha sido potenciada por la ciencia biológica con Mayer y transferida al campo psicológico con Goldstein, Werner, Angell y otros, para quienes el desarrollo de la personalidad se debe sobre todo al trabajo de Murray.

"La teoría y la personología organísmicas comprenden los conceptos organísmicos de Goldstein, Scheerer y Gelb, quienes investigaron el efecto de las lesiones cerebrales sobre la personalidad, así como las causas del pensamiento "concreto y abstracto". En sus consideraciones se refieren a los experimentos de Thaler con personas de edad avanzada. Thaler observó que, más allá de los 60 años, se produce un cambio pronunciado hacia el comportamiento concreto, y dice, refiriéndose a esas personas, que "pueden tratar de hacer verdaderos esfuerzos de adaptación para comprender los aspectos de su medio y ser incapaces de extraer inferencias e interpretar conceptualmente lo que sucede en torno a ellas. Para estas personas de edad puede haber sólo una manera de entender una situación y, en consecuencia, tener esa rigidez que con frecuencia se les atribuye a los ancianos" (89).

Como consecuencia de la madurez y de la experiencia de la persona, se desarrollan en el individuo determinados modos de conducta que limitan al mínimo las interferencias y los conflictos, permaneciendo en un casi constante estado de equilibrio. Así a medida que el individuo se desarrolla, su vida se vuelve más centrada y menos - sujeta a los cambios fortuitos tanto del mundo exterior como interior.

Sin embargo a una edad avanzada en la vejez, el organismo se vuelve cada vez más débil y lento en las reacciones ante los estímulos produciéndose un nuevo conflicto por una parte una mayor capacidad de defensa, producida por las contribuciones dadas por la experiencia, y por otra una menor respuesta del organismo que físicamente está debilitado y es incapaz de responder, digamos captar con rapidez los estímulos que le llegan, ante este estado el individuo parece anonadado y como en un estado de "despiste", característico en muchos momentos de la vejez.

La teoría organísmica ha sido valiosa en aplicaciones - psiquiátricas, en la interacción de procesos relativos a la vejez, interrelacionando aspectos de variables psicológicas y biológicas.

Se han ocupado de este aspecto infinidad de autores de

la talla de Adler, Fromm, Sullivan, Silverman, Wechsler, While, Roger, Goldstein, Murray, etc., lo cual da una idea de la capital importancia que esta teoría tiene en los procesos de vivencia en la ancianidad.

Ellos han llegado a conclusiones interesantes en una explicación adecuada de infinidad de comportamientos propios de la última etapa de la vida en que, podríamos decir, la personalidad del hombre ha llegado a "cargarse" de una rica historia de acontecimientos modificadores de la conducta y enriquecedores de la persona.

Los hechos conductuales específicos de la vejez van impregnados de cargas afectivas que brotan de los hechos y vivencias almacenadas en la historia vivida por el individuo mismo y que han sido producidos tanto desde una perspectiva "constitucional", o diríamos mejor fisiobiológica, como por las imposiciones de la realidad social en que el hombre está inmerso".

Teoría psicoanalítica.

La teoría psicoanalítica de la personalidad ha sido profundamente estudiada y motivo de incesantes críticas a lo largo de la experiencia psicológica.

Seguramente todo lo concerniente al psicoanálisis ha -

tenido, y tiene hoy, una preponderancia dominante en - cualquier estudio psicológico, de modo que no es posible dejarla fuera de un estudio como el presente en que nos hemos propuesto tratar un aspecto importante de la vida del hombre: la personalidad en la vejez.

Ciertamente en este trabajo, la importancia del psicoanálisis es grande, puesto que la impronta que dejan los acontecimientos primeros de la vida infantil repercuten y en muchos casos determinan el modo de ser manifestado a lo largo de la vida posterior, y más concretamente, en la vejez, cuando de algún modo podríamos afirmar que se suceden hechos involutivos paralelos a los ocurridos durante la infancia.

Helene Deutsch ha estudiado los efectos de la ancianidad en la mujer y afirma que los puntos principales del conflicto en la mujer son los referentes a las funciones de la reproducción.

La menopausia y el climaterio es una experiencia psicológica traumática y constituye un menoscabo del narcisismo. En este período se produce un aumento de actividad vital y un cambio de dirección en cuanto a los nuevos objetos que agradan dándose multitud de situaciones conflictivas, como depresiones, estados de agitación, etc.

Grotjahn considera que envejecer constituye un trauma - del narcisismo puesto que representa y repite una amenaza de castración. Las neurosis de la vejez, según él, son defensas contra la ansiedad de castración.

Según Hamilton en la vejez se da una regresión hacia - las dos primeras etapas del desarrollo. En los comienzos de la senectud, se produce un debilitamiento de los impulsos inconscientes. Probablemente buena parte de - esta merma sea debida a los condicionantes sociales, a causa de la jubilación, que lleva a una inactividad que exige una nueva adaptación. Las grandes exigencias que impone el Yo, incapaz de luchar contra los impulsos del Ello, se traducen en sentimientos de culpabilidad, inferioridad e inseguridad, y paralelamente se traducen en agresividad contra la gente joven a quienes critican de modo desaforado en sus posturas, su vestimenta, etc.

En ocasiones los conflictos no resueltos en la infancia y la edad madura afloran en la vejez dando lugar a una conducta infantil y neurótica.

Incluso en ocasiones la agresividad llega al empleo de la violencia cometiendo delitos sexuales con jovencitas y hasta atentados homosexuales contra muchachos.

En definitiva la teoría psicoanalítica tiene mucho que

decir respecto a la ancianidad. Todas las cargas los - conflictos y la experiencia social vivida largamente in fluyen poderosamente en la vejez. Los cambios del Yo y del Ello, la muerte de los padres vivida ya por ellos, y con quienes se sentían identificados, los nuevos cambios fisiológicos, la disminución de las actividades - sexuales, etc., pueden provocar serios conflictos que - pueden traducirse en una conducta desordenada y desorga - nizada, agresiva, variable, en la que no existe una cau - sa aparente para dar una posible y fácil explicación.

Teoría de Jung.

Jung se sintió atraído por las ideas de Freud e inició una aportación de pruebas para confirmar algunas de las ideas freudianas.

La teoría de Jung trató de combinar lo teleológico con lo causal: la conducta del ser humano que está condi - cionada no solo por la historia individual sino también por sus objetivos y aspiraciones, es decir por el pasa - do como realidad vivida y por el futuro como potenciali - dad que condiciona la conducta del presente del indivi - duo.

La teoría de Jung pone particular énfasis en los funda - mentos históricos y filogenéticos de la personalidad.

De ahí el particular interés que puso en los estudios - mitológicos, religión símbolos, ritos ancestrales y creencias de los pueblos primitivos así como sueños y visiones, síntomas neuróticos, alucinaciones, delirios, - etc.

Jung distribuyó la vida humana en tres etapas cronológicas:

1. Etapa pre-sexual, hasta tercero o cuarto año en ella la libido se dedica sobre todo a la nutrición y el crecimiento.
2. Etapa de la pubertad, desde los cuatro hasta la pubertad.
3. Etapa de madurez, desde la pubertad en adelante.

En oposición a Freud, Jung reusa ver en la infancia la causa del posterior desarrollo de la enfermedad, lo cual se relaciona directamente con el proceso de envejecimiento.

Jung sitúa la causa de los problemas patogénicos en el presente y considera que al buscarla en el pasado se fomenta el deseo del paciente de apartarse del presente.

El conflicto surge cuando hay un obstáculo hacia la consecución de la plenitud del Yo. Ante uno de estos obstáculos "la libido se acumula y se produce una regresión que hace que se reaviven las formas juveniles de la actividad de ésta que, aún cuando hayan sido muy naturales, para el adulto ya no son estimables" (90).

Todos estos deseos y fantasías de regresión a la infancia se transforman de modo sustitutivo en otras formas en las que alcanzan cierta compensación satisfactoria.

Jung partiendo del criterio psicoanalítico tradicional intenta subrayar la experiencia psíquica o el punto de fijación en la infancia, lo cual afecta grandemente al paciente. Jung habla del deber, es decir, de la tarea presente a realizar de la cual trata el paciente de eludirse. Estas circunstancias vividas influyen particularmente en el tratamiento de los ancianos, cuyo material psicológico referente a la infancia o distante en el tiempo pudo haberse perdido.

Está claro que Jung en sus conceptos acerca del determinismo psicológico, la importancia dada a los recuerdos, etc., se acercó notablemente a la vejez, desde cuyos postulados pudieron sentarse bases importantes para un estudio serio de importantes aspectos de la ancianidad, e incluso sería capaz de despertar la curio-

sidad por una edad un poco abandonada en la que a estudios psicológicos se refiere.

Teoría de Adler

La teoría de la personalidad de Adler se orienta en unos pocos conceptos, pero que hay que tener en cuenta por la importancia que tienen a la hora de dar consistencia a la teoría y por el reflejo que dan a la etapa de la vejez.

Adler basándose en la doctrina filosófica del Positivismo idealista, según la cual el hombre vive, merced a numerosas ideas puramente ficticias que no tienen nada que ver con la realidad, elabora su propia teoría psicológica y llega a la conclusión de que el hombre está más motivado por sus expectativas respecto del futuro que por sus experiencias del pasado, de esta forma llega a una contraposición, mientras que en la teoría de Freud, existe el principio de causalidad en la que Adler existe el principio del Finalismo "la psicología del individuo insiste en la absoluta necesidad del finalismo para comprender cualquier fenómeno psicológico. Ello entró el abandono de principios explicativos del tipo de las causas, fuerzas innatas, instintos, impulsos y de otros conceptos semejantes. Las experiencias, los traumatismos, los mecanismos del de-

sarrollo sexual no pueden servirnos de explicación.

Lo que cuenta es la perspectiva desde la cual ellos - han sido vividos la particular manera individual de - percibirlos, que pone toda la vida psíquica al servicio del objetivo final de la vida" (91).

Esta postura le lleva a Adler a preguntarse ¿cuál es - el fin último del hombre?, en un principio el fin estaría principalmente en la agresividad, en la voluntad - de poder y por último en la lucha por la superioridad, no como liderazgo, distinción social o posición económica, sino como un esfuerzo en pos de una realización individual, como un impulso ascendente del sujeto. Así pues, para Adler el fin último del hombre pasaría por tres estados: ser agresivo, ser poderoso y ser superior.

Los sentimientos de inferioridad que tanto interés tienen en la vejez nacen de los de imperfección en cualquier esfera de la vida, pero no son signo de anormalidad, sino la causa del progreso humano. En circunstancias normales, el sentimiento de inferioridad, afirma Adler, es la gran fuerza impulsora de la humanidad: el hombre es empujado por la necesidad de superar su inferioridad y atraído por el deseo de ser superior.

¿Que ha supuesto la teoría de Adler, para la última -
etapa de la vida?. Entre otras cosas podemos decir -
que la vejez en la persona produce por una parte com-
plejos de inferioridad de todo tipo y por otra parte -
le afecta a su valor, dignidad y amor propio.

Adler caracterizó la tercera edad como una época influi-
da por fuertes sentimientos de inferioridad y por de-
pende profundamente del pasado del hombre. Esto se -
debe en parte a la insuficiencia intelectual y física,
al ambiente externo que se vuelve a veces contra ellos
al problema de la jubilación, familia, residencias, -
etc.

Teoría de Erikson sobre la vejez.

La teoría epigenética de Erikson gira entorno al yo y
al papel tan importante que juega la realidad social -
en el proceso del desarrollo del Yo.

En base a esto Erikson elabora una serie de fases que
constituyen el desarrollo de la personalidad en fun-
ción del desarrollo psicosocial del sujeto.

Estas ocho fases constitutivas de la personalidad quedan explicitadas de forma simple y concisa en la figura siguiente:

I PRIMER AÑO DE VIDA	Confianza vs. Desconfianza				Unipolaridad vs. autodiferen- ciación prematura			
II NIÑEZ TEMPRANA		Autonomía vs. vergüenza, duda			Bipolaridad vs. autismo			
III EDAD DEL JUEGO			Iniciativa vs. culpa		Identificación en el juego vs. en fantasías (edípicas)			
IV EDAD ESCOLAR				Laboriosidad vs. inferioridad	Identificación en el trabajo vs. exclusión de la identidad			
V ADOLESCENCIA	Perspectiva temporal vs. difusión del tiempo	Seguridad en sí mismo vs. conciencia de la identidad	Experimentación con el rol vs. identidad negativa	Previsión del éxito vs. parálisis en el trabajo	Identidad vs. difusión de identidad	Identidad sexual vs. difusión bisexual	Polarización del liderazgo vs. difusión de autoridad	Polarización ideológica vs. difusión de ideales
VI JUVENTUD					Solidaridad vs. aislamiento social	Intimidad vs. aislamiento		
VII EDAD ADULTA							Generatividad vs. estancamiento	
VIII EDAD MADURA								Integridad vs. disgusto, de- esperación

La teoría en general de Erikson gira principalmente en torno al hecho de que la sociedad satisface cada una de las fases del desarrollo de la personalidad de las personas que la integran, mediante instituciones específicas, tales como, escuelas, maestros, familias, y además garantiza el desarrollo del individuo.

Si dejamos de un lado las primeras siete fases de la personalidad y nos centramos exclusivamente en la octava la llamada de "integridad yoica vs. desesperación" podemos observar que el anciano debe o bien lograr una integración de su yo o por el contrario perderse en la desesperación. Si bien Erikson no proporciona una definición neta de la noción de integridad, si da algunas explicaciones e indicaciones "es la aceptación del propio y exclusivo ciclo vital y de la gente que ejerce gravitación en él, como algo que tuvo que ser y que en modo alguno admitió sustituciones. Es decir que - significa un amor nuevo y diferente por los propios padres, exento del deseo de que deberían haber sido distintos, y la aceptación de nuestra vida y de nuestras responsabilidades. Si bien tiene conciencia de la afinidad de los diversos estilos de vida que han dado sentido a la lucha del hombre, el dotado de integridad está preparado para defender la respetabilidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica (92)

Una de las principales consecuencias de la integridad yoica, a parte del orgullo y la dignidad, consiste en que el anciano se puede enfrentar a la muerte sin ningún tipo de preocupación o temor.

Erikson justifica esto por el hecho de que existen, en

todas las etapas de la vida del hombre determinados in tereses que despues se van abandonando a medida que pa san las etapas, este paso de intereses en la vejez, va a dejar paso, dice Erikson, a una sensación de pleni tud de vida que le permite al viejo aceptar la muerte sin ningún tipo de problemas o temores.

La alternativa a la integridad yoica es la desesperación, "la pérdida de esta elevada integración del Yo - está representada por la desesperación y por un temor a la muerte a menudo inconsciente. El único y exclusi vo ciclo vital no es aceptado como lo fundamental de - la vida. La desesperación expresa el sentimiento de - que el tiempo es corto, demasiado corto como para tra tar de empezar otra vida y querer probar otros caminos que lleven a la integridad. Tal desaliento se esconde con frecuencia tras un velo de disgusto, la misantro pía o una desdeñosa irritación crónica contra determi nadas instituciones o personas, disgusto e irritación que, si no van acompañados de ideas constructivas y de una gran cooperación, sólo representan el desdén que - el sujeto siente por sí mismo" (93).

Erikson interpreta así mismo el temor a la muerte como una expresión de la desesperación debida a que el suje to no pudo alcanzar su integridad yoica a lo largo de su vida, puesto que los sentimientos de integridad o -

de desesperación dependen necesariamente de la conside
ración retrospectiva de la vida del sujeto.

Las ideas relativas a la integridad yoica y a la dese
peración son defendibles incluso desde el punto de vis
ta empírico puesto que existen clasificaciones que -
coinciden con estos puntos de vista con los de Neugar-
ten, Havighurst y Tobin que clasifican la personalidad
en categorías de integrados y categorías de defendidos
y los de Reichhard, Livson y Petersen que nos hablan -
de categorías de maduros y categorías de iracundos.

En cambio es muy difícil defender la postura de Erik-
son de que la integridad yoica elimina en mayor o me-
nor grado el temor a la muerte, entre otras cosas por-
que es muy difícil, afirmar y defender empíricamente,-
dicha asociación, dado que el temor a la muerte es uni
versal.

Por último podemos decir que una de las aportaciones -
más interesantes de la teoría de Erikson sobre la ve-
jez es que pone de manifiesto el gran problema de la -
adaptación del anciano a su medio social.

TEORIA DEL CAMPO Y DEL ROL SOCIALTeoría del Campo.

La teoría del campo considera la conducta de una persona en un determinado momento, como una función de las circunstancias que coexisten dentro del lapso de su vida y de su campo psicológico.

La teoría de Lewin parece apropiada para el análisis de la personalidad del anciano, sobre todo a la evolución de la actitud durante los últimos años.

"Lewin considera el lapso de vida del anciano como un gran número de regiones perfectamente diferenciadas dentro de su medio psicológico, pero en particular dentro de su región personal" (94).

Hasta cierta edad, a la par que va el hombre evolucionando fisiológicamente, van aumentando también las necesidades de relación, la variedad de actividades, las necesidades, las emociones, etc., hasta llegar a un punto en que de nuevo hay una regresión o reducción de todo ello; esta reducción de emociones, actividades, etc., coincide con la época senil. Ello tiene mucha importancia puesto que la persona de edad toma una posición interior en la que no se originan cambios brus-

cos, tensiones afectivas intensas, rompiéndose las barreras entre las diversas regiones que se habían formado de modo rígido constituyendo una especie de situación traumática dura para el individuo, con lo cual es necesario un mayor aporte de energía para que se efectúe cualquier cambio.

Pero las personas de edad se pueden irritar con más facilidad a causa de la pérdida del equilibrio y que no son capaces de prevenir también como los jóvenes el momento adecuado para reducir la tensión a fin de llevar a cabo sus actos.

Teoría del Rol.

Respecto a la teoría del Rol podríamos enfocar el mundo de la tercera edad desde dos claras vertientes:

Una es la que se refiere a la forma de entender y juzgar los roles del anciano desde el punto de vista de la sociedad, es decir, la valoración que dan al rol del anciano los distintos grupos sociales.

Otra consiste en analizar los verdaderos roles que en sí mismo asumen los ancianos.

Según los teóricos y estudiosos de esta teoría, la adaptación del individuo en general depende del número de roles que pueden asumir, si trasladamos este concepto al campo de la tercera edad tendremos que la persona mayor inadaptada es aquella que durante su juventud y edad adulta no ha sabido asimilar los roles adecuados para su vejez.

Teniendo presente esto los conflictos del anciano pueden ser de dos tipos:

1. Conflictos originados por el propio rol, aquí el conflicto se plantea entre la manera de percibir el yo y el rol que se supone que el anciano debe desempeñar.
2. Conflictos originados entre los roles, esto va más encaminado hacia desviaciones de conducta, que por otro lado no solo se pueden dar en la vejez, sino que se suele dar en todas las edades.

Respecto a la conflictiva que puede plantear el rol del anciano, Tuckman y Lorge llegaron a la conclusión que las personas mayores que toman la edad cronológica como criterio de vejez y la sitúan en un nivel relativamente bajo para el comienzo de esta, aceptan mejor los roles respecto a su vejez.

En un estudio realizado por Sarbin (95) observó que - las mujeres se referían más amenudo que los hombres al rol, considerando este según la edad cronológica del - sujeto, en cambio para los hombres esta más importante la relación entre el rol y la situación social.

Albrecht y Havighurst después de varios estudios sobre los roles que desempeñaban los ancianos obtuvieron once tipos de roles de las personas de edad, observaron además que la evaluación social de las actividades de las personas mayores no variaba mucho por debajo de - los 65 años.

Blau siguiendo la línea de Sarbin viene a decir que - "la identificación de la edad, más que la verdadera - edad, compele a la gente mayor a reconocer los cambios que se producen en si misma y a percibir que las actitudes de los demás hacia ella registran cambios"(16).

Uno de los conceptos sociales que más precipitan la vejez, y que el anciano debe estar preparado para asimilarlo, es la jubilación, puesto que elimina al sujeto de gran parte de la comunicación que hasta ahora había tenido, le elimina la participación activa en la sociedad y toda identificación con los grupos de menor - edad.

CONCLUSION

Antes de acabar este apartado sobre la personalidad - creemos que es aconsejable tratar de puntualizar algunas cuestiones, que nos han surgido en la práctica y - que diversos autores ya habían apuntado.

1. Hay que tener presente que a la hora de obtener - cualquier tipo de conocimiento sobre la personalidad del anciano, nos basamos principalmente en cuestionarios de personalidad y como tal en las respuestas que el anciano da a dichos cuestionarios. Pues bien, muchas veces, por el tiempo que se utiliza en aplicar dicho cuestionario, por la forma de estructuración de las preguntas, por la forma de aplicación, por la no adaptación de las preguntas a esta edad, formas todas que se dan para la edad joven o adulta, las contestaciones de los viejos no se adaptan a su forma de ser o de estar en el mundo. Coincidimos, pues, con el Dr. Pérez y Pérez en la necesidad urgente de crear otros tipos de tests, pruebas y cuestionarios propios para esta edad.
2. La gran cantidad de variables que se modifican a - causa de la vejez, los nuevos enfoques sobre la vida que automáticamente el anciano comienza a adoptar, las variables físicas, psicológicas y sociales

que automáticamente se modifican, requieren una sis tematización que debe ser hecha como dice el Dr. Pé rez y Pérez a partir de la propia vejez, esto lleva consigo una metodología específica para ésta edad.

3. No podemos tomar como referencia al joven o al adul to a la hora de obtener resultados, elaborar hipóte sis o analizar la personalidad en sí. Debemos par tir del hecho de que la vejez es una etapa muy defi nida de la vida del hombre y como tal debe ser en-- tendida a la hora de aplicar pruebas, de elaborar - cuestionarios, de emitir juicios o conclusiones, en una palabra, a la hora de tratar sobre cualquier te ma o cuestión de la vejez.
4. Por último por lo que se refiere a los test y prue bas que se utilizan con el viejo, creemos que se de ben utilizar pruebas no tanto "incurridas" o "bre-- ves" cuanto "adaptadas" o "adecuación" para su espe cial cronología que no siempre ha de constituir una merma en la "elaboración" y "aplicación" de las ins tancias.

La finalidad sería llegar a elaborar pruebas pro- - pias y específicas para esta edad.

3. FACTORES SOCIALES

Uno de los factores que más influye en los procesos de envejecimiento es la estructura social y los determinantes sociales en los que se ha desenvuelto y actualmente se desenvuelve la vida del anciano. En esta edad donde se van perdiendo poco a poco los amigos, familiares queridos, donde el anciano tiene que cambiar su hogar por otro u otros nuevos, donde gran parte de las veces acusan el rechazo familiar, no solo porque son una carga económica, sino porque entorpecen la vida normal de la familia, y en donde en última instancia el viejo se va quedando solo, creemos que los factores sociales van a incidir notablemente en su estructura de personalidad y en sus relaciones afectivas con los demás. Por todo esto creemos que el análisis y exposición de determinados factores sociales, que indiquen directamente en la vida psíquica del anciano, nos servirá para situarnos en una perspectiva social realista a la hora de analizar resultados e interpretar situaciones y conductas que se dan en esta etapa de la vida.

3.1. La familia

En la sociedad preindustrial la familia es una estructura formada por lo menos de tres generaciones, esto permite unión estable entre otras cosas porque dicha estructura a su vez estaba basada en un proceso económico, que permitía a las personas de edad contribuir

activamente a la subsistencia y atención de la familia. En la sociedad industrializada actual, el perderse algunas de las funciones que antes eran atribuidas a los ancianos se han ido debilitando los círculos con los viejos, han dejado de ser necesarios para pasar a ser un estorbo. Si a esto añadimos la independencia económica de que disfrutaban los hijos, la posibilidad de tener atendidos a sus hijos por las guarderías, los colegios, etc., y del tipo de vivienda práctica y sin grandes posibilidades de espacios, nos damos cuenta que con estas circunstancias y situaciones la sociedad en si esta propiciando el alejamiento progresivo del anciano del resto de la familia y de la sociedad. Esto produce en el viejo un cambio radical de su vida psíquica y social y le enfrenta a un mundo al que tiene que adaptarse. Este progresivo alejamiento de la familia nos lo confirman los estudios realizados por R. Duocastella el cual llega a decir que sobre el "tema de la familia y los ancianos se da un fenómeno sociológico relativamente nuevo, y es la tendencia cada vez mayor de un camino hacia una mayor autonomía de los ancianos en los sistemas de convivencia familiar. Hace unas décadas hubiese chocado hablar de la no convivencia en el mismo hogar (padres ancianos e hijos casados), pero hoy día ya constituye un hecho cada vez más aceptado por ambas partes, puesto que cada cual quiera vivir su -

propia vida totalmente independiente" (97).

Este proceso de independencia y aislamiento familiar hacia el cual tienden actualmente los ancianos de de be según el Dr. M. Ruiz Ruiz (98), entre otras causas a:

- 1º.- La industrialización y la tecnología.
- 2º.- El cambio de lo rural a lo urbano.
- 3º.- La dispersión geográfica en la ciudad, con la - consiguiente separación entre generaciones.

Esta separación familiar va muchas veces acompañada de un aislamiento afectivo y social del anciano, y - el asilo será en última instancia el lugar hacia donde de dirijan sus pasos, como en el caso de nuestros encuestados. Hay que tener presente que la falta de comunicación de la sociedad con el anciano, constituy una clara discriminación social coherente establecida, y de cuya situación tiene clara conciencia los ancianos. Finalmente si profundizamos un poco en el porque de este distanciamiento familiar del anciano vemos que en parte viene dado por la aparición temprana de los nietos, por la indiferencia de los hijos para con los viejos, por el problema económico - que plantea y por último por la falta de una nueva - función clara, adecuada y útil dentro de la nueva estructura familiar.

3.2. Habitat urbano y rural

El paso de un ambiente rural a un ambiente urbano supone para el anciano un cambio grave y profundo de sus concepciones, posibilidades y estructura vital de su vida. Esto sucede entre otras cosas porque mientras en el ambiente rural el viejo participaba de la comunidad familiar y social del pueblo, se sentía útil y era conocido y considerado y además vivía en su propia casa en la que él era el dueño; en el ambiente urbano hay una situación de dependencia de los hijos, es un lugar extraño donde no existe comunicación posible entre otras cosas porque no coinciden en ideas, no sabe dominar el terreno y da un anonimato total. Si este cambio ocurre en edades avanzadas el anciano sufre más que si ha pasado parte de su vida profesional en la ciudad puesto que el proceso de adaptación ha empezado antes y como consecuencia ha tenido más facilidad de adaptación al medio que desde ahora va a ser hostil.

El gran problema que se plantea entre el ambiente urbano y rural es que mientras en el ambiente rural el anciano se siente útil y participa activamente en las tareas de la casa (jardinería, cría de animales domésticos, cuidado de los niños, etc.), en el ambiente rural el anciano se siente como una carga, por la pequeñez de la vivienda, los recursos económicos de la

familia no bastan para hacer frente los gastos que - origina el anciano y sobre todo porque el anciano no puede hacer ninguna cosa para aportar algo al núcleo familiar.

El anciano de la ciudad tiende hacia un proceso progresivo de retraimiento social frente al viejo del campo entre otros casos porque "en las sociedades rurales y agrícolas, en que el sistema patriarcal prevalece aun, el viejo conserva hasta su muerte contactos sociales ocasionados porque derivan directamente de los adultos. Está plenamente socializado en los peores casos. Pero no sucede así con el viejo de ciudad cuya marginación esta ligada a la interrupción de la actividad". (99).

Compartiendo esta idea, H. Woltrok nos dice que "en la gran ciudad la separación que el grupo familiar origina (en los viejos) ha progesado mucho menos que en el campo". La causa de esto sigue diciendo el autor viene porque "hay muchísimos razonamientos que se producen no solo por la dependencia en el aspecto económico o respecto la vivienda, o por otras muchas cosas, sino que son también de tipo psicológico... Por otra parte, los intereses en general difieren mucho" (100) entre padres e hijos.

Estas ideas vienen refrendadas por los estudios sociológicos realizados por el profesor M. Ruiz Ruiz y sus colaboradores (101) en la escuela de sociología de Madrid en el año 1972 así como por el Dr. Duocastella (102) en su estudio sobre "la ancianidad en Cataluña" en el año 1976.

3.3. Clase social y cultural

La diferencia de clase social y de cultura tiene una gran incidencia en los procesos de envejecimiento, sobre todo a nivel de salud y relación social. Entre otras cosas porque los ancianos de ambiente pobre tienen menos conocimientos, menos facilidades de relación social y como consecuencia menos comunicación así como tampoco tienen los conocimientos necesarios sobre la fisiología y las mínimas medidas de higiene para cuidarse adecuadamente de sí mismos. En cambio los ancianos de las clases superiores por el hecho de leer más, tener más relaciones sociales, poder comprender mejor los medios de educación y salud pública y tener en su mano todo tipo de información, pueden protegerse mejor de las circunstancias adversas propias de esta edad y más facilidad para una mejor comunicación y relación afectiva.

En los trabajos realizados sobre este campo Jacqueline Jackson (101) observó que los factores económicos - -

inflúan sobremanera en los lazos afectivos entre los padres ancianos negros y sus hijos. Los padres e hijos más distanciados desde el punto de vista objetivo eran aquellos que vivían en una mayor pobreza.

A.T. Goldford ha observado que "los sentimientos de desamparo y las manifestaciones de la consecuente ansiedad son menos propensas a desarrollarse en las personas que han adquirido autoestima y confianza a edad temprana así como una vigorosa actitud de resolución de problemas respecto de los derroteros de la vida". (102).

Siguiendo este tipo de estudios, Pollack, Kahn y - - Goldford (103) llegaron a la conclusión de que una - buena educación anterior es una importante protección de la personalidad contra la oposición de sentimien- tos de desamparo en tanto se va envejeciendo, los cuales se reflejan en una pérdida del eficaz funcionamiento social. Así mismo estos autores en otro estudio - realizado por medio de un test psicológico de aptitud para percibir una figura en un fondo ambiguo observa- ron que "las personas ingeniosas y dotadas de un cri- terio seguro frente a problemas específicos, tienden a expresar menos quejas somáticas". (104).

Sin ánimo de creer que la clase social y cultural de- termina la mayor o menor adaptación del anciano a su

mundo personal y socio-afectivo, creemos, no obstante que sí influye positivamente en determinados comportamientos, y situaciones que se dan en la vejez, de tal forma que sería muy aconsejable una buena educación e instrucción social y cultural en los Centros con el fin de estimular y mantener al anciano en una actividad intelectual y social que le va a permitir una mejor adaptación en todos los campos. Tanto es así que en Estados Unidos las grandes compañías de seguros de vida entre los innumerables consejos que suelen dar a sus clientes ancianos hay uno que confirma nuestra -- propuesta: "mantente siempre entrenado intelectualmente y esfuérzate también en la vejez en aprender cosas nuevas". (105).

3.4. La jubilación

Si hay un elemento importante dentro del proceso personal y afectivo del envejecimiento y de la adaptación del viejo al medio es el hecho de no seguir trabajando, de permanecer inactivo, de no sentirse útil a la sociedad, es decir, el hecho de la jubilación. Si tenemos en cuenta que la jubilación es en casi todos los países occidentales y en nuestro país concretamente obligatoria y si tenemos en cuenta que en las encuestas realizadas, por ejemplo, la del Ministerio de Pensiones de Inglaterra (105), (el 60% de los hombres

encuestados prefieren continuar trabajando), nos encontramos que la jubilación es doblemente negativa - para el anciano, por un lado por el hecho mismo de no poder seguir trabajando y por otro porque se da en una época de la vida en la que el hombre la mayoría de las veces no está de acuerdo.

Otro factor negativo que influye bastante en la jubilación es el hecho de que el período que precede a la jubilación para el trabajador es un período de un equilibrio mental, de una satisfacción personal y de una realización a todos los niveles puesto que "la decadencia física e intelectual está compensada con una mejor adaptación al trabajo diario, gracias a la habilidad y la rutina; la permanencia en el trabajo constituye un segundo polo de equilibrio (el primero estaría representado por la familia), el afán de promoción mantiene el dinamismo del sujeto y le sitúa en un grupo social activo, el aprendizaje de los jóvenes bajo su dirección completa este sentido de pertenencia a un grupo social, mezclando el mismo tiempo con él un sentimiento de orgullo y finalmente el papel valorizador del trabajo, la sensación de no ser una carga, de poder atender a sus necesidades y las de su familia". (107).

Numerosas investigaciones, sobre este campo, afirman lo expuesto anteriormente puesto que nos descubren -

determinadas aptitudes insospechadas y reveladoras de los ancianos frente al trabajo "manifiestan menos absentismo, más estabilidad y están menos sujetos a accidentes profesionales que los jóvenes... superan a sus colegas en las actividades que exigen experiencia, juicio, cuidado, regularidad, paciencia y economía (también se ha observado) que la aptitud para los trabajos, si se atenúa pronto en la vida profesional, no disminuye de manera sensible en edades avanzadas, " (108).

Parece ser no obstante que las personas de edad se encuentran con un problema serio y es que no pueden seguir el ritmo de trabajo, es decir, la adaptación rígida a los horarios, la duración del trabajo. Por lo que creemos, que dadas las circunstancias expuestas anteriormente no se debería dar a los viejos la jubilación total sino que se les debería permitir siguiéndolos activos en la medida de sus fuerzas y posibilidades y sobre todo creando en las empresas un tipo de ritmo y clase de trabajo previsto para esta edad. De esta forma creemos que se aliviarían y solucionarían gran parte de los problemas y situaciones que actualmente plantea el anciano en las sociedades industriales.

Todo este proceso de la jubilación lleva al anciano a tomar otro rumbo nuevo en su vida, y como tal - -

difícil de asimilar, de crear problemas a nivel económico, social, cultural, personal y le sume en un estado de aislamiento inseguridad e inadaptación social. Al margen de esto le crea grandes problemas a nivel familiar y afectivo, puesto que a veces se sienten - considerados como una carga (económica y social) dentro de la estructura familiar. Todo esto va a hacer mella en su proceso de personalidad y de integración humana a todos los niveles, hasta el punto en muchos casos de derrumbarse tanto a nivel físico como intelectual, con la consecuente carga agresiva y hostil hacia la sociedad y a veces con una verdadera desorganización del carácter.

Es sin duda, un problema grave, el que plantea, ya en la actualidad, la de personas que pertenecen a esta tercera edad, o seres inactivos en la sociedad, y - por tal, la sociedad ha de afrontar el problema de - cara a una realidad sustancial. Es decir, que cada individuo pueda encontrar en función de sus aptitudes y capacidad, una actividad que sea útil a la colectividad y que le proporcione a él mismo medios de subsistencia. Utilizar lo mejor y durante el mayor tiempo posible, las disponibilidades profesionales - de los individuos que envejecen constituye el medio más sólido de asegurarles para el presente y para el futuro mejores y mayores medios de subsistencia, y a

ello podemos sumar que el mantenimiento de una cierta actividad resulta indispensable para un buen funcionamiento fisiológico del hombre que envejece.

Lo que parece una evidencia en las aptitudes de las personas de edad en las profesiones manuales lo es más respecto a las actividades llamadas intelectuales.

Para superar estos problemas, es preciso buscar soluciones, algunas de las cuales pudieran consistir en lo que se ha dado en llamar: "años prejubilares". Podemos tropezar frente a aquellos individuos que presenten potencias biogenéticas prematuramente agotadas. Los individuos comprendidos en estos casos entorpecen la labor creativa para conseguir las ventajas económicas de la jubilación oficial. La solución más rentable en este caso sería la de establecer reglamentariamente la jubilación voluntaria, una vez cumplidos un mínimo de años de servicios, entre otros requisitos a determinar. Este escape, tanto humano como necesario, para las personas incapaces de continuar su actividad por razones biológicas, biográficas o vocacionales, serviría para evitar absentismos repetidos, retraso a puestos de trabajo responsables a personas con plena capacidad para los mismos.

Si sopesamos concienzudamente esta solución, viendo

de una parte los inconvenientes y de otra las ventajas, y superan estas a las primeras, sería una triste lástima no obrar en consecuencia.

Ahora bien, si se acepta la jubilación anticipada, - sería injusto no estudiar la otra faceta y ver si es posible dar una normativa para que exista una jubilación retardada, por supuesto con carácter voluntario, cuando se observe por las personas que lo solicitan un principio vocacional, que demuestren su actividad y capacidad de trabajo cuando llega la jubilación -- oficial. Esto nos lleva de la mano a una revisión - de la normativa a seguir a la vista de la nueva situación biográfica existente en beneficio de la colectividad.

Para establecer la jubilación voluntaria o anticipada con plenos derechos y deberes, así como, la prolongación de las actividades profesionales con edades avanzadas, pero en plena forma, en esos momentos empieza a proyectarse sobre las economías, sobre la comunidad y estructura socio-familiar de los pueblos desarrollados la sombra de la jubilación a los cincuenta años de edad.

Como puntos que contradicen esta medida se pueden citar: "que a medida que las ciencias médicas y sanitarias prolongan la vida del hombre, se proyectan - - -

jubilaciones a los cincuenta y este proyecto es a nivel internacional".

"Mientras se considera que uno de los principales factores para mantener al hombre en forma es la actividad laboral o profesional, que imprimen al mismo tiempo sentido a la existencia humana, nosotros los declaramos cesantes se les margina".

Estas condicionantes, traen justamente de la mano la necesidad de actualizar las legislaciones vigentes, - pues en ellas se producen las negativas ante la solución de jubilaciones anticipadas, y si con tales negaciones cumplen su punto legalista y son fieles a los principios que establecen, por otro lado la intransigencia imprime un caracter injusto, perjudicial y deshumanizado.

Tampoco es razón, la negativa basada en Ley, que se hace al que solicita prolongación de funciones profesionales que tienen plena capacidad mental, alto sentido vocacional. Es preciso tener en cuenta lo justo y lo legal.

La prolongación de la fecha de las jubilaciones voluntarias no perjudicaría ni retrasaría el ascenso de otras generaciones a los puestos más elevados; decir

lo contrario sería inexacto, pues es preciso tener presente que las jubilaciones retardadas de esa minoría privilegiada por el destino biogenético y ambiental, serían compensadas sobradamente por el número de puestos de trabajo que dejarían libres las tempranas jubilaciones voluntarias de las mayorías consiguiendo en definitiva un mayor rendimiento.

El arte de envejecer y las actividades complementarias para esta tercera edad, serían soluciones de futuro que condicionarían otra faceta de esta etapa de la vida. Si consideramos el creciente aumento de vida, y la reducción del número de los llamados "cuarta edad" (impedidos físicos). Se puede deducir que día a día, los entes de la tercera edad aumentan constantemente. Por lo mismo hemos de atender a lo que se ha denominado actualmente "arte de envejecer" - precisa actuar sobre dos frentes: uno individual y otro sociológico-administrativo, pero ambos con un denominador común EVITAR EL VACIO EXISTENCIAL con todas las consecuencias que entraña en este aspecto somatosíquico, hasta la peligrosa descompensación psicocerebral.

En el aspecto individual hay que prepararle en los años de madurez, cuando da comienzo la declinación de la vitalidad con limitaciones propias, conociendo

y aceptando el hecho, pero al mismo tiempo dotarle - con actividades complementarias razonables y bien do- sificadas que suplan estas pérdidas, creando nuevos hábitos que aligeren la existencia de cargas pesadas cuales son las inactividades mentales o físicas. En esa preparación del envejecer pre y postjubilado se deben fomentar dotes individuales, combatiendo en to- dos los frentes la inactividad, para ello es preciso que no se interrumpa el círculo cibernético entre la mencionada proyección individual y la resonancia - adecuada de esta proyección en su ámbito familiar, - social, laboral, para cuyos logros necesitamos la co- laboración de todos los que rodean a la persona afec- tada.

En el aspecto social y administrativo, así como en - cuanto a las actividades complementarias, consideramos también necesarias, una vez llegada la fecha de la - jubilación oficial, es preciso que el hombre este -- ocupado; que mantenga una actividad con responsabili- dad personal; pero siempre acondicionada a su aspek- to mental y en razón a los límites que este presente.

Es indudable que no hay nada tan inhumano, perjudi- cial ni más antigériátrico preventivo y antieconómi- co que condenar una persona activa y con una cons- tante vocacional alta, contra su voluntad y sin moti- vos médicos que lo justifiquen, a que adopte una - -

existencia vacía y sin sentido, pues esta postura le condiciona a una vida en la que se encuentra vacío.

Con todo esto hemos querido dejar patente la importancia de la jubilación dentro del proceso de envejecimiento del anciano, hasta tal punto es importante que hay muchos autores que creen que la solución para muchos de los problemas demográficos, psicosociales, económicos, etc., que plantea el viejo, sería la prolongación de la vida activa del anciano, o en todas palabras la jubilación voluntaria. No sería descabellado pensar que en un futuro esta sea una de las vías con la cual la sociedad de salida al problema del anciano jubilado, sin dinero, sin familia y con pocas posibilidades de triunfar socialmente y personalmente.

3.5. Estado civil.

Se dice que el dolor y las vicisitudes de la vida compartidas son más llevaderas y fáciles de soportar. Esto lo podríamos aplicar al período de envejecimiento de los matrimonios y sobre todo de los matrimonios que viven en residencias asilos.

En las residencias-asilos los ancianos casados suelen adaptarse mejor al Centro tienden a ser más simpáticos, y charlatanes con los demás, cuentan más experien

cias de su vida, se relacionan mucho más con los demás y poseen un grado de integración personal y afectiva mayor que el de los ancianos, viudos y solteros.

Esto se debe entre otras causas al hecho de que los ancianos casados han tenido que adaptarse a lo largo de su vida mutuamente, se conocen muy bien, saben -- ayudarse y comprenderse, pueden confiar y descargarse el uno con el otro y tienden a vencer juntos los problemas que se les plantean, todo esto les da una gran capacidad de adaptación a cualquier tipo de situaciones por difíciles que sean así mismo les posibilitan para unas mejores relaciones socio-afectivas y una estabilidad emocional y personal mayor que las de los ancianos solteros y viudos. Por otra parte desaparece en gran medida el terrible problema de la vejez, "la soledad", puesto que existe entre los esposos una comunicación y sobre todo una seguridad constante del uno con el otro que les permite sentirse tranquilos, integrados socialmente y sobre todo no se sienten nunca solos. Tanto es así que el gran problema de los matrimonios es el temor que tienen a que uno de los dos se muera, aquí es donde empieza a sufrir la fuente de preocupaciones más importantes de los ancianos esposos. Cuantas veces hemos oído decir en nuestras entrevistas a la hora de hablar sobre la muerte "si yo fuera el primero o la primera -

en morir...", si hacemos un análisis un poco profundo de esta expresión encontraremos que por encima del miedo a la muerte, (existe) el miedo a quedarse sólo y por lo tanto, tal vez, el deseo de "partir" en - - efecto el primero. (109).

Sin embargo el matrimonio está llevado a la desaparición como consecuencia de la muerte de uno de los conyuges, cuando esto sucede nos encontramos con que el hombre o la mujer viudo sufren una serie de trastornos afectivos, de inadaptación y de incomunicación social que se acentúan en la medida que esta pérdida ha sucedido en edades más avanzadas, entre otras cosas porque el anciano muy viejo ya no tiene resortes ni biológicos, ni psicológicos ni sociales para adaptarse a una nueva situación que le ha sido impuesta por la muerte de su esposo o esposa.

Si el estado de viudez sucede antes de ingresar en la residencia o en época de adulta el proceso de adaptación e integración se puede conseguir más fácilmente, sin embargo se ha comprobado que los viudos tienden a tener más problemas de adaptación y relación socio-afectiva que los casados. La mejor integración de estas personas se da por supuesto en residencias mixtas, donde la posibilidad de comunicación con el otro sexo es viable.

El hombre soltero tiene más dificultades de adaptación y relación afectivo-social puesto que durante toda su vida ha vivido en el fondo de su solitarismo afectivo con una gran independencia, esto con la edad viene acentuado de tal forma que el hombre soltero tiene muchas más dificultades de adaptación, de relación social y de integración grupal y muchas más dificultades de todo tipo en la residencia-asilo que el hombre casado.

El hombre soltero en esta etapa última de su vida -- tiende a dejarse llevar por procesos de egocentrismo, de aislamiento e incomunicación con los demás en un grado mayor que los ancianos casados.

Antes de acabar este apartado tenemos que agregar -- que el llegar a una armonía matrimonial en la vejez es una labor harto difícil sobre todo en estos tiempos entre otras cosas por la cantidad de vicisitudes que los esposos ancianos han tenido que pasar y que a veces han influido negativamente en su matrimonio y sobre todo que pueden influir en esta última etapa de su vida, tales como, el nivel socioeconómico, la diferencia de edades, de caracteres, etc., todo esto se acentúa poderosamente en la vejez y hace que a veces el matrimonio sea un elemento negativo en el proceso de integración afectivo-social del anciano.

Creemos que la frase "se envejece tal como se ha vivido" se podría aplicar muy bien en el caso de los matrimonios de ancianos, puesto que la mayor o menor adaptación matrimonial a lo largo de la vida va a influir notablemente de forma positiva o negativa respectivamente en la vejez.

Sin embargo a pesar de las dificultades que hayan podido plantearse a lo largo de la vida matrimonial y las que se les plantean actualmente parece ser que las personas casadas en general se adaptan mejor y dominan más las relaciones sociales que los solteros y los viudos. Incluso podríamos decir que existe entre los ancianos una tendencia acentuada, según observaciones de las personas que están a su cargo, a relacionarse y a formar parejas, no tanto movidos por un impulso sexual puesto que a esta edad es prácticamente nulo cuanto por un proceso de comunicación afectiva, y esto favorece notablemente su proceso de integración personal y adaptación social en general. Tanto es así que hoy día prácticamente están descartadas las residencias solo para hombres o solo para mujeres. Hoy día no sólo se tienden a residencias mixtas sino que también se tienden a favorecer en la medida de lo posible las relaciones afectivas entre los ancianos de diferentes sexos.

3.6. Residencia-asilo.

No cabe la menor duda que los ancianos que entran dentro de una residencia-asilo, como el tipo de residencia grande que hemos visto en nuestro estudio y de donde hemos sacado los sujetos de estudio (más de 100 personas por residencia) no vienen aquí por gusto sino que ha habido muchas experiencias pasadas negativas: abandono de la familia, enfermedad, falta de medios económicos, soledad, etc. El anciano que llega a estas residencias-asilos va a tener por un lado que adaptarse a un nuevo sistema de vida y la resonancia afectiva que va a tener este cambio es lo que va a orientar su mentalidad futura y por otro su personalidad va a sufrir un duro cambio al sentirse disminuido tanto física como psicosocialmente.

A pesar que en determinados casos el internamiento va a suponer una solución a las dificultades sobre todo de tipo físico y práctico, el duro golpe a la personalidad y afectividad del anciano se va a dejar de sentir a lo largo de su vida futura, tanto que muchos viejos que en su vida anterior eran considerados activos, originales, dinámicos, fuertes, etc., sufren una clara regresión tanto a nivel social como psíquico, que le lleva a situaciones y conductas retraídas, de aislamiento y a veces agresiva.

Hay que tener en cuenta también que el anciano ante esta situación nueva va a recibir un fuerte schok que le llevará a un proceso de inadaptación, que dependerá en gran parte de la vida afectiva, socio-económica y de relación que el sujeto hubiera llevado en su vida anterior por un lado y por otro de las características ambientales de la residencia macroresidencia, - edificación y medios deficientes, falta de personal - adecuado, calor humano con el que son tratados, participación en tareas colectivas, funciones, etc.

En un estudio realizado por Goldfard, Kahn, Pollak y Gerber observaron que "en las instituciones donde se prestaba una exigua atención general y reinaba una at mósfera de desesperanza y vanidad, la respuesta de - los residentes al test de rostro-mano y a un cuestionario de estados mentales fue mucho más deficiente - que la de los residentes de hogares donde existía una atmósfera de mayor actividad y optimismo- Por su par te, los residentes de instituciones que cumplían prin cipalmente funciones de custodia eran a menudo apáticos y solitarios". (110).

Estos centros son propicios para crear o fomentar en el anciano un sentimiento de abandono que les sumerge en estados de tremenda inseguridad y el sentimiento - de fracaso que les lleva a un retraimiento social ca

da vez mayor. En esta situación la relación entre el personal del centro y el anciano van a ser decisivos para el restablecimiento de su equilibrio psíquico. - El anciano, tiene necesidad de sentir que los que se ocupan de él en la residencia sienten cariño, simpatía y comprensión por él y no solamente una mera condescendencia educada fruto de su estatus profesional, en otras palabras, necesitan "calor humano" del personal que le atiende. Podríamos decir que el anciano primero necesita ser aceptado totalmente por sí mismo en el grupo pero después reclama, desea y ansía ser comprendido y amado.

Otra variable que va a tener gran importancia dentro de la residencia-asilo para la buena adaptación social y el equilibrio psíquico del viejo va a ser la forma de vida que tenga dentro de la residencia: funciones, obligaciones, trabajo, distracción, actividades, empleo de su tiempo de ocio, etc. En esta línea creemos que debería ir encaminada la labor de las residencias con el fin de favorecer más la integración psíco-social del anciano.

Las teorías propuestas por J.A. Huet (111) sobre este tema nos parecen acertadas y de gran utilidad, Dichas propuestas son las siguientes:

- 1º. Favorecer las distracciones deseadas de aquellos que las formulen.

- 2º. Ayudar a los indecisos o a los "incuriosos" a descubrir una ocupación favorable a su personalidad teniendo en cuenta:
 1. El medio social (la escala de distracciones es distinta en el de la ciudad que en el del campo, en el sedentario y en el activo).
 2. La posibilidad de adaptación de los diversos individuos.
 3. La disminución de la determinación espontánea y de la crítica.
 4. Las convicciones religiosas y políticas.
 5. Por último, la mentalidad del viejo que le llevará hacia los placeres colectivos y hacia los individuales.

Por último no podemos olvidar que muchos de los problemas que actualmente padecen las personas de la tercera edad se deben a la actitud que nuestra sociedad muestra hacia la vejez, "una actitud urbana" y conse-

cuencia de la ciudad que procede de un medio industrial en el cual el envejecer conduce a una disminución de la capacidad productiva, a una merma de los ingresos, a una reducción de las facultades y aptitudes y a depender más de los propios hijos" (112). No obstante creemos que la sociedad está tomando conciencia de la situación social del anciano y muy pronto esperamos ver modificada radicalmente esta actitud - tan negativa que parece tener hoy nuestra sociedad - occidental y concretamente nuestra sociedad española.

Antes de acabar este apartado queremos dejar constancia de la importancia que tiene el empleo del ocio en la buena integración y relación afectivo-social del anciano en general y con mucho mayor motivo del anciano de residencia-asilo.

Los últimos y diferentes estudios que hemos aportado en este trabajo demuestran que la falta de actividad es un elemento negativo para un buen envejecimiento, es más, se ha comprobado que los ancianos que se han dedicado a hobbies u otro tipo de actividades de tipo individual o social tienden a envejecer mejor que las personas que no se dedican a hacer nada.

Es interesante tener presente este punto y sobre todo en el caso de los ancianos de residencias-asilos

puesto que diferentes estudios han demostrado que el nivel socioeconómico y cultural bajo influyen negativamente en la dinámica y actividad de la vejez, parece ser que las personas cultural y económicamente más pobres tienden a no hacer nada; esto es grave en nuestro caso puesto que los ancianos de las residencias - visitadas son de tipo medio-bajo y culturalmente también bastante bajos.

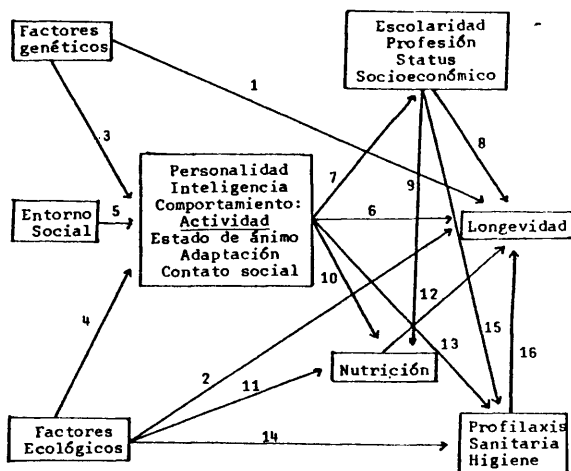
A nivel práctico hemos podido comprobar que la gran mayoría de los ancianos, no sólo los entrevistados, de las residencias visitadas tienden a no hacer nada durante el día, entre otras cosas porque no tienen personal preparado que les ayude, no están establecidos metódicamente determinados tipos de actividades, no se les facilita los medios necesarios y sobre todo no se les estimula lo suficiente. Lamentablemente como dijimos anteriormente parece ser que este tipo de residencias están más bien para cuidar el cuerpo que a la persona, con todas las implicaciones de todo tipo que un ser humano conlleva.

Por último no podemos acabar este capítulo sin hacer mención a la influencia que los factores ecológicos tienen sobre el comportamiento, afectividad y psicología de las personas ancianas. Coincidimos con Carp, 1975 (113); -- Cluff y Campbell, 1975 (114); Thomae, 1976 (115); Lehr, 1976 (116); Olbrich, 1977 (117); en que el envejecimiento no es tan sólo un problema biológico, psicológico y social, sino también es un problema ecológico.

El problema de la longevidad de las personas, se debe a la interrelación de factores biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos. El siguiente modelo estructural de Lehe (118) nos da una buena prueba de lo expuesto anteriormente:

Este modelo muestra como un componente genético (1) y los factores ecológicos (2) son capaces de influir directamente sobre la longevidad y asimismo (3+4) sobre la inteligencia, la personalidad y la actividad. La actividad. La estructura de la inteligencia y de la personalidad se ven también troqueladas por el entorno social (5), por los tipos de educación impartidos por los padres. La estructura de la inteligencia y de la personalidad parecen influir igualmente sobre la longevidad, tanto directa (6), como indirectamente al coincidir -al menos en los varones- con una mejor escolaridad (7) y un status social más elevado; ambos (8) se correlacionan directamente con la longevidad.

CORRELACIONES DE LA LONGEVIDAD



La mejor escolaridad supone además de la inteligencia, la personalidad y ciertas circunstancias del medio ambiente, la condición previa de una actividad profesional cualificada, la cual, a su vez, se conecta con la longevidad por medio del status socioeconómico. El status social (9), ligado a la correspondiente estructura de la personalidad (10) y a otras circunstancias del medio ambiente (11), permite una nutrición más racional, que puede considerarse también como una premisa más de la longevidad (12), así como la mayor profilaxis sanitaria y la mayor higiene (16) determinadas por la estructura de la personalidad (13), los factores ecológicos (14) y el status socioeconómico (15).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICASFactores biológicos

- (1) H.Ey.; Tratado de Psiquiatría, Edit. Toray-Masson, Barcelona 1975, pag. 793.
- (2) H.Ey.; Obra citada, página 792.
- (3) COMFORT, A.; The biology of senescence, Rinehart, New York, 1964.
- (4) MOISES, J.E.; Merritt, H.H. y Marsselnk, R.H. (Comps): The neurological and psychiatric aspects of the disorders of aging, Res. Publ. Ass. Nerv. Meut. Dis, vol 35, 1956.
- (5) LLAVERO.; Symptan mid Kausolitat, Ghienne Verlong, 1953.
- (6) LLAVERO.; Biogenética y crecimiento; el envejecer y el "arte de emvejecer" en I Congreso Nacional de Geronto-psiquiatría preventiva, Madrid, Sept. 1972, pag. 20.
- (7) SCHNEIDER, E.L.; The genetics of Aging, Pleum Press, New York, 1970, pag. 15.

- (8) LANSING, A.I.: General Biology of senescence, en Birren, J.E.: Handbook of aging and the individual, University of Chicago, 1973, pag. 123.
- (9) PEARL, R.: The biology of death, J.B.Lippincotteo, Phila delphia, 1922.
- (10) KASTENBRAUM, R.: Theories of human aging: "The search for a conceptual framework". The fournal of social issues, 1965, 13-36, pag 21.
- (11) CURTIS, H.J.: Biological mechanims underling the aging - process, Schience, 1962, 686-694, pag 141.
- (12) M.Ey.: obra citada, pag 799.
- (13) H.Ey.: obra citada pag. 800.
- (14) RAPPOPORT, L.: La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad, paidos, Buenos Aires, 1978, - pag. 54.
- (15) KASTENBRAUM, R.: Obra citada pag. 22.
- (16) ZAMORANO, L. y BOYA, Y.: El proceso del envejecimiento en el sistema nervioso central, en el I Congreso Nacional de Geronto-psiquiatria preventiva, 1977, 63-69, pag. 69.

- (17) BINET, L. y BOURLIERE, F.: *Precis de Gerontologie*, Edit -
Iliosson, Paris, 1955.
- (18) BINET, L. y BOURLIERE, F.: obra citada pag. 145.
- (19) H. Ey.: Obra citada pag. 800.
- (20) GEIST, H.: *Psicología y psicopatología del envejecimiento*
Paidós, Buenos Aires, 1977, pag. 119.
- (21) GEIST, H.: Obra citada, pag. 14.
- (22) LLAVERO.: Obra citada pag. 20.
- (23) H. Ey.: Obra citada, pag. 801.
- (24) GEIST, H.: Obra citada, pag. 14.
- (25) ZAMORANO, L y BOYA, J.: Obra citada, pag. 69.

FACOTRES PSICOLOGICOS

- (26) H. Ey.: Obra citada, pag. 796.
- (27) AJURIAGUERRA, J. y otros.: "Psychologie et psychometrie du
vieillard". En *comptations Psychie-*
triques, número 5, 1970.

- (28) ZUBEK, J.P. y FRIEND, C.M.: The effects of age on critical thinking ability, J. Gerontology, 13. 1958, pag. 410.
- (29) JEROME, E.A.: "Decay of heuristic process in the aged". En Tibbitts C. y Donohue, W: Aging around the - world. New York, Columbia Universtity Press, 1962, pag. 808-823.
- (30) Foster, J.C. y Taylor, G.A.: "The applicavility of mental tests to persons over fifty years of age". J. Applied Psychol, 1920, n^o 4, pags. 39-58.
- (31) BEESON, M.F.: Intelligence et senescence. J.Applied Psychol, 1920, n^o 4, pags. 219.234.
- (32) BILASH, I. y ZUBEK, T.P.: "The effects of age on factorially pure mental abielities, J. Gerontol, 15, 1960 pags. 125-182.
- (33) YERKES, R.M.: Psychological examining in the united states Army, Washington D.C., Academia Nacional de la ciencia, U.S. Government Priuting office, 1921.
- (34) CORSINI, R.Y. y FASSET, K.K.: "Inteligence and aging" J. Genet. Psychol, 82, 1953, pags. 249-264.

- (35) BIRREN, J.: y otros, Human Aging, Washington, D.C., - -
Government Printing Office, Publicación de la
Salud Pública nº 986, 1963.
- (36) RIEGEL, K.F.: "Ergebnisse and probleme der Psychologischen
Altern forschung" Vita Humana, 1, 1958, pags.
52-64.
- (37) LORGE.: En Savage y otros. Inteligencia y vejez. Edit. Cas
tillo, 1980. (En prensa).
- (38) SAVAYE, R.D., BRITTON, P.G., BOLTON, N. y HOLL, E.H.: Edit.
Castillo. 1980. (En prensa).
- (39) DENNIS, W.: Age and productivity among scientists" Science
123, 1956, pags. 724-725.
- (40) REVESZ.: Obra citada pag. 40.
- (41) PEREZ Y PEREZ, D.: Gerontolalias y Gerontolalopatías. Revis
ta de Gerontología, 1980.
- (42) GEIST, H.: Psicología y psicopatología del envejecimiento
Paidós, 1978, pag. 65.
- (43) HOWELL, T.H.: Senile deterioration in the central nervous
system, Brit. Med J. II, 1949, nº 4592, pags.
56-58.
- (44) GUTH, S.K., EASTMAN, A.A., y NCNELLS, J.F.: "Lighting - -
requirements for older workers", Illuminating
Engineering, 51, 1956, pags, 656-660.

253. b

- (45) RIEGEL, K.I.: "A study of verbal achievements of older - persons", octubre, 1959, pags. 453-456.
- (46) GEIST, M.: Obra citada pag. 34.
- (47) GLADIS M. y BRAUN, H.W.; "Age differences in transfer and retroaction as a function of interask response similitary", J. Exper. Psychol, 55, 1958, pags, 25-30.
- (48) ARENBERG. D.: Verbal learning and retention", The geron-
tologist, 7, 1, 1º marzo 1967
- (49) RUCH, F.L.: The differentiative effect of age upon learning
Genetic Psychol, 11, 1934, pags. 261-286.
- (50) LYONNAIS, G.: La vejez, Edit. Razón y fe, Madrid, 1965, -
pag. 129.
- (51) SOSSET, M. Resherches sur les troubles de la memorie, Ann
Med. Psych. 1933.
- (52) MIRA y LOPEZ, E.: Hacia una vejez joven, Edit. Kapelux, -
Buenos Aires 1961, pag, 90.
- (53) RODRIGUEZ PARTOR J.: El retiro hacia una nueva vida. Edit.
Cordillera, México, 1970

- (54) MIRALLET, P.: "Evolución psicológica del viejo bien -- adaptado". En *Lyonnais: la vejez*, Edit. Razón y Fe, Madrid 1965, pag. 136.
- (55) WEISS, K.: *El curso de la vida humana como problema psicológico*, 1943, pag. 40.
- (56) WEISS, K. y EHINGER, G.: *Declin des aptitudes areclóge*, - Ach. Psychol de Geneve, 1931, pag. 67.
- (57) DROLLER, K.: Falls and accidents in a random sample of - elderly people living at home. *Geriatrics*, 10, 1955, pags. 239-244.
- (58) GERST. H.: *Obra citada pags. 72-73.*
- (59) MIRAILLET, P.: *Obra citada pag. 138.*
- (60) GEIST. H.: *Obra citada pag. 53.*
- (61) STRONG. E.K.: *Change of interest with age*, Stanford, California, Stanford univ. Press, 1931. En Pressy, S.L. y Kuhlen, R.G.: *Psychological development through the life Spain*, New York, Horper & - Row, 1957.

- (62) VOGEL, S.B. y SCHELL, E.R.: Vocational interest patterns -
in late maturity and retirement. Gerontol, 1,
23, 1968 (Enero), pags. 66-70.
- (63) KOGAN, N. y WALLCH, M.A.: "Age changes in values and - -
attitudes". y Geront, 23, curso 1968, pags. 63-
70.
- (64) KOGAN, N. y SHELTON, F.C.: "Beliefs about old people: A
comparative study of older and younger samples".
J.Genetic Psychol, 100, 1962, pags 93-111.
- (65) ROSENFELT, R.H.: "The ederly mystique in old age as a - -
social issue" J.Social Issues, XXI, octubre -
1975, nº 4 pag. 37.
- (66) BRONLEY, D.B.: The psychology of Human ageing. Peuguin -
Books, Harmonds worth, 1966, pag, 93.
- (67) YENES, W.: The principles of psychology, London, Moimillan
1890.
- (68) WILLOUGHBY, R.R.: "The relationship to emotionalty of age,
sex and comyugal condition". Amer J. social. nº
43, 1938, págs. 920-931.

- (69) RORSCHACH, H.: Psychodiagnostics, Grune and stratton, New York, 1942.
- (70) PRADOS, M. y FRIED, E.G.: Personality structure in older age groups J.Clin. Psychol, 1947, 3, 113-113.
- (71) DAVIDSON, H.H. y KRUGLOV, L.: Personality characteristics in the institutionalised aged J.Consult Psychol 1952, 16, 6-12.
- (72) PACK, R.F. y BERKOWETZ, H.: Personality and adjustments in middle age, University of Chicago, 1959.
- (73) ROSEN, J.L. y NEUGARTEN B.L.: Ego functions in the middle and later years: a thematic apperceptions study of normal adults. J.Gerontol, 1960, 15, 62-67.
- (74) BROZEK, J.: Personality of young and middle-aged normal men item analysis of a psychosomatic inventory, J. Gerontol, 1955, 7, 410-418.
- (75) HARDYCK, C.D.: Sex differences in personality changes with age, J.Gerontol. 1964, 19, 78-82.
- (76) HARONSON, R.S.: A dicusion of personality change with ageing. J.Clin Psychol, 1960, 16, 63-65.

- (77) SWENSON, W.M.: Structured personality testing in the aged: an MMPI study of the geriatric population. *J. Clin Psychol*, 1961, 17, 302-304.
- (78) SLATER, P.E. y SCORR, M.A.: Personality in old age. *Genet Psychol Monogr*, 1964, 70, 229-269.
- (79) CAMERON, P.: Introversion and egocentricity among the aged. *J. Gerontol*, 1967, 22, 465-468.
- (80) BYRD, E.: Measured anxiety in old age. *Psychol. Rep.*, 1959, 5, 439-440.
- (81) SEALY, A.P.E.L.: Age trends in adult personality as measured by 16 PF Test. *Bull Brit psychol. Soc.*, 1965, 18, 59-65.
- (82) SAVAGE, R.D. y otros: Personality and adjustment in the aged. Academic Press, London, 1977.
- (83) THOMAE, H.: Determinantes de constancia y cambio en el desarrollo de la personalidad Congreso Mundial de psicología, Tokio, 1972, en *Revista de psicología General y aplicada*, Madrid, 1974. Pags. 1-16.

- (84) HALL, C.S. y LINZEY, G.: La teoría personológica, Paidós, 1974, pág. 21.
- (85) HALL, S.A. y LINZEY, G.: Obra citada pag. 23.
- (86) RIEGEL, K.F. Personality theory and ageing, En Birren J. Handbook of aging and the individual. University of Chicago, 1973, pag. 800.
- (87) GEIST, H.: Obra citada pag. 23.
- (88) RIEGEL, K.F.: Obra citada pag. 801.
- (89) GEIST, H.: Obra citada pag. 80.
- (90) GEIST, H.: Obra citada pag. 29.
- (91) ALDER, A.: La psicología del individuo. En Janet, P.O. y otros: la psicología profunda, Paidós, 1966, pag. 66.
- (92) ERICKSON, E.H. Identity and the life cycle, New York, - - international Universities Press, 1959, pag. 98.
- (93) ERICKSON, E.H. Obra citada pag. 98.
- (94) GEIST, H.: Obra citada pag. 29.

(95) SARBIN, T.R.: Role theory (1954) En Lindzey, G. Handbook of social psychology, pags. 225-258.

(96) BLAU, Z.: Changes in status and age identification. Am. Social Rev. 21, 1956, pag, 203.

FACTORES SOCIALES

(97) DUOCASTELLA, R.: Informe sobre la tercera edad Edit. Fontanella, 1976, pag. 44

(98) RUIZ RUIZ, M.: "Sociología del anciano y epidemiología de los trastornos psíquicos en las personas de edad avanzada. En I Congreso Nacional de Geronto-psiquiatria preventiva LIADE, 1972, pag. 203.

(99) MIRAILLET, P.: Obra citada pag. 140.

(100) WOLTROCK. H.: La vejez, segunda vida del hombre. Fondo de cultura Economica, Buenos Aires, 1962, pág. 204-205.

(101) JACKSON, J.: Elderly Parents: Their affective relationship with their adult children, Washington, D.C., - 1967. (trabajo leído en la Reunión de la asociación Norteamericana de psicología en Septiembre de 1967).

- (102) GOLDFARB, A.I.: Factores psicosociales y Sociosicólogos del envejecimiento. En Zinber, N.F. u Kaufman I Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires 1976, pag. 88.
- (103) GOLDFARB, A.I.: Obra citada pag. 89.
- (104) GOLDFARB, A.I.: Obra citada pag. 89.
- (105) WOLTERECK, H.: Obra citada pag. 221.
- (106) MIRAILLET, P.: Obra citada pag. 151.
- (107) MIRAILLET, P.: Obra citada pag. 152.
- (108) ARNION, J.M.; La sociedad y los viejos. En Lyonnais; La - vejez, Edit, Razón y Fé, Madrid, 1965, pag. 270.
- (109) DUBLINEAU, J.: Psicología del envejecimiento en el hombre. En Lyonnais; La vejez, Razón y Fé, Madrid 1965, pag. 108.
- (110) GOLDFARB, A.I.: Obra citada pag. 90.
- (111) HUET, J.A.: Organisation des loisirs des veullords, Rev. Franc. de Geront. Diciembre 1965, pag. 343.

- (112) DUNHAM, H.W.: Sociological aspects of mental disorders in later life. En Kaplan, Q.J.: Mental Disorders in later life. Stanford, California, Stanford Univ. Press, 1956, pag. 169.
- (113) CARP, F.M.: Life-style and location within the city, Gerontologist, 15, 1975, pág. 27-34.
- (114) CLUFF, P.J.; Campbell, W.H.: The social corridor: an environmental and behavioral evaluation. Gerontologist, 15, 1975, pág. 516-523.
- (115) THOMAE, H.: Okologische Aspekte der Gerontologie Ztschr. Gerontol, 9, 1976, pág. 407-410.
- (116) ZEHR, U.: Altern als soziales und ökologisches Schicksal En: M. Blohmke: sozial pathologie, Epidemiologie, Gentner Verlag, Stuttgart, 1976, pág. 63-70.
- (117) OLBRICH, E.: Okologische Einflüsse and das Verhalten in Alter. Actuelle Gerontologie, 7, 1977.
- (118) LEHR, U.: Psicología de la senectud, Edit. Herder, Barcelona, 1980, pág. 358-359.

CAPITULO III

LA AFECTIVIDAD EN LA VEJEZ

1. DELIMITACION DEL CAMPO.

Si hay una época donde la afectividad es uno de los pilares de la existencia, del estar en el mundo del hombre y de sus relaciones con los demás, esta época es la que comprende los años de la vejez.

El mayor o menor grado de integración y realización afectiva va a permitir al anciano dar una mejor o peor reacción - positiva a los diversos estímulos que vienen dados continuamente y como consecuencia de esto su grado de adaptación - psico-social va a depender en gran parte de su afectividad.

Es tan importante y decisiva la afectividad en esta época - que va a modificar sustancialmente la actividad y concepción del estar en el mundo del anciano y va a incidir decisivamente en sus procesos de relación con los demás y en su propia personalidad.

Con la crisis involutiva sexual podemos decir que comienza un proceso desequilibrante afectivo distinto al de las anteriores etapas de la vida, tanto para el hombre como para la mujer. A este respecto Marañón nos dice que "la mujer pasa con facilidad de la alegría a la tristeza, de la furia a la calma" (1). Sin embargo más que un desequilibrio afectivo, yo apuntaría hacia una clara involución fisiológica del ser humano, por el ambiente distinto y agresivo que aparece -

pronto en la vida del anciano; por la inutilidad e inactividad social a la que es sometido; por el cambio que experimenta a nivel familiar; por la pérdida de valores físicos, personales, sociales, etc. Todo esto hace que el viejo se repliegue en sí mismo, que su yo sufra una profunda evolución hacia procesos de interiorización y egocentrismo y esto hace asimismo que el anciano se vuelva irascible, agresivo a veces, intolerante, etc. hacia el medio ambiente que le rodea.

Este proceso de involución afectiva va a estar afectado por una serie de factores y situaciones que le van a suceder al viejo y que le van a llevar a tomar actitudes y formas de realizarse y comunicarse con los demás. Dichos factores, que más adelante expondremos con más amplitud, como la familia, el nuevo tipo de relaciones sociales, el deterioro de procesos psicológicos (inteligencia, memoria, estimulación, etc.), la inactividad, la soledad, la muerte, etc. van a incidir directamente en los procesos de relación afectiva de los viejos.

Todo esto nos lleva a la concepción de que la vida del anciano es un abanico de situaciones, posibilidades, relaciones y acciones cargadas de una intensa afectividad y cuyas proyecciones hacia la sociedad le van a dar un carácter marcadamente diferente del de los mismos procesos y situaciones afectivas del adulto y del joven. Esto hace que la vida

afectiva del anciano sea vista por la sociedad como diferente, y de hecho es distinta, a la de cualquier otra época anterior de la vida del hombre.

2. BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LA AFECTIVIDAD.

A pesar de que vamos a tratar la afectividad desde un punto de vista "afectivo-social", es decir, los procesos de comunicación y relación social modificados por el proceso involutivo paulatino y progresivo de la afectividad, sin meternos en la problemática de las grandes emociones o alteraciones afectivas, no está de más -sino que consideramos indispensable- hablar sobre las bases neurofisiológicas en las que descansa en última instancia la afectividad y que en la vejez van a ser de suma importancia puesto que existe un proceso involutivo biológico de sus órganos que va a repercutir grandemente en los procesos conductuales afectivos.

Para el estudio de este apartado vamos a seguir muy de cerca las investigaciones de McLean (2), que ha sido uno de los más destacados estudiosos de este campo.

Para este autor las emociones se pueden clasificar en tres: fundamentales, específicas y generales.

Las emociones fundamentales son las que nos proporcionan las necesidades orgánicas primarias, tales como, el hambre,

la sed, la necesidad de respirar, etc. Su mecanismo neurofisiológico está regido principalmente por los núcleos hipotalámicos, y de modo más extenso por todo el Diencefalo.

Las emociones específicas son las que se pondrían en juego por medio de la activación de sistemas sensoriales específicos, tales como el dolor. En el dolor interviene un proceso de afectividad que hace que a veces se olvide en función de una causa mejor; esta especie de afectividad que se da por ejemplo en el dolor, está vinculada principalmente a la actividad del sistema límbico, que como puede verse amplía y enriquece la región diencefálica.

Por último la tercera forma de afectividad propuesta por McLean, las emociones generales, está muy relacionada con las dos anteriores pero difiere básicamente de éstas por el hecho de que se puede persistir mucho tiempo después de la desaparición de las circunstancias que la provocaron. Estas emociones podríamos decir que son los sentimientos que caracterizan las situaciones tanto individuales como de grupo, tales como el miedo, la cólera, el amor, etc. Y véase en esto, la vinculación emotiva con la mnésica.

"Las emociones generales parecen, pues, resultar de la combinación de una experiencia interna y externa... y el sistema límbico es el que intervendría directamente en este proceso dando su calor afectivo a la información e influyendo consecuentemente en la acción" (3).

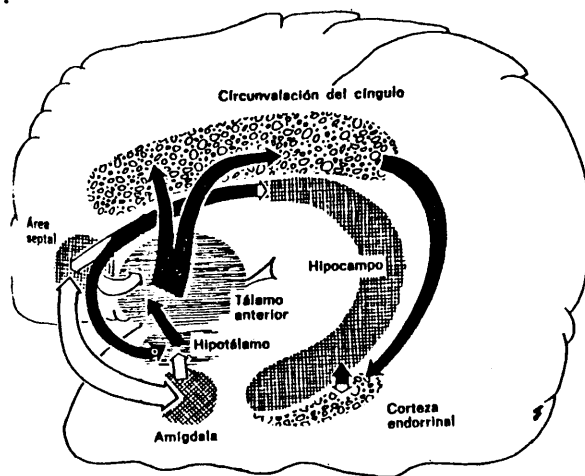
Y para una mayor ampliación, podríamos repasar los elementos que constituyen los circuitos de la vida afectiva y los componentes de la memoria (Langworthy, Adey, Papez, etc.).

En un nivel superior al sistema límbico tenemos otra estructura neurológica, el neocortex, jerárquicamente más elevada, que es el que en definitiva presidirá la decisión y estrategia de cualquier acción influida por los procesos afectivos. El neocortex recibe asimismo sus informaciones de las formaciones sensoriales y del sistema vegetativo por medio de la formación reticular, puesto que cualquier tipo de reacción afectiva está íntimamente relacionada con la vida orgánica de nuestras vísceras. Y como una conexión inevitable tenemos la HPM (haz prosencefálico medial).

En cierta manera el hombre se ha servido del neocortex para interpretar, para justificar o reducir a un juicio de valor sus reacciones afectivas, "consciente de sus emociones, las ha interpretado con su lenguaje nuevo, el lenguaje de su neocortex, su lenguaje lógico-matemático, su lenguaje de las estructuras relacionales entre él y el entorno" (4).

Para McLean las vías y centros principales, aparte del neocortex que actúa a nivel superior, implicados en el sistema límbico, que rigen los procesos afectivos, son los siguientes: área septal de la corteza, las áreas corticales cingulada y entorrinal, el hipocampo y la mayor parte del núcleo amígdala-

lino. En cambio Papez (Fig.1) (5) establecía un circuito - que iba desde la corteza entorrinal al hipocampo, del hipocampo al hipotálamo a través del fornix y desde aquí al tálamo anterior para acabar finalmente en la circunvolución del cíngulo.



(Figura 1).- Esquema del sistema límbico, proyectado dentro del contorno externo del cerebro. Las flechas negras representan las conexiones neurales designadas por Papez como vías límbicas. Las flechas blancas presentan las conexiones descubiertas desde aquel tiempo.

Si bien hemos dicho que el sistema límbico es el que interviene principalmente en los procesos afectivos, hay otros centros cerebrales al margen del sistema límbico que también intervienen, aunque sea de forma indirecta o relacionada con

otros centros, en el proceso afectivo. Así pues las respuestas vegetativas a cambios internos que acompañan a la emoción son organizadas por el tronco del encéfalo, el cual es muy sensible a los cambios del medio interno y se halla bajo la influencia de varios centros cerebrales superiores. El mesencéfalo, por su parte, interviene en respuestas a las sensaciones dolorosas y en reacciones defensivas a estímulos emocionales. El hipotálamo integra las reacciones vegetativas y del comportamiento tanto en el furor, como en el miedo con la actividad, con el resto del sistema límbico. El hipocampo interviene en el aprendizaje y en la memoria pero también en las reacciones afectivas. Los núcleos de la amígdala también intervienen en los comportamientos de furor y de miedo. La corteza temporal además del aprendizaje interviene en las sensaciones de miedo. Los núcleos anteriores del tálamo y de la corteza prefrontal intervienen asimismo en los procesos de la ansiedad y de la afectividad y en las situaciones de anticipación.

Con esto dejamos de forma clara y sucinta la influencia de determinados centros nerviosos en los procesos de afectividad, centros que tienen gran incidencia en las respuestas afectivas de los ancianos debido al proceso involutivo de los órganos cerebrales y a la jerarquía que les corresponde.

La mayoría de los autores han llegado a la conclusión de que las respuestas emocionales que un organismo muestra en la ni

ñez no incluyen todas las respuestas heredadas, sino que muchas se irán adquiriendo con la maduración de las estructuras necesarias, asimismo después de dicha maduración las respuestas han de ser utilizadas a menudo, si no desaparecen sus relaciones funcionales y estructurales subyacentes (esto es muy frecuente en la vejez), pero además en esta época se da otro proceso que acentúa todavía más la involución afectiva y es como dije anteriormente la involución de los órganos cerebrales. Esta podría ser una respuesta al cambio de las emociones fuertes de la juventud por un proceso afectivo más suave, más tranquilo y más pasivo en la vejez.

3. CONCEPTO DE AFECTIVIDAD EN LA VEJEZ.

Antes de abordar de lleno este apartado sobre la afectividad creemos imprescindible clarificar y determinar con toda nitidez el concepto de afectividad que vamos a adoptar a lo largo de nuestro trabajo. No obstante, no vamos a profundizar en toda la problemática y estudios que sobre este campo se han hecho puesto que desbordarían nuestros propósitos. Sin embargo, apuntaremos algunas de las diferentes posturas que sobre el concepto de afectividad se han dado, al mismo tiempo que clasificaremos los conceptos de afectividad, sentimientos, emociones y estados de ánimo, imprescindibles para nuestro trabajo.

El hombre en general y con mayor motivo el viejo no partici-

pan de las peripecias que les suceden a lo largo de la vida de un modo neutro e indiferente, sino que tiene lugar un continuo asentimiento y sentimiento, un estar al tanto de las situaciones del medio ambiente que les rodea, en una palabra, se sienten afectados por los diversos acontecimientos de su vida y como consecuencia de esta incidencia afectiva su conducta posterior viene modificada tanto a nivel personal como social. Este proceso de incidencia y respuesta es lo que entendemos por afectividad.

Para el anciano al hecho de sentirse afectado por un hecho, situación o acontecimiento, depende de la vida que haya llevado, de los intereses, motivaciones, tendencias y situaciones vitales en las que se encuentre actualmente.

La afectividad, pues, es una manera propia y peculiar de cada persona para aceptar sus hechos vitales, la forma de elaborarlos y la respuesta conductal que a dichos hechos les da el hombre, y en nuestro caso el hombre anciano.

Centrándonos en la problemática de la tercera edad, observamos que la experiencia afectiva diaria del hombre viejo no cuenta con nuevos recursos dinámicos sino que participa muchísimo de las experiencias pasadas, vividas, es decir, que la realidad afectiva presente del anciano viene teñida en gran parte por su vida anterior. Esto origina un tipo específico de conducta, de ver las cosas, de actuar, en una

palabra, de estar afectivamente en el mundo, muy diferente a la del joven o del adulto.

Dentro del campo de la afectividad se han distinguido claramente tres tipos de afectos:

1° Las emociones: es un fenómeno mediante el cual el hombre se siente afectado bruscamente por una representación mental pero llevando consigo un efecto orgánico de máxima importancia.

2° Los sentimientos: son mucho menos violentos y más matizados que las emociones, se emplean en un sentido más general, dado que viene del verbo "sentir", cuyo significado tiene una acepción general y por último no conllevan una alteración o modificación somática como las emociones.

3° Estados de ánimo: vendrían a ser estados afectivos básicos que no dependen directamente de ninguna representación o idea, vendría a ser en última instancia, formas peculiares afectivas de ser y de vivir puesto que "representan la forma estable y habitual de sentirse afectado"(6).

De estos tres tipos de afectos, los sentimientos y los estados de ánimo vendrían a configurar el campo afectivo del viejo tal como lo vamos a tratar en este trabajo, por un lado - representarían la situación real afectiva del anciano y su -

forma de actuar bajo dicho estado afectivo y por otro porque en el viejo el mundo emotivo de las pasiones, del odio, de la ira, en suma de las grandes emociones no se da, sino que deja paso a un mundo tranquilo monótono pero lleno de innumerables procesos de afectividad.

4. BREVE ANALISIS HISTORICO DE LA AFECTIVIDAD.

A pesar de que el estudio de la afectividad de la tercera edad es prácticamente actual, debido en parte a las necesidades y exigencias que las sociedades industrializadas actuales han impuesto, el problema en sí del mundo afectivo ha sido tratado ya por muchos autores desde la antigüedad. En principio, fueron los filósofos los más interesados sobre este campo, después gran cantidad de psicólogos han estudiado y abordado este campo con verdadero interés y rigor.

Si hacemos un análisis histórico de los autores que han tratado el campo de la afectividad vemos que ya la filosofía griega se sentía atraída por el mundo de los sentimientos. En el período presocrático tiene ya gran auge e importancia la teoría del placer y del dolor. En el período socrático entra como elemento decisivo la moral. Epicuro por su parte considera el placer como la ausencia del dolor y a lo que tiende el hombre. Para Platón el placer no es la ausencia del dolor sino que está relacionado con la armonía, en cambio el dolor con el desorden. Aristóteles en cambio dice que el

placer viene como coronamiento de la actividad moral.

El cristianismo viene a proporcionar una nueva interpretación de la vida afectiva introduciendo el amor como elemento importante de todas las pasiones, exponentes de esta línea son San Agustín y Santo Tomás.

Avanzando en la historia vemos que en el renacimiento reaparece la teoría de la relatividad del placer, bajo el influjo de la restauración epicúrea; Montaigne y Cordan son buen testimonio de esta teoría.

Con Descartes comienza una nueva época para la psicología de la vida afectiva, al formular una teoría fisiológica de las pasiones afirmando que los movimientos de los espíritus animales son la causa ocasional de las pasiones de alegría y de tristeza, pero añade que éstos consisten en el conocimiento de una perfección o imperfección. Spinoza siguiendo la línea descartiana aplicó el método matemático al estudio de la vida afectiva, en cuya cúspide del proceso coloca el amor intelectual de Dios, que es el que en última instancia lleva al hombre a la dicha o a la virtud.

La Rochefoucauld por su parte reduce al amor propio todos los movimientos de la sensibilidad humana.

Leibniz bosqueja una teoría metafísica de la sensibilidad y

llega a la conclusión de que el placer es como el sentimiento de nuestra perfección.

Con la filosofía moderna se llega al concepto de que la vida afectiva es independiente del conocimiento y de la voluntad; uno de los pioneros de esta línea ha sido Rosseau con su teoría de la superioridad de la sensibilidad sobre la razón.

Kant fue el filósofo que consagró definitivamente la división tripartita de las facultades del alma, elevando el sentimiento a una modalidad originaria de la conciencia.

Después de Kant se suscitan distintas tendencias sobre la vida afectiva: Herbert reduce el sentimiento a la acción recíproca de las representaciones, Hamilton vuelve y renueva la teoría aristotélica del placer. Jouffray y Garnier incluyen dentro del campo de la sensibilidad las inclinaciones, las emociones y las pasiones. Las teorías positivistas y evolucionistas afirman que la actividad consciente influye directamente en los estados y procesos afectivos.

Para Max Scheler los sentimientos son formas de intenciones de valores, los cuales ya tienen una jerarquía a priori.

Los fenomenólogos distinguen entre sentimientos sensoriales, sentimientos vitales, sentimientos anímicos y sentimientos espirituales.

Spranger por su parte, cuando describe los tipos psicológicos los determina según el valor que predomina en el hombre, así si predomina el valor de rentabilidad tendremos un hombre económico, si predomina el valor de dominio tendremos un hombre político, si predomina el valor de amor tendremos un hombre social, si predomina el valor de estático tendremos un hombre estático, si predomina el valor de trascendencia tendremos un hombre religioso, si predomina el valor de verdad tendremos un hombre teórico. A cada persona se le comprendería mejor sus afectos y emociones una vez conocido el tipo de valor que predominara en ella.

Por su parte los psicólogos también han aportado bastante al mundo de la psicología de la afectividad. Uno de los primeros psicólogos dedicado al campo de la psicología de los sentimientos fue Ribot, sin embargo los más destacados en este campo fueron los alemanes y americanos. Como representantes del campo alemán podemos citar a Schopenhauer y Hartmann - quienes hacen de la psicología del dolor la base de su moral y de la teoría del conocimiento. Wundt por su parte agrupa los afectos o sentimientos en tres pares ambivalentes: placer-disgusto, tensión-solución y excitación-calma.

Freud habla de que todos los sentimientos del hombre serían una modificación de los primeros sentimientos de placer y de displacer del niño.

Entre los americanos destacan como investigadores importantes de la psicología del sentimiento, James y Watson entre otros, para este último existirían solamente tres emociones elementales en el niño, el miedo, la ira y el amor, todos los demás sentimientos y afectos serían el resultado de la combinación de estas emociones elementales.

Dentro del campo de la psicología de la afectividad ha habido grandes controversias entre los psicólogos. Para unos los afectos serían la expresión consciente de los instintos biológicos, la gran variedad de afectos humanos vendría como resultado del progresivo proceso de socialización del hombre; el hombre primitivo, al ir socializándose iba reprimiendo paulatinamente sus pulsiones biológicas para dejar paso a los distintos afectos.

Para otros psicólogos en cambio la afectividad del hombre es exclusivamente humana y no admiten que sea solamente una modificación de los instintos biológicos, primitivos socializados. Aducen estos psicólogos que si lo propio de lo biológico son los instintos, lo propio de lo psicológico sería lógicamente las tendencias o intereses humanos, estas tendencias podrían ser la consecuencia inmediata de los deseos de triunfo, deseos religiosos, políticos, éticos, sociales, económicos, etc. Con esto vienen a afirmar que para conocer la dinámica afectiva de una personalidad deberíamos comprender antes la estructura propia de sus intereses o tendencias.

No vamos a entrar en los problemas biológicos y psicológicos que a nivel teórico plantea la psicología de la afectividad puesto que escapa a nuestros propósitos, sin embargo queremos dejar claro que vamos a tratar la afectividad del viejo no como estados emocionales fuertes, estancos y aislados, si no como un proceso afectivo continuo y cambiante, mediatizado, limitado e incidido directamente por las distintas variables bio-psico-sociales que se dan en esta edad. Este proceso está influyendo de una manera directa en toda la vida personal y de relación del anciano, y le va a llevar al sujeto a estados permanentes de formas de reaccionar, de vivir y de relacionarse con los demás. Formas que han llevado a definir y claramente la realidad afectiva del anciano como una forma muy peculiar de actuar, de sentir y de vivir del anciano muy diferente y distante de la de otras edades anteriores de su vida, tales como, la niñez, adolescencia o adulted, aunque como veremos más adelante existe analogía con estas edades.

Todo este proceso afectivo del anciano viene implicado directamente por una serie de variables psico-sociales, tales como la familia, la relación social, comunicación, muerte, actividad, etc. que le van a dar al anciano una forma muy peculiar de pensar, una modificación en sus procesos memorísticos, en sus motivaciones, intereses, actitudes, etc.

Podríamos decir, pues, que existe en el viejo un proceso in-

volutivo de su afectividad, provocado por las diferentes variables biológicas, psicológicas y sociales (propias de esta edad) que aparecen en el mundo del anciano y que le van a dar una forma muy peculiar de ser, vivir, comportarse, estar en el mundo y relacionarse con los demás.

5. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS EN EL MUNDO AFECTIVO DEL NIÑO Y DEL VIEJO.

Siempre se ha dicho que los viejos se vuelven como niños pero si bien esta afirmación coincide con la realidad en algunos aspectos creemos que es difícil buscar una identificación entre la primera y la última edad de la vida del hombre. Podemos decir que estas dos edades infancia y vejez tienden a completarse por oposición, puesto que por un lado se enfrentan el "cosmotropismo de la infancia, frente a la interiorización del viejo" (7) y por otro lado existe una actividad eminentemente biológica en la niñez que contrasta claramente con un proceso eminentemente experiencial del viejo.

Hemos leído en infinidad de libros y hemos podido comprobar en la realidad que el viejo se siente feliz y quiere a los niños, el niño viene a llenar una gran parte de la vida del viejo. En palabras de Jung "el niño es el lazo de unión más eficaz entre el viejo, apartado más que a medias del grupo social, y su nuevo universo creado por su individuación"(8). Efectivamente el viejo pone de manifiesto, en sus respuestas

a los cuestionarios y en el coloquio realizado con ellos al pedirles opinión sobre la niñez, cuán importantes son los niños en su mundo, concretamente los nietos, dado que en la mayoría de los casos, existe una falta de confianza para expresar sus afectos y preocupaciones con los hijos, mientras que con los nietos pueden expresarse a sus anchas. Tan importante es el papel que el niño desempeña en el mundo del anciano que P. Miraillet ha llegado a decir que "el niño viene a restablecer felizmente, en un plano distinto al adulto los puntos de contacto entre el viejo y el mundo" (9) mediante un proceso de expansión afectivo-social con el niño, cosa que no puede hacer ni con los jóvenes ni con los adultos.

Sin embargo, a pesar de que el joven no propicia una relación afectivo-social tan buena y provechosa para el anciano, a lo largo de la historia se ha creído que el viejo obtiene la fuerza y la vida del joven por medio de procesos de incorporación, absorción por contacto corporal y por migración del espíritu a distancia. Buena prueba de ello la tenemos en el Antiguo Testamento como cuando David era viejo le buscaron una mujer hermosa y joven y virgen para que velase por él y durmiera en su casa con el fin de que se sintiese estimulado, abrigado y sobre todo vivificado. Los griegos y romanos en cambio solían servirse de jóvenes agraciados, atléticos y vigorosos, tanta es la importancia de la influencia de la juventud en el proceso de envejecimiento que "Hufeland famoso fisiólogo alemán, puso de relieve la longevidad de -

los maestros de escuela y la atribuyó a que viven permanentemente entre las saludables emociones de las personas jóvenes (10).

Sin embargo, volviendo al problema de las relaciones y problemáticas afectivas de los viejos y los niños, vemos que se dan una serie de antagonismos que son los que hacen que, como dice P. Mairellet, se complementen. Así vemos que mientras en el niño existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y apegarse a ellos, en el anciano se da el proceso contrario puesto que tiende a buscar refugio en sí mismo, a aislarse y a tratar de desprenderse afectivamente de los demás. Por otro lado mientras en los niños la conducta de apego va dirigiéndose progresivamente hacia personas distintas de la madre y del padre, en el viejo se da una conducta de apego cada vez más fuerte hacia las personas más allegadas; parece como si se repitiese de modo inverso ese apego existente en la infancia de los hijos hacia los padres. Asimismo se da el caso de que a pesar de que el niño en su proceso evolutivo adquiere cada vez mayor grado de confianza y vínculo afectivo con personas ajenas a la familia, en última instancia siempre conserva ese sentimiento de seguridad en los padres, caso que en los ancianos es muy frecuente puesto que en quienes confían ciegamente y con quienes se sienten seguros es con sus hijos.

A pesar de que el vínculo afectivo con los padres va debili-

tándose poco a poco, llegando en su máximo esplendor en la -
adolescencia, podemos afirmar con Bowlby que "este vínculo -
con los padres se mantiene durante la vida adulta y afecta -
la conducta de muchas maneras" (11) en la mayoría de los ca-
sos. Por eso en la vejez, como su afectividad no puede -
orientarse de modo real hacia miembros de la generación ante-
rior puesto que ya no viven, se vuelca totalmente hacia la -
generación infantil.

Siguiendo este proceso humano afectivo, decimos que: mien-
tras en la adolescencia e incluso la vida adulta, gran par-
te de la conducta afectiva generalmente se dirige no sólo a
personas ajenas a la familia sino hacia grupos e institucio-
nes diferentes, en el anciano esta conducta afectiva tiende
a dirigirse principalmente hacia miembros de la familia, -
principalmente hacia los nietos.

Otro factor importante que diferencia el proceso afectivo en
tre el anciano y el niño es "la interacción social", dado -
que cuanto mayor estimulación, relación e interacción so-
cial tenga una persona, tanto más alto será el grado de afec-
tividad y conducta de apego; así pues, podemos comprobar que
mientras el niño tiene un proceso evolutivo progresivo en -
cuanto a su interacción social, el viejo manifiesta el mismo
proceso pero regresivo, con lo cual existe un menor grado de
expansión afectiva en comparación con el progresivo aumento
de conductas afectivas del niño. Esto se da entre otras co-

sas, aparte del proceso evolutivo del niño, porque mientras que en la niñez todo el ambiente se dispone a favor de una mejor y mayor interacción social por la cantidad constante - de estimulación que recibe el niño, en la vejez el ambiente es muy escaso en estimulación social e incluso en muchos casos (como en los ancianos de los asilos) se vuelve en contra o se les anula notablemente.

Vamos a hablar ahora de las semejanzas entre el anciano y el niño respecto a su conducta afectiva. Tanto el viejo como - el niño tienden a sentirse fuertemente apegados afectivamente a una persona en particular por encima de todos los demás y como un mecanismo de seguridad personal e interna.

En el desarrollo de la conducta afectiva interactúan de manera continua procesos biológicos y ambientales, y mientras en el viejo existe un proceso involutivo biológico y una restricción en sus posibilidades ambientales, en el niño dicho proceso biológico está en un proceso evolutivo y el ambiente es muy propicio para el buen desarrollo afectivo.

Otro punto de aproximación entre el niño y el anciano es el temor que experimentan ante la presencia de los extraños.

Asímismo una coincidencia dentro del campo afectivo entre el anciano y el niño muy importante, es el hecho de que tanto - uno como otro sienten angustia y pierden su seguridad cuando

se distancia o desaparece el objeto de su afecto (los padres para el niño y los hijos para el anciano).

"Los padres que han llegado a la ancianidad y que años antes se habían mantenido por sí mismos, se sienten de pronto despojados de sus puntos de apoyo, hogar, hijos, posesiones y amigos, de modo que lo primero que se resiente en ellos es su seguridad psíquica y emocional. Es decir que estas personas experimentan el ciclo de inseguridad emocional de la infancia y después la inseguridad emocional de la vejez. Con todo, en la inseguridad emocional de la infancia existe un futuro, y por ende, la posibilidad de superarla, mientras que en la inseguridad emocional de la vejez sólo hay un pasado y este pasado era lo único que tenía el anciano, hasta hace muy poco, para formarse un presente digno de ser vivido" (12).

Todo este desarrollo de coincidencias y antagonismos entre el viejo y el niño nos vienen a demostrar cuan importante, decisivo y delicado es el mundo afectivo del principio y del final de la vida del hombre.

Creemos, pues, dado que el ambiente es uno de los elementos más decisivos e incidentes del mundo afectivo de los ancianos y que dicho ambiente puede ser modificado, que deberíamos como psicólogos contribuir de manera decisiva a crear un mundo lleno de estimulaciones afectivas suficientes para que el anciano pueda realizarse, al igual que sucede en la niñez.

6. ANALOGIAS ENTRE LA ADOLESCENCIA Y LA VEJEZ.

El impacto psicológico que produce en el anciano el deterioro biológico, puede compararse con el impacto que produce la pubertad en la adolescencia. Así podemos apreciar que tanto en la adolescencia como en la vejez existen una serie de cambios bruscos, físicos, sociales y psicológicos, alteraciones que en ambos casos suelen provocar determinados comportamientos afectivos y emocionales.

"El palpitar de los nuevos impulsos, dice Buhler, y los nuevos problemas vitales provocan una crisis personal en la pubertad, así durante el climaterio la pérdida o disminución de las potencialidades puede crear problemas similares"(13).

Asímismo, según Frenkel-Brunswik, existe en ésta última fase de la vida un paralelismo bastante original con la etapa adolescente y es que mientras "en ésta, el adolescente abandona la vida de la infancia; en aquélla, el anciano debe traspasar el umbral que lo lleva a su vida futura" (14).

Otro dato en común que se dá en la adolescencia y en la vejez es que ambos participan de una gran dificultad de adaptación a su nueva etapa, puesto que los distintos y diferentes cambios imponen lógicamente nuevas necesidades de acomodación.

Si estos procesos de adaptación no se dan con éxito, lo más probable es que tanto el viejo como el joven se replieguen - en sí mismos, en una "variedad de técnicas defensivas, que - pueden incluir el vivir en el pasado, la regresión a conductas infantiles los lapsus de la memoria, de la vista o de la audición, e inclusive alucinaciones". (15).

Otro dato en común según Barker y Barker (16) es que el "alcance territorial" de las personas que pasan los 65 años, es decir, el número de marcos de conducta de los que forman parte, se asemeja al alcance que presentan los adolescentes y es mucho menor que el que corresponde a los adultos que tienen entre 18 y 64 años. Aproximadamente el mismo dato aparece cuando analizamos la actividad de dichos marcos de conducta, la mayoría de los viejos y de los adolescentes, en comparación con los adultos, se hallan con mayor frecuencia en los márgenes de las situaciones sociales como simples observadores y no como participantes activos.

Otro dato importante que une la adolescencia y la vejez es - la situación socio-económica que ambas tienen y que depende exclusivamente del mundo de los adultos. McNeil (17) en una encuesta realizada en USA a ancianos mayores de 65 años encontró que más del 50% de ellos manifestaban una clara dependencia económica, bien fuera de su familia, de la Seguridad Social o de Asociaciones Benéficas.

Todo esto nos muestra una serie de coincidencias y analogías entre estas dos etapas de la vida, sin embargo no cabe la menor duda que las perspectivas futuras y planteamientos vitales de la vida, a pesar de dichas analogías, son muy distantes por no decir opuestos, dado que mientras el adolescente le queda toda la vida por delante al viejo toda esa vida se le ha acabado, de hecho los jóvenes tienden a agruparse y a buscar nuevas posibilidades de actividad, en cambio los ancianos se refugian en su "fantasía", recuerdo y se aíslan. Esto nos dá idea de la gran diferencia y distancia cualitativa de dichas analogías.

A parte de todo, existe otra diferencia sustancial respecto al área afectiva y es que el joven vive muy intensamente sus emociones, en cambio el anciano las observa, las piensa y las vive de una forma suave y tranquila. Mientras en el joven cuanto más fuerte es la emoción más intensa y breve suele ser, en el anciano pasa lo contrario que cuanto más fuerte es la sacudida afectiva más prolongada es y más tiempo tarda en digerirla.

7. EL PROBLEMA DEL RECUERDO EN EL VIEJO.

Se ha dicho y se ha repetido muchas veces que los viejos hablan siempre de tiempos pasados y que constantemente están evocando las épocas juveniles de su vida, tanto es así que en una investigación realizada en la Outpatient Clinic del

Boston Veterans Administration Hospital, a los investigadores les llamó poderosamente, desde las primeras entrevistas, un factor importante: la preocupación de los sujetos por su pasado y gran parte del contenido de las entrevistas estaba lleno de evocaciones y reminiscencias de las experiencias pasadas de los sujetos.

A pesar de que el recuerdo no se limita solamente a la vejez, sin embargo se le reconoce como una de las principales variables o características de esta última etapa de la vida del hombre, hasta tal punto que da la impresión que a nivel mental los ancianos viven completamente en el pasado.

Si bien es verdad que el recuerdo y la evocación de épocas anteriores está muy ligado a los procesos afectivos, puesto que hoy día nadie pone en duda que la reviviscencia de una imagen, situación o conjunto de imágenes se da y tiene o trae muchas veces consigo procesos afectivos que le acompañan, no podemos olvidar que "tanto en el reconocimiento como en la evocación, los esquemas intelectivos tienen un papel importante... No es posible la memoria en el sentido estricto sin la conservación de unos esquemas generales en las cuales queda vinculado el recuerdo y que posibilitan en su aspecto concreto. En la conservación y elaboración de estos esquemas interviene lo que llamamos inteligencia (18). Por otro lado existen distintas hipótesis que tratan de explicar la evocación de una determinada imagen:

1. Para Kulpe la causa de su evocación no sería un factor - psíquico sino puramente fisiológico.
2. Otros autores piensan sin embargo, que el factor psíquico de orden intelectual (por ej. la voluntad) sería la causa del proceso de evocación.
3. Por último la hipótesis más frecuente y más conocida considera que la causa de la evocación es un factor psíquico de orden sensitivo (por ej. una sensación, un estado afectivo, etc...).
4. Como se vé, unicamente me refiero a teoría psicológica.

Con esto hemos querido poner de manifiesto que, si bien nosotros abordáramos el problema del recuerdo desde el punto de vista afectivo no podemos olvidar la influencia de los procesos intelectuales y fisiológicos sobre este campo. Esto nos lleva a tener presente que en el anciano, existe un gran deterioro de los procesos cognitivos, que va a repercutir decisivamente en este campo. Tanto es así, que ha habido autores que han considerado que la evocación de recuerdos pasados y el estar constantemente hablando y recordando su vida, es un claro síntoma de deterioro en la vejez.

Sin llegar a creer que la inteligencia es un factor decisivo en los procesos de evocación del anciano puesto que recién

tes estudios sobre este campo han demostrado que "la reminiscencia en los sujetos no está relacionada con el nivel de competencia intelectual o la declinación de las capacidades intelectuales con la edad" (19), si creemos que en alguna medida puede ser un factor que incide en dichos procesos.

No podemos negar como dijimos anteriormente que la vejez es una época de recuerdos y evocaciones de la vida pasada, esto puede suceder, porque el viejo tiene mucho tiempo a su disposición y dispone de mayor número de acontecimientos para recordar los períodos anteriores de su vida. Sin embargo creemos que se debe a procesos más importantes de la vida del viejo, que el simple hecho de tener tiempo y acontecimientos propicios, como dice M. y López a propósito del afán retrospectivo de los viejos "a medida que se va perdiendo el elán vital, es decir que va disminuyendo la vitalidad y va transformándose en negativa nuestra aceleración biopsíquica, experimentamos una limitación de nuestros intereses, una reducción de los temas que suscitan nuestra atención y una mayor necesidad de apoyarnos en los datos y hábitos que tenemos más sólidamente establecidos que nos hace un tanto reacios a todo lo nuevo que exija esfuerzo de comprensión o adaptación; más: todo lo que se puede desear, conservar, pertenece al pasado y todo lo que se haya de aprender pertenece al futuro" (20). De esta forma el viejo sin darse cuenta se encuentra que tiende a hablar más de su pasado.

Existen otros muchos factores que contribuyen al proceso de reminiscencia de etapas anteriores de su vida, por ejemplo, su narcisismo y egoísmo son factores decisivos que aumentan su grado de evocación (Deutsch, 1936, Benedek, 1952)(21).

Por otro lado en la vejez se dan una serie de factores emocionales y afectivos que disipan y modifican claramente el proceso de aprendizaje y de memoria.

Stern (22) señala que una función esencial del recuerdo es la de asegurar el propio pasado en forma ordenada y necesaria para uno mismo. El estado emocional en el presente, y las esperanzas, temores y expectativas con respecto al futuro van a determinar la forma en que los hechos del pasado - se reviven o se evitan.

Rapaport (23) por su parte llega a la conclusión de que las emociones son tan importantes para determinar lo que se recuerda, como para decidir lo que se olvida. Para el anciano su significación personal se vincula sobre todo con hechos del pasado, y esos hechos se convierten cada vez más en el tema de su percepción consciente.

Para Straus, el factor que condiciona la adquisición de nuevos recuerdos es lo que él ha llamado "Novum", es decir, la calidad de novedad de algo hasta entonces jamás vivido por el sujeto. A este respecto en el anciano "cualquier aconte

cimiento que no tenga el carácter de "novum", es muy difícilmente recordado y diferenciado de las demás vivencias. En cambio el "novum" tiene características suficientes para persistir en el recuerdo y elevarse como una isla en el océano. A medida que transcurren los años, la calidad de "novum" va siendo más difícil, ya que las experiencias acostumbran a repetirse. El "novum" para el individuo no es solamente lo que es radicalmente distinto de todo lo hasta entonces vivido, sino que hace falta que el individuo lo viva realmente así. Es decir, que exista en su ánimo una motivación que presuponga un interés hacia el acontecimiento. Sin este impacto condicionado por la motivación del individuo, ninguna circunstancia llegará a tener este carácter de "novum" indispensable para la fijación del recuerdo. En los individuos que en la edad madura pierden interés por el mundo externo, puede ocurrir que acontecimientos totalmente nuevos para ellos dejen de tener esa calidad de "novum" por falta de interés" (24).

Todo esto explicaría, según Obiols, "la disminución de la capacidad de fijación de nuevos recuerdos que progresivamente aparecen en la edad senil, así también como las diferencias enormes que se encuentran de unos individuos a otros, por la conservación de motivaciones en grados diversos, que hacen que persista su interés por el mundo externo y por consiguiente sea mayor su capacidad de fijación. Un hecho curioso en relación con estos datos está en las diferencias inci-

viduales conservadas en la persistencia del recuerdo. En los individuos que presentan una apatía hacia el mundo externo el recuerdo no tiene tanta tendencia a deformarse como en aquellos que viven más intensamente las circunstancias exteriores, en los cuales la modificación dinámica del recuerdo es muy superior" (25).

Se ha dado por pensar que el hecho de hablar siempre de las mismas cosas, recordar y repetir los mismos acontecimientos de su vida, han creado en el anciano un proceso de deterioro, poca capacidad de comunicación, de adaptación, etc., - sin embargo las investigaciones realizadas por A.W. Mc Mahon P.J. Rundick han demostrado y llegado a la conclusión que "la reminiscencia parece ser una actividad mental organizada y compleja que actúa bajo el control del yo y varía según la estructura de la personalidad. Se correlaciona de manera positiva con la adaptación eficaz a la vejez y parece promover la adaptación mediante el mantenimiento de la autoestima, la reafirmación de un sentido de la identidad, la elaboración y el dominio de las pérdidas personales y la contribución positiva a la sociedad (26).

Por otro lado en las sociedades más primitivas y en nuestros ancianos rurales, los recuerdos, evocaciones y reminiscencias de tiempos pasados no sólo han proporcionado el eslabón entre el pasado y el presente durante mucho tiempo, - sino que contribuían a dar un sentido de identidad grupal.

Simons destaca la importancia de este hecho con su narración histórica de la vida de los ancianos en las sociedades primitivas. "Otra función popular y muy común en los ancianos en las sociedades primitivas es la narración de cuentos, un pasatiempo que cumple un propósito triple de entretenimiento, instrucción y admonición. Quien disfruta de los recursos modernos para el entretenimiento no puede apreciar la posición admirable que ocupan en las sociedades primitivas los hombres y mujeres de edad que cuentan con una amplia reserva de leyendas y cuentos interesantes. Casi siempre hay gran demanda de ellos, cosa que aprovechan en su beneficio. Entre los pueblos prealfabetos, la memoria es la única depositaria del conocimiento, las habilidades y los rituales. Existen ejemplos ilimitados del papel de los ancianos como custodios de la sabiduría popular. Pocas conclusiones acerca de los ancianos en las sociedades primitivas pueden hacerse con mayor certidumbre que la que señala que, en general, se los considera como custodios del conocimiento por excelencia y como los principales instructores de su pueblo" (27).

Se ha dado por pensar también que el viejo repite una y otra vez mecánicamente determinados procesos o vivencias y esto no es verdad, entre otras cosas porque el proceso del recuerdo va unido a la personalidad como dice Rapoport "en general hay recuerdo en el sentido de que los procesos mímicos están sometidos a las actividades de fuerzas afectivas relacionadas con los extractos profundos de la personalidad. El

recuerdo se entiende como un proceso activo de reconstrucción, en el que las fuerzas selectivas son de mayor importancia que los elementos del material y que esas fuerzas selectivas están relacionadas de manera más o menos íntima con la configuración emocional de la personalidad"(28) Sobre todo y principalmente porque "cada recuerdo evocado no implica un estado de conciencia simple e inmóvil. El recuerdo es algo vivo, cambiante y plástico, que evoluciona, asimila y desasimila, nociones de espacio, de tiempo y personas y, - en fin, que se desagrega y muere (29).

El carácter dinámico del recuerdo y su modificación constante a lo largo de la vida, es un hecho que demuestra claramente los trabajos realizados por Erwin Strauss, sin que el anciano se de cuenta de ello, un mismo suceso, episodio, etapa de su vida, etc... es recordado en formas muy diferentes según va evocando dichos procesos a pesar de que el viejo está convencido y cree que su memoria no le falla y permanece este recuerdo intacto lo mismo que cuando lo vivió. A lo largo de la vida del anciano, sin que él se de cuenta, existe una evolución (o involución) de los recuerdos y contenidos evocados, que va muy relacionada con los procesos de afectividad, adaptación y personalidad del sujeto y vivencias personales.

Lo expuesto hasta aquí sobre el recuerdo en la vejez, nos lleva a dos conclusiones importantes:

1^a El recuerdo en el anciano además de ser activo, dinámico y vivo, es cambiante y se está modificando constantemente; esta modificación se debe a dos factores importantes "por un lado el progresivo desinterés del mundo circundante, - con la correspondiente disminución del "novum" en su vida, por otro, el déficit orgánico acarreado por la desintegración neuronal, que supone una disminución de los circuitos cerebrales. Estos dos orígenes pueden diferenciarse perfectamente en la práctica. La exploración cuidada de los fallos en el recuerdo permitirán atribuir a uno y - otro factor los fenómenos observados. Lo corriente es - que coexistan ambas causas y el anciano sufra una amnesia mixta en la que intervienen implicados ambos factores" - (30). Esta modificación va cambiando en función de la si tuación vital del anciano.

2^a En contra de lo que muchos piensan, el recuerdo biográfico del anciano además de ayudarlo a adaptarse mejor al - mundo que le rodea le ayuda hacia una mayor integración - de su personalidad. Como dice Butler "concibo la revisión de la vida como un proceso mental universal, que se produce naturalmente, y que está caracterizado por el re- torno progresivo a la conciencia de las experiencias pas- das y, particularmente, la reaparición de conflictos no - resueltos; lo normal es que simultáneamente sea posible - revisar y reintegrar al yo estas experiencias y conflic- tos revividos" (31).

8. LA SOLEDAD EN LA VEJEZ.

Como consecuencia del proceso de aislamiento social, jubilación, aislamiento familiar, proceso de recuerdo y reminiscencia, etc, se dá en el anciano una tendencia muy marcada hacia la soledad. Cuantas veces al hacer las entrevistas en los centros nos hemos encontrado cantidad de viejos solitarios, bien sea físicamente, bien en el grupo donde se encontraban. Tan fácil y tan corriente es esta situación en la vejez que ha habido autores que la han descrito como un "síndrome de retiro" e incluso han llegado a delimitar sus características principales:

1. El aislamiento progresivo del anciano con la reducción de los contactos sociales y la falta de estímulo capaces de crear nuevas inquietudes y esperanzas.
2. Los sentimientos de soledad, la apatía, la tristeza, que se van desarrollando progresivamente anclados en la situación anterior.
3. La inseguridad del status adquirido y la dificultad de fabricación de nuevos "roles" de comunicación.

La adquisición de este nuevo status determina no solamente un cambio de roles y conflicto con los precedentes, sino que lleva aparejado otra serie de factores, como son:

1. Una disminución del poder y el prestigio con el abandono del status anterior.
2. Una pérdida de ingresos económicos en la mayoría de los casos.
3. Una conflictividad entre la personalidad y los nuevos "roles" a representar.
4. Una nueva forma de vida dentro del curso de la vida misma, con una meta definitiva: el ocaso y la muerte (32).

Sin embargo este proceso de retraimiento social no se da igual en la ciudad que en el campo; "en las sociedades rurales y agrícolas, en que el sistema patriarcal prevalece aún, el viejo conserva hasta su muerte contactos sociales armoniosos, porque derivan directamente de los del adulto. Está plenamente socializado en los mejores casos.

Pero no sucede así con el viejo de la ciudad cuya marginalidad está ligada a la interrupción de la actividad" (33).

Este síntoma de soledad que se da en los ancianos y que en determinados casos de componente patológico puede llevar al suicidio o a trastornos afectivos graves, en el caso de nuestros ancianos normales a veces es deseado y se encuentran a gusto es más, algunos de ellos creen necesario estar deter

minado tiempo del día en soledad. Sin embargo la realidad - de la gran mayoría de nuestros ancianos sufren situaciones - de verdadera soledad y aislamiento dentro de la institución o centro, por lo que creemos de gran utilidad las normas preventivas que propone el Dr. Ruiz y Ruiz para paliar un poco la tendencia a la soledad, o mejor el estado de soledad que viven muchos ancianos de residencias.

Dichas normas son las siguientes:

1. La educación del ser humano desde la infancia para poder llegar a aceptar la vejez.
2. La preparación para el retiro como una nueva fase ocupacional y de prestigio.
3. La transmisión gradual del cambio de status.
4. La creación de programas de ocupación del tiempo libre: asociaciones, recreo y ocio.
5. El cambio de actitudes sociales frente a la vejez.
6. La seguridad económica con posibilidades de independencia de la propia familia (34).

No obstante, todo este tiempo de prevenciones, creemos que - el anciano, por los condicionantes que tiene, tenderá hacia situaciones de retraimiento y soledad. Buena prueba de estos estados de ánimo del anciano nos la ofrece Georg Thurmair en su canción:

"Solo somos huéspedes sobre la tierra
y cargados con infinidad de preocupaciones
marchamos sin descanso
hacia la patria eterna.
Los caminos están desiertos,
con frecuencia nos encontramos solos.
En estas callejuelas oscuras
nadie quiere estar a nuestro lado". (35)

Sin embargo si bien es verdad que el anciano tiende hacia este tipo de vivencia, como dije anteriormente lo que debemos conseguir es que esto sirva para realizar y ayudar al anciano, en el sentido de que pueda recluirse y sentirse sólo - cuando le apetezca, que es muy distinto de favorecer esa soledad, o dejar al anciano desde el punto de vista psicológico, social y físico sólo. Mientras la soledad deseada puede servir al anciano para realizarse y adaptarse mejor, la soledad impuesta crea estados de angustia, depresión, ira, sentimiento, etc...

Admitimos pues el proceso de soledad del anciano como una -

variable más de su vivir cotidiano, variable que puede ser - positiva o negativa en su proceso de realización personal en la medida en que esta esté vivida libremente por el anciano y no impuesta por los condicionantes a los que la soledad o la institución le pueden imponer.

9. EL PROBLEMA DE LA MUERTE.

Podríamos decir que el hombre descubre la muerte ya en los - primeros años de la vida, cuando de buenas a primeras deja - de ver al abuelo, a algún hermanito, con la única explica- ción de que ya no estará nunca más con él y que está en el - cielo. Después a lo largo de su vida va teniendo repetidos contactos en relación con la muerte, tiene que asistir a fu- nerales de amigos, familiares conocidos, etc., pero no obs- tante esto, el joven y el adulto no quieren pensar en la - muerte, porque este pensamiento les paraliza y les angustia y les crea un estado de inseguridad futura.

Sin embargo cuando se llega a la vejez, el pensamiento de la muerte es continuo e importante en la vida del anciano, éste sabe que a pesar de su buena salud, sus fuerzas se van debi- litando poco a poco, se cansa antes, etc., y la muerte se le presenta como algo que está muy próximo. Sin embargo a pesar de que el anciano suele pensar en la muerte bastante más que el adulto y el joven, su pensamiento no es de desesperación o tristeza como muchos jóvenes piensan sino más bien de sere

nidad; en esto coincidimos con la teoría psicoanalista del -
instinto de la muerte, para la cual el individuo normal as-
piraría a la muerte desde que llega a la vejez, esto sería -
una fuente importante de la serenidad. Tenemos infinidad de
ejemplos de personas inminentes, cuyas exclamaciones en los
últimos momentos de su vida coinciden con esta aseveración,
así por ejemplo, Troyat en su biografía sobre Tolstoy, escri-
be que cuando éste se hallaba en su lecho de muerte, se in-
corporó por un momento y dijo: "De modo que este es el fin;
y no es nada...", así mismo Hothner escribía que cuando se
le preguntaba a E. Hemingway por la muerte solía replicar di-
ciendo que "no era nada más que otra prostituta".

Todo esto es lo que lleva a los psicoanalistas a considerar
la muerte como el final esperado de una evolución normal y -
natural del acontecer humano, es más Freud llegó a decir que
"nuestra propia muerte es ciertamente inimaginable, y siem-
pre que hacemos el intento de imaginarla podemos concebir -
que realmente sobrevivimos como espectadores. Por ende la -
escuela psicoanalítica podría aventurar la afirmación de que
en última instancia nadie cree en su propia muerte, o para -
decirlo de otro modo, en el inconsciente todos nosotros esta-
mos convencidos de nuestra propia inmortalidad" (36)

Sin embargo a pesar de esta serenidad y normalidad o con es-
te convencimiento inconsciente de nuestra inmortalidad que -
presuponen los psicoanalistas, el hecho es que el anciano -

siente cierta preocupación por la muerte entre otras cosas - porque "la muerte no es experimentable, que si uno pudiese - experimentar, uno no estaría muerto. Uno puede experimentar el morir de otro y su propio morir - aunque nunca puede estar seguro a este último respecto - pero nadie puede experimentar su propia muerte" (37), y porque el anciano sabe - que "cuando llegue a su fin estará solo, aunque la muerte le sorprenda en medio de una reunión masificada. Se muere siempre en soledad. Su muerte no es la de la especie, ni la de su grupo profesional ni la de su clase; su muerte es suya, - solamente suya. Su vida podrá haber estado socializada, pero su muerte no, su muerte es sólo de él. La muerte es el - fin de todo su hacer, que casi siempre es lo único que tenía de común con los otros, con sus compañeros de profesión, lo que le hacía pertenecer a una determinada clase social; pero no quiere pensar que sea también el fin de su ser. No es un obrero, un profesional el que muere; es él (38).

Esta preocupación por la muerte no significa que el anciano tenga conciencia o temor durante todo o todos los días sobre la muerte, o esté atemorizado por ésta, puesto que de ser - así le crearía fuertes estados de angustia y sobre todo una mala adaptación afectivo-social. Esto lo vienen a confirmar las encuestas de Weisman y Kastebaum (39) realizadas a 80 - ancianos que murieron en un hospital, donde el temor a la - muerte se observaba rara vez.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que el viejo no vive atemorizado, ni tiene verdadera conciencia abierta de la muerte, pero tampoco significa que el viejo viva despreocupado, sino que la idea de la muerte es lo suficientemente importante en la vida del anciano que llega a modificar su relación afectivo-social en la medida que su hora va llegando. Prueba de ello la tenemos en las investigaciones realizadas por el psiquiatra Wolff quien afirma que la inminencia de la muerte es un factor importante en la vida afectivo-emocional por lo menos en un 80% de sus pacientes, quienes "admitían abiertamente que con frecuencia temían dormirse o permanecer solos en sus habitaciones porque "algo podía ocurrirles" o porque "podían no llegar a despertarse más". A la mayoría de estos pacientes les habría agradado mantener encendida la luz tan tarde como fuera posible y con frecuencia llamaban a la enfermera nocturna para llamarle la atención sobre molestias físicas menores. Más de la mitad era totalmente incapaz de dormir sin sedantes o alguna otra medicación tranquilizante previa al reposo nocturno. Con frecuencia sus sueños se encontraban en caer al agua o nadar en un lago que simbolizaba el retorno al útero. Es interesante que a casi todos los pacientes que mostraban una preocupación muy escasa por la muerte se les diagnosticara la existencia de una reacción esquizofrénica. Todo tipo de ansiedad se hallaba muy disminuída en estos pacientes, debido a que negaban sus emociones (40).

Este temor a la muerte según distintos autores viene reforzado en los ancianos de instituciones, donde el hablar sobre la muerte es poco menos que tabú, sobre todo teniendo presente, como dicen Kubler-Ross, Sounders, Pearson y otros muchos autores, que los pacientes que van a morir pueden experimentar un alivio muy grande de su tensión emocional cuando se les permite expresar algunos de sus temores.

Por último queremos dejar claro que el problema de la muerte no es tan traumatizante como algunos piensan, pero si influye poderosamente en los procesos de comunicación y relación afectivo-social y en el estar y vivir del anciano en el mundo.

10. LAS RELACIONES SOCIO-FAMILIARES.

Las relaciones socio-familiares del hombre de la tercera edad están íntimamente relacionadas, incluso diría yo que dependen en gran parte de la afectividad, de tal forma que en esta edad es conveniente hablar más que de relaciones sociales de relaciones socio-afectivas.

La relación dinámica individual del anciano con la dinámica social va a estar basada principalmente en dos polos, por un lado la propia declinación del viejo de sus capacidades funcionales, con la consiguiente carga de cuidados para la familia, los amigos, y la sociedad, y por otro la actitud que la

sociedad tome respecto a esta situación tan peculiar y específica del hombre. En la medida que el anciano sepa aceptar poco a poco sus limitaciones y adaptarse a su nueva situación bio-psico-social y en la medida en que la sociedad, amigos y familia sepa aceptar esta nueva situación como algo normal, previsible e inevitable dentro del proceso humano de desarrollo, la afectividad del anciano se verá equilibrada y el viejo podrá realizarse y adaptarse plenamente a esta última etapa del acontecer humano.

A lo largo de este estudio hemos visto que la soledad es un proceso importante dentro de la vida del anciano. Esto nos plantea el problema de si el viejo envejece solo debido a su gran tendencia individual a aislarse y al aislamiento que le proporciona la sociedad, y sobre todo si debe envejecer solo. Si esto fuera verdad cualquier tipo de relación social no tendría lugar de ser para la realización del viejo, sin embargo esto no es así, es más, de nuestra experiencia y trato con los ancianos se deduce que para el viejo las relaciones con los amigos revisten una gran importancia y cubren gran parte de su existencia social, dado que si bien las relaciones familiares son un elemento importante dentro de su equilibrio afectivo. Estas, al ser esporádicas y a veces revestidas de un deber moral no cubren en absoluto el campo afectivo necesario para el anciano.

El viejo, por lo general, prefiere reunirse y relacionarse -

con personas de su misma edad, sobre todo si son amigos y conocidos de épocas anteriores de su vida bien sea de la juventud o de la edad adulta. Las razones que aducen son que se compenetran y comprenden mejor, que pueden hablar de cosas antiguas, experiencias similares, situaciones sociales parecidas, etc, cosa que no pueden hacer con los jóvenes. No obstante, hay autores que no están de acuerdo, "dadas las actuales circunstancias en que se desarrolla socialmente la vejez cada una de tales personas se encuentra demasiado preocupada con su problema para querer interesarse por los de los demás y por ello cuando se encuentran, en vez de establecer un diálogo se acostumbran a observar dos monólogos que pronto cansan a los dos miembros que los profieren y les hacen alejarse uno de otro" (41). Siguiendo esta línea de pensamiento vemos que este problema se acentúa aún más en las instituciones puesto que "corren el peligro de conducir a un "mimetismo afectivo": el trato con viejos no hace sino que acrecentar y uniformizar la rigidez de pensamiento y el egoísmo" (42). Víctor Hugo (Ruy Blas) define claramente esta situación cuando dice "yo creo que la vejez llega por los ojos y que se envejece antes viendo siempre viejos". Todo esto tiene su realidad práctica y palpable en los asilos donde muchas veces se puede observar a los ancianos como si fueran seres despersonalizados, idénticos en sus reacciones afectivas, calcados los unos de los otros, sin una actividad e iniciativa propia capaz de una mínima expresión afectiva, etc. Como veremos más adelante, la falta de una estimulación ade-

cuada y un ambiente idóneo puede dar lugar a estas situaciones.

Sin embargo a pesar de estas opiniones, creemos que los ancianos que se relacionan con amigos de su misma edad bien sea del mismo sexo o del sexo contrario les ayuda a sentirse más seguros de sí mismos, dentro de un ambiente social y les da capacidad de solución de problemas, les motiva, les posibilita una mejor dinámica social y en fin, les crea una capacidad de diálogo donde se sienten protagonistas.

Asimismo, se ha podido comprobar que los matrimonios que han envejecido y siguen envejeciendo juntos, están mejor adaptados y viven mejor realizados que los ancianos viudos o solteros y "en la medida en que la vida afectiva intelectual se mantiene, a pesar de la falta de renovación los "viejos hábitos" persisten, las personalidades de cada uno se borran, quedan solamente las formas mentales del hábito. Así se crea un alma común, que impregna al alma de cada uno, confiere al uno algo de la estructura del otro. En este estado, los esposos "se parecen". Se dice de ellos "Los Tales" (43). Esto no cabe la menor duda, que realiza y confiere a los ancianos una tranquilidad y seguridad que no alcanzan los mismos compañeros de residencia que se encuentran viudos o solteros.

El mantenimiento del viejo en el ambiente familiar contribuye decisivamente a que el anciano se encuentre mejor integrado

do y adaptado, puesto que dicho medio lo conoce, se siente protegido. Es, por decirlo de alguna forma el creador, le une gran cantidad de recuerdos, etc. Sin embargo cuando el ambiente familiar es hostil, el anciano se siente más deprimido que si estuviera fuera de él puesto que todo lo que antes le servía de protección de su personalidad y de una buena adaptabilidad se vuelve en contra, de forma más intensa que si no estuviera en dicho ambiente. A pesar de esto, el anciano siempre sigue sintiendo ese apego, esa necesidad de seguridad que le brindan los seres queridos, tanto es así, que en los centros donde los familiares visitan a menudo a sus ancianos, éstos tienen mejor proceso de integración personal y de adaptación al ambiente. Sin embargo la influencia de los centros a veces es tan fuerte que llegan a anular muchas variables psico-sociales que le impiden al anciano un adecuado proceso de adaptación, muchas instituciones "están organizadas para tratar y conservar cuerpos más bien que personas" (44).

Una de las cosas que más limitan la integración total del viejo en los asilos es, aparte de la falta de relación social, con el mundo externo, la falta de una actividad dinámica y programada. Hoy día, los científicos sociales creen que la actividad es una de los mejores elementos para remediar y prevenir los afectos negativos del envejecimiento. "Los especialistas en enfermedades del corazón y todo tipo de expertos en los diferentes campos de la medicina, atestiguan el

valor que tiene el ejercicio en la prevención del deterioro físico o por lo menos para lograr que su progreso sea más lento" (45). Esto viene a reforzar la teoría de la actividad de forma importante dado que el viejo tiene una serie de deficiencias fisiológicas que mediante el ejercicio podría retardar más o llevar mejor, sin embargo no solo es importante para el aspecto físico sino que en la esfera afectivo-social muchos estudios y trabajos de investigación han demostrado que las personas de la tercera edad que se han dedicado a "hobbies", clubs, problemas de comunidad, asociaciones, etc., parecen encontrarse mejor que las personas que no han hecho nada o son poco activas.

Respecto a la actividad intelectual, Pikunas ha llegado a decir que "las ideas y las emociones envejecen y se embotan si no se las ejercita o se las mantiene afinadas mediante la discusión con otras personas" (46).

Parece ser, según las distintas investigaciones actuales que el mejor remedio para la vejez es la actividad, sea del tipo que sea siempre que su efecto sea el de mantener a tono los sistemas físicos, social-afectivos e intelectuales, por lo que el sustituir en la tercera edad los "hobbies" por el trabajo, sería una medida propicia para modificar la actitud del anciano hacia la sociedad y al mismo tiempo una mayor integración personal.

Si bien existen en el anciano determinados condicionantes, - biológicos, psicológicos y sociales propios de esta edad, - que le dificultan enormemente su proceso de integración como persona, creemos que existen otras variables ajenas al anciano y que podrían ser superadas fácilmente, que le dificultan y le entorpecen su vida. Me estoy refiriendo, a la falta de consideración, atención y cariño suficiente de la familia, - la falta de personal adecuado y competente en los centros, la falta de un ambiente idóneo, capaz de crear en el anciano - una situación de tranquilidad, paz y seguridad, y por último la falta de una adecuada estimulación, bien sea de tipo físico, intelectual, social o afectiva que le mantenga activo, - optimista y dispuesto a vivir la vida, a pesar de sus limitaciones, de una forma positiva. Todo esto es una labor que - tiene que tener en cuenta el psicólogo a la hora de crear un ambiente adecuado para el anciano.

11. CONCLUSIONES.

Hoy día, como hemos podido apreciar, la vejez no es un fenómeno estrictamente biológico sino que principalmente es psicosocial. Podemos hablar de que existen jóvenes que ya son viejos y viejos que desde el punto de vista cronológico -- son todavía jóvenes.

La realidad de que el hombre envejece es inevitable dado que el tiempo no perdona a nadie pero hay que tener bien presen-

te que "no somos viejos tan solo porque somos biológicamente viejos, sino porque psicológicamente nos sentimos viejos" - (47).

El proceso de envejecimiento del sujeto influye poderosamente en sus relaciones afectivas. Por lo tanto, cuentan mucho - las actitudes y acciones que la sociedad tiene frente al viejo y las propias actitudes y características psicológicas - que el anciano posea. En este proceso pues, la biografía del sujeto va a influir poderosamente en el concepto de ancianidad y va a dar una elasticidad al comienzo de ésta, difícil de precisarlo. Tanto es así que hay sujetos que se consideran viejos a los 50 años, en cambio otros como Bernard Braruch a sus 80 años reconocía por viejo a "a cualquiera que - tuviera 10 años más que él".

Esto permite dar a la vejez un dinamismo psicológico que va desde el decaimiento y el aislamiento hasta considerar a la vejez como dice Rodriguez Pastor, "una nueva vida. Una vida llena de encanto y dignidad, si se sabe vivirla, pero hay - que saber vivirla" (48). El vivir la vejez en uno u otro po lo va a depender en parte de las posibilidades que la sociedad permita al viejo; pero también, como dijimos anteriormente, de las características psicológicas y de la biografía del individuo y de la salud física del anciano, teniendo presente que muchos problemas y enfermedades que suceden al anciano "provienen de querer vivir a los 70 años como se vivía a

a los 20" (49).

Sin embargo no podemos olvidar que la vejez es una etapa de la vida con unas características especiales que influyen en el comportamiento, la vida afectiva y social y en última instancia en la forma de estar y vivir el sujeto en el mundo.

El hombre a lo largo de su vida sigue siempre siendo el mismo, pero sus situaciones cambian: empieza siendo niño, después muchacho, joven, adulto y por último viejo. Cada una de estas edades o etapas de su vida tienen su propia identidad, realidad y su crisis peculiar. En el caso del anciano lo importante es que sepa cual es su realidad, sepa aceptarla y enfrentarse a ella.

La vejez desde una perspectiva psicosocial se caracteriza por ser una etapa donde las formas de experiencia, los impulsos, los modos de actividad y de relación pierden su originalidad y su intensidad. "Cede la energía y hondura del impulso, el elemento de la pasión desaparece de la forma conjunta de cuerpo y alma. Mengua la capacidad receptiva de los sentidos, aparecen defectos orgánicos, baja la fidelidad y finura de la percepción. Se hace difícil acomodarse a situaciones nuevas, la vida se fija, los procesos se inmovilizan, desaparece el impulso de luchar. El hombre senil se interesa cada vez menos por lo nuevo. Se siente, cuanto más pasa el tiempo, más raramente propenso a cambiar algo, sino que quiere estar en paz. Más allá de un círculo cada vez más estre-

cho, no siente interés por la marcha de la vida de todos: se vuelve indiferente" (50). En el campo de sus relaciones sociales, además de estar muy disminuídas, pierde el deseo de obtener estimación y simpatía de los demás, sus relaciones se vuelven difíciles por la terquedad y tenacidad que manifiesta en sus planteamientos y en general muestra una total indiferencia hacia muchos aspectos de la vida social.

Esta nueva faceta de la vejez, no como un proceso de deterioro orgánico, sino más bien psicológico, es sobre la que haremos nuestras reflexiones, puesto que afecta de lleno a la vida afectivo-social del anciano.

En general existen una serie de necesidades psico-sociales, tales como, reconocimiento, aprobación social, pertenencia a un grupo, sentido de utilidad, etc. que el anciano necesita para poder vivir con plenitud esta última etapa de su vida. Esto nos lo confirma el hecho de que en los centros visitados hemos visto ancianos que físicamente se encontraban bien, pero socialmente estaban aislados de los demás y a veces sumidos en un estado de soledad francamente serio.

Coincidimos, pues, con Sánchez Hidalgo, en que "en muchos sentidos envejecer no es otra cosa que la pérdida de nuestra capacidad de adaptación" (51) tanto para el ambiente general como para las relaciones sociales.

Parece inevitable que por muy bien que se encuentre una persona, tanto física como psíquicamente, llegará algún día en el que empezará a darse cuenta de su propia vejez y ante esta nueva situación empezará a faltarle la confianza en si mismo, sus funciones integrativas del yo empezarán a perder eficacia, se verá envuelto en una especie de confusión y poco a poco su capacidad de adaptación se irá debilitando.

El primer choque psicológico que va a recibir la persona mayor es el cambio de identificación emocional con el ambiente cuando de buenas a primeras oiga que cualquier chico le llama "viejo".

Otro aspecto que le va a dar conciencia de vejez al hombre - anciano va a ser la alteración de sus relaciones sociales. Por último la falta de destreza y capacidades físicas y los problemas de salud le van a dar un duro golpe a la personalidad del anciano.

El desconocimiento de estos problemas y situaciones propias de la edad o la mala orientación de ellas pueden llevar al - viejo a determinadas crisis que le impedirán un buen desarrollo de sus relaciones afectivo-sociales. Una buena preparación, pues, para la vejez así como unos conocimientos adecuados sobre este campo, conseguirán que el anciano pueda aceptar mejor la realidad de esta etapa de su vida y adaptarse - mejor tanto psíquica como socialmente a su propia ancianidad.

Centrándonos en el campo de experimentación que hemos realizado, es decir, en los ancianos de residencias-asilos, hemos visto que la pérdida de personas queridas, las deficientes - relaciones familiares o la falta de la familia, en muchos ca sos han llegado a sumir al anciano en una especie de ostracismo afectivo y social. Asimismo, la falta de un rol social y de grupo dentro de una residencia ha llegado a crear en el anciano sentimientos de inutilidad, inseguridad personal e insatisfacción en sus relaciones afectivo-sociales.

La falta de estímulos, motivaciones, intereses, necesidades, etc., en que se encuentran algunos viejos de estas residencias-asilos, los va sumiendo en una especie de pasividad tan to física como psíquica que favorecen enormemente la pereza para cualquier tipo de relación. Asimismo la falta de actividad, vitalidad, optimismo y dinamismo por un lado y la fal ta de atención y aislamiento en que se encuentran muchos ancianos de este tipo de residencias, nos hace pensar que muchas de estas personas más que vivir lo que hacen es vegetar.

No queremos acabar este apartado sin decir que a lo largo de nuestra experiencia con estos ancianos de residencias-asilos, hemos comprobado que el deterioro de las relaciones afectivas viene estimulado, -al margen de las alteraciones físicas, psicológicas y sociales expuestas anteriormente, - por la falta de personal adecuado en los centros, la mala estructuración de los edificios, la falta de una dinámica grupal y por

último por la falta de iniciativa y de actividades adecuadas a su edad y motivaciones.

Si admitiéramos la vejez como una etapa de la vida, como una realidad propia determinada por características físicas, psicológicas y sociales, y no como si fuera una enfermedad, tendríamos más posibilidades de acercarnos al mundo del anciano, de comprenderlo, de admitirlo tal como es, de participar con él en su mundo experiencial y por último de ayudarle a realizarse e integrarse tanto psíquica como afectivamente.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Marañón, G. : Límites de climaterio moral, Edit. Espasa Calpe - Madrid, 1967.
- (2) McLean, P.D.: Brain and vision in the evolution of emotional and sexual behavior. Thomas Willian Salmon Lecture, New York, Academy of Medicine, 1961.
- (3) Laborit, H.: Introducción a una biología del comportamiento "La agresividad desviada", Edit. Península, Barcelona, 1975 - Pag. 71.
- (4) Laborit, H.: Obra citada pag. 77.

- (5) Maccleory, R.A. y Moore, R.Y.: (modificada) Subcortical mechanisms of behavior, Basic Books, mc, New York, 1965 en F. Leukel: Introducción a la psicología psicológica, - Edit. Herder, Barcelona 1978, pag. 479.
- (6) Monedero, C.: Psicología General, Edit. Biblioteca Nueva, Madrid 1973, pag. 155.
- (7) Miraillet, P.: Evolución psicológica del viejo bien adaptado, en Lyonnais: La vejez, Edit. Razón y Fé, Madrid - 1965, pag. 142.
- (8) Miraillet, P.: Obra citada pag. 142.
- (9) Miraillet, P.: Obra citada pag. 142.
- (10) Zinberg, N.F. y Kaufman I.: Psicología normal de la vejez, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1976 - Pag. 104.
- (11) Bowlby, T.: El vínculo afectivo, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1976 - Pag. 233.
- (12) Geist, H.: Psicología y psicopatología del envejecimiento, Edit. Paidós, Buenos Aires 1977, pag. 86.
- (13) Buhler, C.: Psychology of contemporary living, New York, - Hawthorn Books, mc 1968, pag. 157.

- (14) Frenkel - Brunswik, E.: "Adjustments and reorientation in the cause of the life Span". En Neugarten, B.: Middle age and aging, Chicago, The University of Chicago Press, 1968, pag. 84.
- (15) Havighurst, R.J.: "Social and psychological needs of the aquing. En Gorlow, C. y Watkovsky, W.: Readings in the psychology of adjustment, New York, McGraw-Hill Book Company, Inc., 1959, pags. 439-447.
- (16) Borker, R.G. y Borker, C.S.: "The psychological ecology of old people in Midwest, Kansas and Yoredale, Yorkshire". The journal of Gerontology, 1961, 16, pags. 144-149.
- (17) McNeil, E.B.: Human socialization, Belmont, Calif, Books Cole Publishing Company, 1969.
- (18) Obiols Vie, J.: "La evolución de la memoria en la edad - senil". En I Congreso Nacional de Geranto-psiquiatría - Preventiva, Liade, 12-20 Septiembre, 1972, pag. 111.
- (19) Levin, S. y Kahana, R.J.: Los procesos psicológicos en el envejecimiento. Edit. Horné, 1973, pag. 76.
- (20) Mira y López, E.: Hacia una vejez joven, Edit. Kapelusz Buenos Aires, 1961, pag. 87-88.

- (21) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 79.
- (22) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 78.
- (23) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 79.
- (24) Obiols VÍe, J.: Obra citada pag. 112.
- (25) Obiols VÍe, J.: Obra citada pag. 112.
- (26) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 88.
- (27) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 83 y 84.
- (28) Levin, S. y Kahana, R.J.: Obra citada pag. 80.
- (29) Ramón y Cajal, S.: Obra citada pag. 56.
- (30) Obiols VÍe, J.: Obra citada pag. 113.
- (31) Butler, R.N.: "The life review: An interpretation of -
reminiscence in the aged". En Newgarten B.: Middle oge
- and agring, Chicago The University of Chicago Press, -
1968, pag. 487.
- (32) Ruiz Ruiz, M.: "Factores psico-sociales en los ancianos.
El síndrome del retiro". En I Congreso Nacional de Be-
ronto-psiquiatría preventiva, Liade 12-20, septiembre -
1972, pag. 205.

- (33) Miraillet, P.: Obra citada, pag. 140-141.
- (34) Ruiz Ruiz, M.: Obra citada, pag. 205.
- (35) Bopp, L.: Sentido y misión de la vejez. Edit. Studium, Madrid, 1966, Pag. 98.
- (36) Rappoport, L.: La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad, Edit. Paidós, Buenos Aires 1978, pag.74.
- (37) Shneidman, E.S.: "Orientations Toward death". En white R.W.: The Study of lives, New York, Atherton Press 1963 pag. 207.
- (38) Díaz, D.: La última edad, Edit. Eunsa, Pamplona, 1976, pag. 127-128.
- (39) Weisman, A.D. y Kastenbaum, R.: The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life, Community - Mental Health Jound Monograph, 1968.
- (40) Wolff, K.: "A new conceptualization of the geriatric patient, Geriatrics, Agosto 1968, pags. 157-162.
- (41) Mira y Lopez, E.: Obra citada, pag. 67.
- (42) Miraillet, P.: Obra citada, pag. 142.

- (43) Dublineau, J.: Psicología del envejecimiento en el Hombre. En Lyonais: La vejez. Edit. Razón y Fé, Madrid 1965, pag. 107-108.
- (44) Rappoport, L.: Obra citada, pag. 81.
- (45) Rappoport, L.: Obra citada, pag. 71.
- (46) Pikmar, J.: Human development: A science of growth, Nueva York, McGraw-Hill Book Company, Inc. 1969, pag. 379.
- (47) Sánchez Hidalgo, E.: La psicología de la vejez, Edit. Univ, Puerto Rico, 1975, pag. 30.
- (48) Rodriguez Pastor, J.: El retiro hacia una nueva vida, Edit. Cordillera, Mexico 1970.
- (49) Rodriguez Pastor, J.: Obra citada, pag. 63.
- (50) Guardini, R.: Las edades de la vida, Edit. Cristiandad, Madrid, 1977, pag. 106-107.
- (51) Sánchez Hidalgo, E.: Obra citada, pag. 27.

32.

PARTE II

EXPERIMENTAL



ARCHIVO

1. INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO.

En la primera parte de nuestra tesis hemos expuesto los diferentes y más importantes estudios y trabajos que se han realizado sobre la vejez en general, sin detenernos en aspectos concretos de la misma.

Nuestro propósito en el presente estudio experimental sobre los ancianos es profundizar dentro del campo de la vejez - dentro de unas coordenadas psicosociales muy delimitadas, - es decir, nos proponemos estudiar y analizar las relaciones afectivo-sociales de los ancianos que viven en residencias-asilos ubicados en las zonas metropolitanas de las ciudades que comprenden la región Castellana.

Este planteamiento trae como consecuencia algunas dificultades y limitaciones en el campo, así como diferentes perspectivas y conclusiones debido a la problemática y forma de vivir que plantea el anciano de estas residencias-asilos. Manifiesta un tipo de psicología especial, está influenciado por unas determinadas variables sociales y ambientales y - por último está condicionado a una forma de vida muy limitada e insuficiente.

Sin llegar a creer, como dice, Margaret Blenker, que el traslado a un ambiente de reclusión en ciertas instituciones produce un "shock" mortal, parecido al que experimentan ciertos pájaros cuando se les encierra en una jaula; si va-

loramos la incidencia tan fuerte y en muchos casos decisiva por lo que se refiere a las relaciones afectivo-sociales, - que tiene el hecho de vivir en una residencia-asilo.

Hemos visto en la primera parte de nuestro trabajo que existen dos procesos involutivos netos y claros en la vejez, el biológico y el psicológico, sin embargo hemos comprobado - que existe otro factor importante que ha incidido en la vejez de manera decisiva pero que no va implícito en todo proceso de envejecimiento, entre otras razones porque ha habido épocas y pueblos en los que la incidencia de la sociedad era positiva para la vejez. Me estoy refiriendo al factor sociogenético, es decir, al papel que la sociedad reduce a las personas de la tercera edad.

Si bién los dos primeros factores, biológico y psicológico, han sido aceptados normales por los ancianos, se han sabido adaptar a ellos e incluso podríamos decir que han sabido beneficiarse positivamente de ellos; las implicaciones del envejecimiento sociogénico, dice Comfort (1), son los que convierten a la vejez en algo insoportable en las sociedades - humanas. En proporción a su edad cronológica, a los ancianos se les encasilla como obtusos, inservibles para cualquier puesto de trabajo, medio locos y asexuados. Podríamos decir coincidiendo con Comfort que los ancianos no tendrían problemas sociogénicos si no se los creasemos, como - así ha sucedido en épocas anteriores y sucede aún en deter-

minados pueblos. A este respecto dice Pergeaux (2) que "en todos los tiempos y lugares, la vejez se benefició de un estatuto especial o, al contrario, sufrió de manera particular. En ciertos tiempos, lugares y civilizaciones que el respeto, la consideración, la audiencia que se concede a los sabios. En otros, la eliminación a veces física y sistemáticas". Algunas sociedades, incluso de nuestros días, sigue diciendo Pergeaux dan a sus ancianos un tratamiento que casi siempre emana de necesidades económicas. Dicho de otra forma, el lugar que se le dá al viejo está en función de las posibilidades económicas y de la organización social del clan o de la tribu"

Buena prueba de lo que estamos hablando la tenemos en los ancianos de nuestra investigación, puesto que la residencia asilo es el último refugio de los pobres de los que no tienen dinero. Según la opinión de los directores de estos centros un buen porcentaje de los ancianos que están en el centro, ingresan porque carecen de medios de subsistencia propios.

Es curioso comprobar como existe un paralelo entre las sociedades primitivas donde la eliminación del anciano se hacía de forma brusca y desesperada y nuestras sociedades industrializadas, si bien las manifestaciones físicas y morales no son las mismas, el final es el mismo "desembarazarse de los viejos" , lo único que cambia es el modo de hacerlo.

En nuestra sociedad la forma de hacerlo es mediante lo que los sociólogos han dado en llamar "el rol del anciano"; pero "con el estallido de este rol, dice Gonzalez-Anleo (3), ha sobrevenido todo lo demás: la pérdida de posición y de importancia sociales, el descanso, la deprivación y el "internamiento" de los viejos en el "ghetto" de la marginación y de la subcultura", variables todas que se suelen dar en las residencias-asilo.

La situación psicosocial de los ancianos de las residencias asilos podríamos clasificarla como límite dentro del vasto campo de deficiencias que actualmente padecen los hombres de la tercera edad.

Si hacemos caso al consejo que, Alex Comfort recomienda para esta etapa de la vida, nos encontramos que en las residencias-asilos brillan por su ausencia. Así pues, Comfort (4) recomienda a los ancianos lo siguiente: "al hacerse viejo necesita usted cuatro cosas:

- Dignidad
- Dinero
- Unos buenos servicios médicos
- Un trabajo útil

son exactamente las mismas cosas que ha necesitado durante toda su vida. Si la situación sigue como hasta ahora, no los conseguirá, pero no existe ningún mandato divino que le vede el hacerlo. En consecuencia, o pone usted desde este

momento las bases para garantizarselos en el futuro o trabaja para forzar a la sociedad a modificar su actitud, o mejor aún, hace ambas cosas al mismo tiempo".

Podríamos decir que los ancianos de residencia asilo están condenados por ahora a la no adquisición de estas cuatro características tan necesarias para un buen equilibrio y adaptación psicosocial.

Hay suficientes razones para poder afirmar lo anteriormente expuesto, entre otros podemos exponer los siguientes:

1º Si es una constante en la ancianidad el aislamiento, la soledad, la incomunicación, el desprecio y la falta de consideración por parte de la sociedad hacia los viejos; de lo que no cabe la menor duda es de que en las residencias-asilos esto viene acentuado de forma palpable, hasta tal punto, que a veces da la impresión de que los ancianos de dichos establecimientos "no son personas".

2º La falta de dinero, de un medio, para poder vivir decentemente es una constante de los ancianos de nuestras residencias-asilos, es más, podríamos decir que la gran mayoría de los que ahí están, por no decir todos, se debe como causa principal a la falta de dinero.

3º No es cierto por supuesto que anciano y enfermo sean dos

términos sinónimos, pero sí que es bien cierto que la salud del anciano depende y mucho de su situación socio-económica. Si bien esto sería una afirmación un poco atrevida, puesto que todas las residencias-asilos tienen la obligación de tener su médico. Sin embargo si "el servicio médico de la población anciana debe alcanzar, desde el tratamiento preventivo de las enfermedades generales y específicas de dicha edad, hasta su curación, recuperación o restauración, la acción médica sobre los ancianos no puede constituir una acción independiente y aislada, sino que, por condición indispensable de eficacia, ha de insertarse en un programa sanitario global, totalmente"; entonces podemos afirmar que a nivel de las residencias-asilos dicha asistencia es muy deficiente.

4º Si bien es verdad que la jubilación, en principio, acaba con cualquier trabajo útil y remunerativo, las residencias-asilos acaban con la posibilidad de realizar cualquier otro tipo de trabajo en general puesto que el sistema y organización de estos centros todavía no permite un sistema de trabajos, hobbies o pasatiempos útiles para los ancianos.

De acuerdo con los últimos estudios y teorías (Reichard, Livson, Peterson, Geist, Kuhlen, Moberg, etc.) sobre la integración del anciano como persona y sus relaciones afectivas la actividad sea del tipo que sea (teniendo presente

las limitaciones físicas, psíquicas y sociales del anciano, así como sus motivaciones e intereses) favorece el proceso de comunicación y adaptación afectivo-social y personal del anciano al medio que le rodea y como consecuencia viene a - establecer un equilibrio psico-afectivo que le permite al - viejo vivir su última etapa de vida de forma positiva, diná - mica y esperanzadora.

La actividad, además de conllevar generalmente una comunica - ción, favorece los procesos de relación interpersonal pues - to que a la experiencia pasada del anciano se le suma la ex - periencia de la propia actividad.

Otro dato importante que favorece la actividad es el cons - tante aumento de estímulos que proporciona, y que hacen po - sible una vida más dinámica, más abierta socialmente, más - equilibrado afectivamente y con mayores esperanzas de vida.

En contrapartida la inactividad y el empleo inadecuado del ocio favorecen y acrecientan sensiblemente los estados apá - ticos, la incomunicación, la inestabilidad y retraimiento - afectivo, etc.

Siguiendo en esta línea de exposición de las coordenadas en las que se encuentran y desde las que realizan su forma de vivir los ancianos de nuestro estudio, nos encontramos que unido a la falta de una actividad adecuada, a la falta de -

una sistematización del tiempo de ocio se une la falta de actividades deportivas, sociales, políticas, etc.

Si, como dicen los doctores Calvo Melendro y Sanchez-Malo, (5) "las actividades del tiempo libre están muy condicionadas por la capacidad económica, la clase social a que se pertenece, la cultura y educación que se posee y la salud", las residencias-asilos serían los lugares más idóneos para la inactividad del tiempo libre puesto que son los centros donde en un mayor porcentaje se dan las variables expuestas anteriormente. Con esto nos afirmamos cada vez más en el hecho de que las residencias de ancianos y sobre todo las residencias-asilos, tengan unos programas establecidos para la realización de actividades durante el tiempo libre (la organización de pasatiempos en las residencias, podemos recordar el libro de la doctora Carol Lucas).

La mayoría de los gerontólogos (Comfort, Geist, Birren, Jackson, Havighurst, Gross, etc.) valoran las relaciones familiares como un dato importante para el buen equilibrio psicosocial y afectivo de las personas mayores. Nuestro propósito es valorar este dato en los ancianos de las residencias-asilos, puesto que gran parte de ellos carecen de dichas relaciones, o las tienen en parte deterioradas.

La gran mayoría de los estudios gerontológicos confirman que "El vivir solos; el vivir acompañados, pero no ser bien tra-

tados ni sentirse comprendidos; el no mantener contactos - con amigos y vecinos; el no oír la radio, no ver la televisión, no leer el periódico...; el estar marginados, no tener parte en decisiones familiares, el sentir y ser conscientes que a la gente no le gusta tratar con ellos; el reconocer la distancia psicológica, cada vez mayor, con antiguos compañeros de trabajo; el sentir generalmente una sensación de soledad, tristeza y aburrimiento; el confesar que la administración del Estado no se cuida de su situación, y sobre todo, pensar que la sociedad no valora el papel y la función del anciano, o simplemente que no le asigna ninguno si no es el de "improductivo" o el de carga "carga social" (6) favorecen el aislamiento, la incomunicación, la soledad es decir, toda la vida afectivo-social del anciano.

Este variopinto mundo de carencias psicológicas, afectivas y sociales, se dá con frecuencia en las residencias-asilos, por lo que creemos que es de gran importancia a la hora de valorar las relaciones interpersonales de los ancianos de - estos centros.

Siguiendo el recorrido de nuestros planteamientos teóricos nos encontramos que la gran mayoría de los estudios gerontológicos valoran el nivel cultural, de educación e intelectual como una variable importante dentro del proceso de acomodación, adaptación e integración psico-social del anciano.

Un dato a tener en cuenta de los ancianos de residencias - asilos que nos proponemos investigar es el nivel de instrucción como variable importante de los procesos de relaciones interpersonales de los ancianos.

Así mismo, además de lo expuesto anteriormente hemos tenido en cuenta para nuestro estudio como datos importantes el - sexo, estado civil, la edad, la personalidad y la depresión entre otros. Entre otras razones porque como hemos visto - en la primera parte de nuestro trabajo la gran mayoría de - los estudios realizados en este campo los consideran de - suma importancia.

Con el estudio experimental que aquí comenzamos queremos dejar de manifiesto que la vida de los ancianos, cargada de - infinidad de manifestaciones y procesos afectivos, viene - condicionada fuertemente además de por las distintas varia- bles personales psico-sociales, por el ambiente en el que - viven (residencia-asilo), tanto es así que la falta de comunicación dentro de las residencias, la falta de visitas de familiares, el aislamiento afectivo-social, la falta de una actividad adecuada, hobbies, deportes, etc., hechos todos - muy frecuentes en las residencias-asilos visitadas, influ- yen negativamente de manera decisiva en los procesos de re- lación afectiva y en última instancia en el estar y vivir - del anciano en el mundo.

Con este trabajo queremos así mismo por una parte explorar las diferentes variables que aceleran el proceso involutivo afectivo del anciano de residencias-asilos y por otra elaborar, en la medida de nuestras posibilidades, un sistema de medidas que sirvan para crear un ambiente propicio para que el anciano pueda sentirse integrado y realizado desde el punto de vista psico-afectivo y en última instancia conseguir que la vida del hombre de la tercera edad tenga los recursos suficientes a su alcance como para vivirla en la plenitud que le permite su proceso biológico.

Por último y volviendo a las analogías con la niñez es triste pensar que en la primera etapa de la vida del hombre todo el ambiente que le rodea se esfuerza por crearle estímulos que favorezcan su desarrollo total, en cambio en la última etapa, donde la necesidad de un ambiente adecuado es tan importante o más que en la niñez, el ambiente en general se le vuelve hostil, agresivo y contrario a su realización personal. Queremos dejar, pues, patente con este trabajo la necesidad que tiene el anciano de un ambiente más asequible a sus exigencias personales, psicológicas y afectivo-sociales.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestra investigación es analizar las relaciones e integración afectivas de los ancianos de las residencias-asilos. En concreto me propongo analizar por un lado la situación de los ancianos en su relación con los demás, es decir, si tienen amigos, si se aburren, se sienten solos y por otro lado, si se encuentran felices, si encuentran agradable vivir y tienen confianza y esperanza en el futuro y en vivir muchos años o por el contrario si sienten ganas de morirse, si se sienten tristes, deprimidos, lloran, o por el contrario no manifiestan estos estados.

Las variables que inciden en los procesos y estados antes descritos son muchas, tanto biológicos como psico-sociales, sin embargo nosotros hemos considerado como variables importantes que inciden en estos procesos:

- La personalidad (neurotica-extravertida),
- la tendencia a la depresión,
- el sexo,
- el estado civil,
- la edad,
- las relaciones familiares,
- la frecuencia de las relaciones y
- el tiempo de permanencia en el centro.

En concreto, pues, me propongo analizar la situación afectivo-social en general y a modo descriptivo de los ancianos de las residencias-asilos y la relación que existe entre las variables expuestas anteriormente y la integración y relaciones afectivas de las personas de estos centros.

3. HIPOTESIS

Para la realización de nuestros objetivos he planteado las siguientes hipótesis:

- 1.- Los ancianos más neuróticos de las residencias-asilos tienden a tener muy deterioradas la integración y las relaciones afectivas.
- 2.- Los ancianos extrovertidos de las residencias-asilos tienen unas buenas relaciones e integración afectivas.
- 3.- Los ancianos de las residencias-asilos con una tendencia alta hacia la depresión manifiestan un gran deterioro de las relaciones e integración afectivas.
- 4.- Las personas de edad avanzada manifiestan un deterioro mayor en sus relaciones e integraciones afectivas.
- 5.- Los hombres manifiestan mejores relaciones e integración afectiva que las mujeres.
- 6.- Los casados están mejor integrados afectivamente y poseen mejores relaciones-afectivas que los viudos y solteros.

- 7.- Los ancianos con más tiempo de permanencia en la residencia-asilo tienen más deteriorada su integración y relaciones afectivas.
- 8.- Los ancianos de residencias-asilos que poseen buenas relaciones familiares y son visitados asiduamente manifiestan unas buenas relaciones afectivas.

4. MATERIAL Y METODO

4.1. Instrumentos

El material utilizado para nuestra investigación consta de tres pruebas:

1ª Cuestionario de Personalidad EPI (7)

Para explorar la personalidad de los sujetos, dado que la consideramos una variable importante que incide discretamente en los procesos de comunicación interpersonal de los individuos, hemos elegido como elemento válido de medida el "Eysenck Personality inventory" (EPI), cuestionario adoptado por Miguel Sánchez Turet y por TEA (1973) a la población española.

(El cuestionario se halla en el Apendice C).

El hecho de haber elegido este cuestionario de personalidad y no otro se debió principalmente a tres causas importantes:

- a) La gran cantidad de trabajos y estudios (expuestos en el manual editado por TEA, 1973) que sobre este cuestionario se han realizado y la fiabilidad y validez con que cuenta avalaron sobradamente nuestro propósito.

b) Las dos dimensiones (o factores) más importantes de la personalidad que nos interesaba medir era el neuroticismo y la extraversión y este cuestionario es el que a mejor nos proporcionaba una medida rápida, válida y fiable de estas dos dimensiones de la Personalidad.

c) Dado que tenemos que contar a la hora de aplicar - nuestra prueba con las energía limitadas de los ancianos puesto que son personas que se fatigan y se cansan fácilmente y dado que no existe todavía pruebas de personalidad adaptadas a esta edad, diremos - que el cuestionario de Personalidad EPI reúne las - mejores condiciones, por el número limitado de sus preguntas (57 en total) en composición con otros -- cuestionarios de personalidad y por la facilidad y brevedad de su aplicación, para nuestros propósitos.

Vamos a considerar que un sujeto manifiesta una personalidad neurótica o extravertida cuando puntúa alto en la escala de neuroticismo o en la de extraversión respectivamente de dichos cuestionarios.

Si bien no creemos encontrar tipos límites tanto en extraversión como en neuroticismo, si creemos conveniente exponer la descripción que sobre estos sujetos ha dado Eysenck puesto que hemos medido estos rasgos de la personalidad con su cuestionario.

"El extravertido típico" es socialbe, ama las reuniones, tiene muchos amigos, necesita gente con la que hablar, y no es muy aficionado a leer o estudiar solo. Busca ávidamente las emociones, aprovecha cuantas oportunidades tiene a su alcance, actúa bajo el impulso del momento y es generalmente un individuo impulsivo. Le gustan los chistes, tiene siempre respuestas para todo y generalmente le gusta el cambio. Es una personas descuidada, optimista, fácil y le gusta reír, estar contento. Prefiere estar en movimiento y hacer cosas, tiende a ser agresivo y pierde fácilmente el control sobre sí mismo, no domina con facilidad sus sentimientos y no puede confiarse mucho en él.

El introvertido típico es una persona tranquila, apacible, introspectiva, amiga de los libros más que de los hombres, es reservado y poco comunicativo, salvo con sus amigos. Planifica su futuro "mira antes de saltar" y desconfía del impulso del momento. No le gusta la emoción, se toma en serio su vida cotidiana y le gusta una manera de vivir ordenada. Mantiene sus sentimientos bajo un sereno control, muy pocas veces se comporta de modo agresivo y no pierde sus nervios con facilidad. Es una persona seria, un tanto pesimista y concede gran valor a las normas éticas" (8).

2ª "Self-rating Depression scale" (S.D.S.) de Zung (3)

Otra área importante que hemos querido explorar en nuestra investigación ha sido la tendencia del anciano de las residencias-asilos hacia la depresión. Para la medida de la depresión hemos utilizado la "Self-rating Depression scale" (S.D.S.) ideada por Zung en el año 1965 para la evolución de trastornos depresivos y emocionales. (El cuestionario se halla en el Apéndice A).

Los criterios seguidos para la aplicación de esta prueba se puede reunir en los siguientes:

- a) La validez y fiabilidad de esta prueba para medir la depresión, comprobadas por Zung y colaboradores. (9) (1965-1968) y posteriormente en España por Conde y colaboradores (1969-1974). (12).
- b) El hecho de ser una prueba que ha sido adaptada en España, incluso con poblaciones de ancianos, por Conde y colaboradores en diferentes y sucesivos trabajos.

- c) La facilidad y brevedad de aplicación y el escaso número de items (20) han contribuido, debido como dije al tipo de población estudiada, a la elección de esta prueba para la medida cuantitativa de la depresión.

Los orígenes de la S.D.S. comienza en 1965, al aplicarla Zung a varias muestras de sujetos (normales y deprimidos), publicar sus resultados y validarla (9). Desde entonces, aquél ha venido publicando diversos trabajos, casi en su totalidad sobre la S.D.S. realizados por él o en colaboración con otros autores (10.11). Al mismo tiempo se han publicado dos trabajos transculturales con la S.D.S. aplicada en diferentes países de Europa, Asia, América y Australia.

Y las publicaciones de Zung y los trabajos de Conde y colaboradores sobre este test nos han ofrecido una información, revisión y resultados afines, muy útiles que nos ha servido de contraste y referencia con los resultados obtenidos en nuestra investigación, al mismo tiempo que nos han ayudado a profundizar un poco más sobre la elaboración, aplicación y estudio de esta escala para medir la depresión.

La S.D.S. (*Self-Rating Depression Scale*) es ampliamente descrita por su autor (9). Como rasgos más sobresaliente y prácticos para nuestro estudio consiste en 20 items o frases que se basan en los criterios de diagnóstico clínico más comunes en la caracterización del "trastorno depresivo", como una de las alteraciones o perturbaciones del afecto pervasivo, con alteraciones y trastornos fisiológicos y psicológicos. Los criterios diagnósticos son: ánimo deprimido, - tendencia al llanto, variación del estado de ánimo durante el día, trastornos del sueño, disminución y/o pérdida del apetito, pérdida de peso, disminución y/o pérdida de la libido estreñimiento, taquicardia, fatiga, lentitud psicomotriz, agitación psicomotriz, confusión, vacío vital y/o vivencial. irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal y rumiación suicida.

El primer estudio en España fue llevado a cabo por Conde y Sánchez de Vega (12), proponiéndose 1º La presentación de la primera adaptación de la S.D.S. de Zung y 2º Proporcionar un método transversal para la evaluación médico-clínica del llamado "Trastorno Depresivo" como concepto genérico que puede presentarse en cualquier tipo de enfermedad. Posteriormente [Conde y cols.

(13, 14)] se llevó a cabo la evaluación estadística de la primera adaptación castellana de la S.D.S. de Zung, en una población normal de N=600 sujetos. La hipótesis era, en principio, "La verificación de fiabilidad y validez de algunos de los aspectos de los trabajos de Zung y cols." (1965-1967) en su sentido más amplio y, sobre todo, en lo referente al puntaje de medias totales con la población castellana supuestamente normal, así como la verificación del primer grupo de "controles normales", obtenidos por Zung en una muestra bastante más reducida (N = 100 sujetos).

Estos mismos autores hicieron otro estudio en pacientes ambulatorios (15). Su objetivo era la adaptación y cuantificación de la S.D.S. de Zung en un número suficiente de pacientes ambulatorios para obtener datos objetivos sobre la posibilidad de establecer una serie de "índices o porcentajes de S.D.S." en las diversas categorías diagnósticas estudiadas, comparando de forma paralela estos resultados con los previamente hallados por Zung en la población de su muestra.

Un dato de interés que queremos hacer constar - aquí es que si bien la escala es autoaplicada, nosotros se la hemos aplicado a los sujetos, -- cambiando solamente los mismos items de 1ª persona por items en 3ª persona.

El hecho de habérsela aplicado en lugar de una simple autoaplicación se ha debido principalmente a dos razones:

- 1º La gran mayoría de nuestros ancianos tienen dificultades para la lectura y para la escritura, esto dificultaba sobremanera la autoaplicación, al mismo tiempo que no permitía conocer exactamente el alcance de comprensión de los items.
- 2º La segunda razón importante era el hecho de hacerle comprender bien al sujeto los items y saber que constataba con el verdadero conocimiento de dichos items. Al mismo tiempo este tipo de aplicación nos permitía una mejor observación de la conducta del sujeto, - con la escala para medir la depresión de - - Zung.

En realidad nos interesa medir principal--
mente la tendencia hacia estados deprimidos
más que a la depresión como enfermedad Psi
copatológica, entre otras razones porque -
los sujetos elegidos son normales, sin nin
gún tipo de enfermedad mental.

3ª Cuestionario psico-social

Con el fin de valorar los diferentes valores psico-sociales que se dan en esta edad, hemos elaborado un "cuestionario de indicaciones sociales" (16). Algunas de estas indicaciones sociales han sido tomadas en investigaciones nacionales y extranjeras y otras han sido creados específicamente por nosotros, siguiendo los criterios de A. de Miguel (17)

De este "cuestionario de indicadores sociales" hemos elegido aquellos items más apropiados para nuestra investigación, creando un nuevo cuestionario que exponemos en el Apéndice B.

Sin embargo no hemos utilizado todo el cuestionario para nuestro estudio puesto que determinadas preguntas solamente nos han servido para conocer mejor la personalidad, el mundo, las características de vida de los ancianos de estos centros.

Las preguntas utilizadas para valorar nuestras hipótesis, es decir, para medir las relaciones e integración afectiva de los ancianos de estos centros han sido las siguientes:

350.

Relaciones afectivas: preguntas n^{os} 23 - 24 - 31

Integración afectiva: preguntas n^{os} 20 - 25 - 26 - 27

4.2. Muestra

En la presente investigación me interesaba estudiar - ancianos de ambos sexos, considerados normales, mayores de 65 años, nacidos y que hubiesen vivido la mayor parte de su vida en la zona centro de España, con residencia en residencias-asilos ubicadas en las zonas urbanas de la capitales de provincia de la zona Castellana de España.

Las residencias-asilos debían cumplir los siguientes - requisitos para ser seleccionadas:

- 1º Que fueran residencias-asilos mixtas.
- 2º Que tuvieran más de 150 personas cada centro.
- 3º Que no fueran residencias de pagas.

De la población de residencias-asilos con las características anteriormente especificadas se seleccionó - - aleatoriamente una muestra de 10 residencias-asilos.

De total de residentes en estas instituciones se seleccionó al azar una muestra de 300 casos de los cuales - 120 decidieron ser desechados por presentar alteraciones mentales importantes.

Por lo tanto la muestra final quedó reducida a 180 sujetos.

4.3. Procedimiento

He realizado una entrevista, a cada uno de los sujetos de la muestra en condiciones normales.

La duración de la entrevista y la consiguiente aplicación de las pruebas elegidas ha sido aproximadamente de hora y media.

A lo largo de la aplicación de las pruebas la mayoría de los sujetos aportaban una serie de anécdotas y experiencias, relativas a su vida, que enriquecían en cierto modo nuestro conocimiento acerca de la personalidad, psicología y forma de vivir del anciano.

El procedimiento llevado a cabo para la recogida de los datos ha sido el siguiente:

- 1º Comencé la entrevista con los 5 primeros ítems correspondientes al cuestionario psico-social, con el fin de conseguir un buen "rapport" con el anciano.
- 2º En segundo lugar apliqué el cuestionario de personalidad EPI.

3º Posteriormente la escala autoaplicada para la depresión de Zung.

4º Por último el resto del cuestionario psico-social.

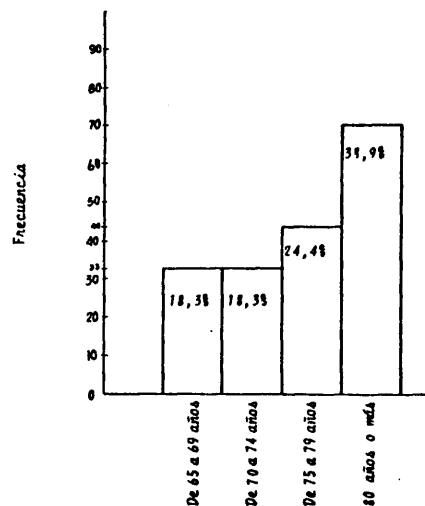
5.- RESULTADOS, INTERPRETACION Y COMENTARIOS

5.1. VARIABLES CONSIDERADAS AISLADAMENTE

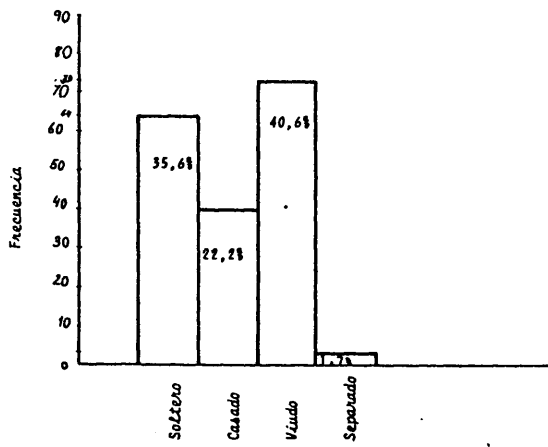
Desde el punto de vista sociológico hemos comprobado que en nuestro estudio que la gran mayoría de los ancianos de estos centros son personas viudas y solteras, con edades superiores a los 75 años.

Así pues nos encontramos que el 63,3%[†] 7% de los ancianos de estos centros son personas mayores de 75 años (Gráfica 1), con un claro predominio de las mujeres (62,2%[†] 7%) sobre los hombres (Gráfica 3) y de los solteros (35,6%[†] 7%) y viudos (40,6%[†] 7,1%) sobre las personas casadas (Gráfica 2).

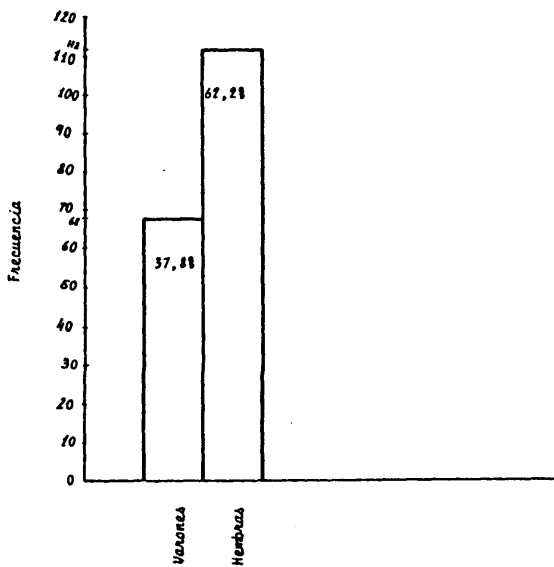
Gráfica 1.- Pregunta n° 1: Edad



Gráfica 2.- Pregunta n° 3: Estado Civil



Gráfica 3.- Pregunta n° 2: Sexo

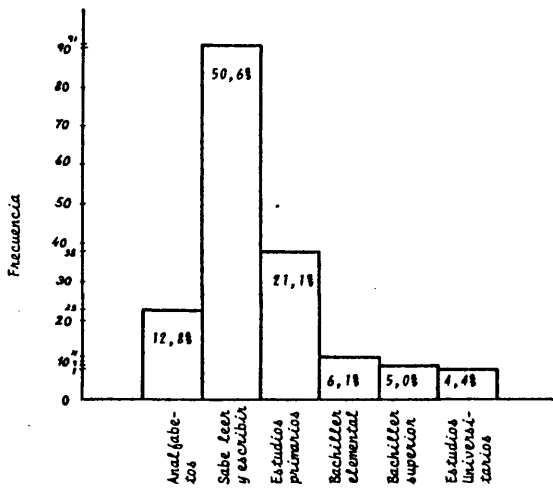


Si comparamos nuestro estudio con el de Cáritas - (18) vemos que mientras en la población normal el porcentaje de ancianos es mucho mayor entre 60 y 75 años, en nuestros centros la mayoría de estas personas se dan a partir de los 75 años.

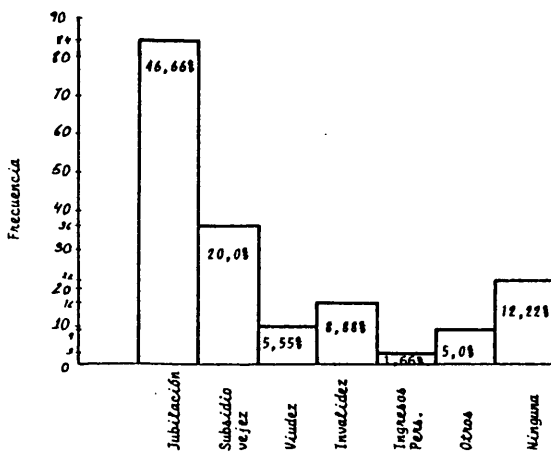
Estos resultados nos ponen de relieve que las personas ancianas tienden a buscar refugio en las residencias-asilos en última instancia, cuando las fuerzas ya les faltan, o cuando las necesidades económicas no le permiten vivir de una forma normal y decente fuera de la residencia. También se da el hecho de que la soledad y el rechazo familiar llega un momento en el que es imposible resistir más y el anciano decide entrar en estos centros. Por último nos ponen de relieve que mientras vive el marido o la mujer y se tienen suficientes facultades hay una tendencia a permanecer en el ambiente social en el que han vivido.

Hemos podido comprobar en nuestro trabajo que la gran mayoría de las personas de estos centros suelen tener un nivel de instrucción (Gráfica 4), económico (Gráfica 5) y profesional (Gráfica 6) - muy bajos.

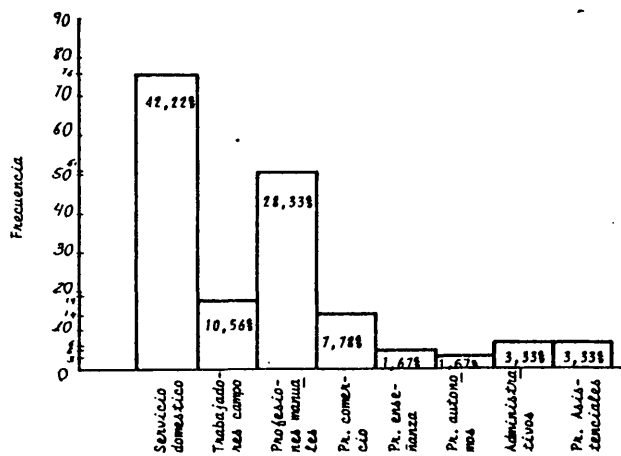
Gráfica 4.- Pregunta n° 4: Nivel de Instrucción



Gráfica 5.- Pregunta n° 5: ¿Tipo de paga que le queda?



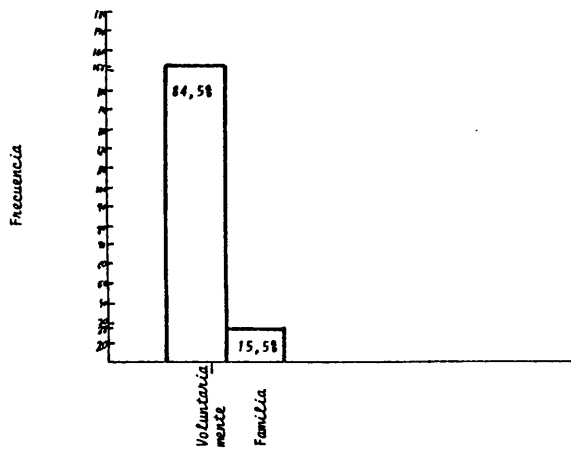
Gráfica 6.- Pregunta n° 32: ¿Cual ha sido su profesión?



La gran mayoría de los ancianos (81,11%^{+5,7%}) han sido trabajadores manuales, del campo o del servicio doméstico. Coincidiendo con estos resultados encontramos con que la mayoría de estos ancianos (84,4%^{+5,3%}) sufren una tremenda y grave incultura. Sin embargo, esta situación cultural no es exclusiva de estos centros puesto que en el reciente estudio de Cáritas (1979) se confirman estos resultados, es decir, una gran incultura de la mayoría de la población anciana (19). A estos mismos resultados han llegado la mayoría de los estudios hechos sobre este campo, entre ellos los de Wennemar (1966) (20).

Resulta sorprendente comprobar como la gran mayoría de los ancianos de nuestra muestra (84,5%^{+5,3%}) (Gráfica 7) deciden ingresar voluntariamente en la residencia-asilo.

Gráfica 7.- Pregunta n° 8: Ha venido voluntariamente o le ha traído la familia



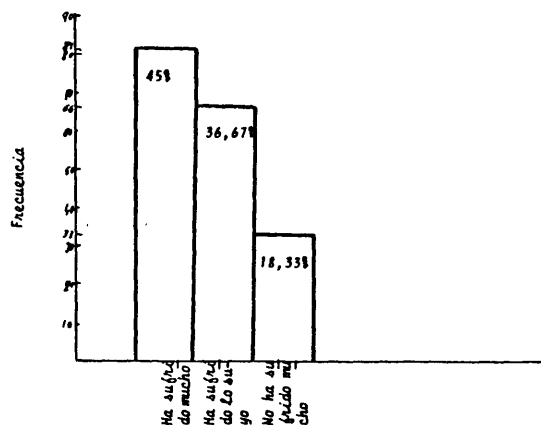
Nuestros resultados parecen contradecir los estudios realizados por Lehr, 1966, (21), Schreiner, 1969, (22), Lehr y Thomae, 1968 (23) sobre el deseo de los ancianos a mudar de casa, ya sea al domicilio de sus hijos ya sea a una residencia.

Es más, respecto a las residencias-asilos existe una actitud general de rechazo entre los ancianos por considerar estos centros como algo definitivo

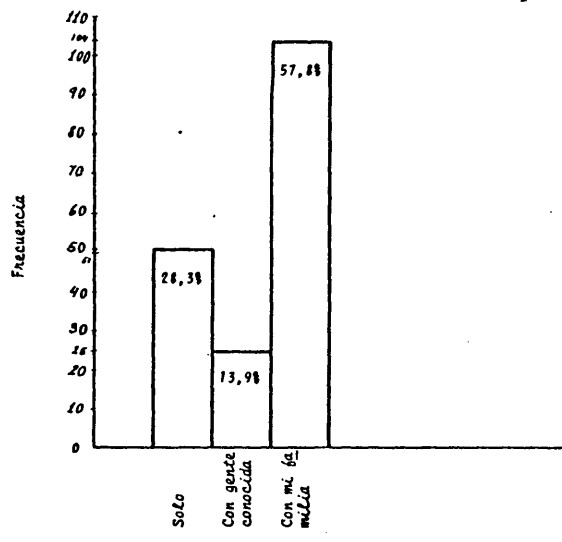
(Newman-Anderson, 1965, (24), Shanas y Streib, - 1965, (25), Blenkner, 1965, (26), Lehr, 1966, 1968) o como un lugar de retiro para los ancianos que - "son rechazados por la familia" (Lieberman y Larkin, 1963, (27), Gaitz, 1966 (28) y otros muchos autores). El informe Cáritas nos muestra asimismo el rechazo total de los ancianos a entrar en - un "asilo".

Como justificación de nuestros resultados creemos que la entrada voluntaria viene muy determinada - por las vicisitudes y sufrimientos pasados por estas personas (Gráfica 8) porque el ambiente en el que vivían (afectivo, social, económico, etc.) no le era propicio y por las relaciones familiares que estaban deterioradas (Gráfica 9).

Gráfica 8.- Pregunta n° 28: Si tuviese que considerar toda su vida hasta ahora, se podría decir que usted



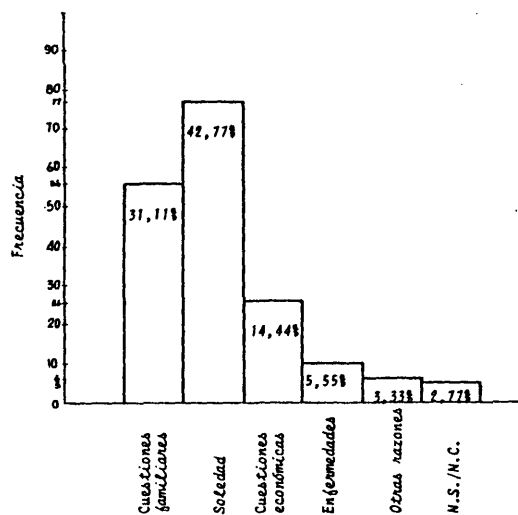
Gráfica 9.- Pregunta n° 9: ¿Con quien vivía antes de ingresar en la residencia?



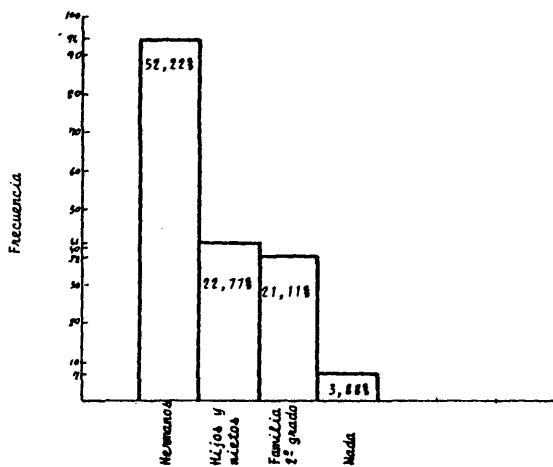
Al darse cuenta de la situación socio-económica y familiar, deciden ingresar en el centro alegando razones de soledad, problemas familiares y cuestiones económicas (Gráfica 10). Contrasta y nos da la razón el hecho de que la gran mayoría de los ancianos (57,8% [±] 7%) (Tabla 16) que viven con su familia, tienen problemas en sus relaciones, llegando a pedir el ingreso en la residencia gran parte de ellos (73,88% [±] 6,4%) por motivos de familia y soledad (Gráfica 10). Esta situación de marginación y de soledad de los ancianos que viven con su familia, que en la mayoría de los casos, es de - -

primer grado (74,99% ⁺ 6,3%) (Gráfica 11) nos la -
 ha confirmado recientemente el informe de Cáritas
 (1979).

Gráfica 10.- Pregunta n° 33: ¿Por qué solicitó ingresar en este centro?

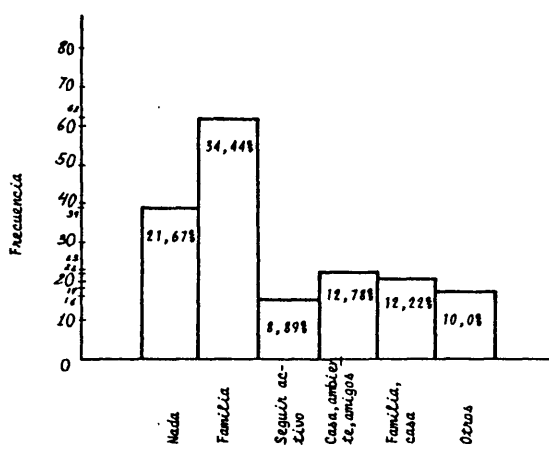


Gráfica 11.- Pregunta n° 10: ¿Que tipo de familia le queda?



Toda esta problemática creemos ha obligado al anciano a tomar "voluntariamente" la decisión de entrar en la residencia-asilo. Tanto es así que la mayoría de ellos (59,44% \pm 7%) (Tabla 12) echan de menos su casa, familiar ambiente y amistades.

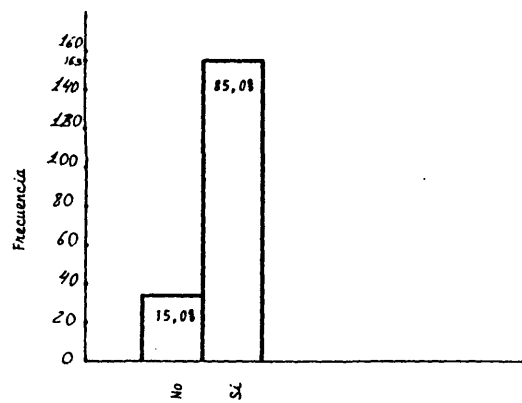
Gráfica 12.- Pregunta n° 30: ¿Que es lo que echa de menos en su situación actual?



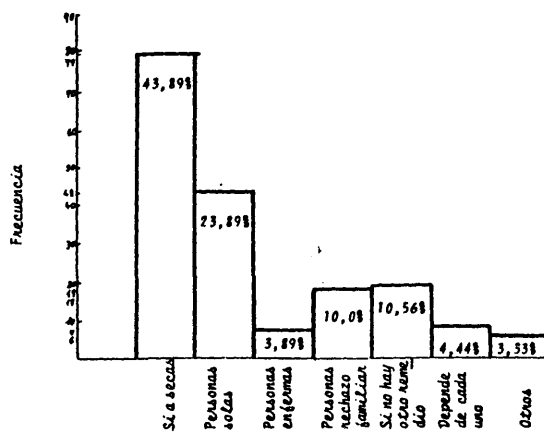
No obstante esta situación hemos comprobado que la mayoría de estas personas (85% \pm 5,2%) (Tabla 13) a medida que avanza su estancia en la residencia - se sienten a gusto en ella. En esto coincidimos con Lehr y otros autores, quienes llegan a la conclusión de que "las personas que ya viven en las residencias desaparece dicho sentimiento de rechazo, - (29), hacia ellas. Es más al cabo de pocas semanas o meses se experimenta según los estudios de -

Lehr, 1966, 1968, Ristl, 1966 (30), Borelli, 1966 (31), un gran cambio de signo positivo para el anciano.

Gráfica 13.- Pregunta n° 16: ¿Se encuentra a gusto aquí?

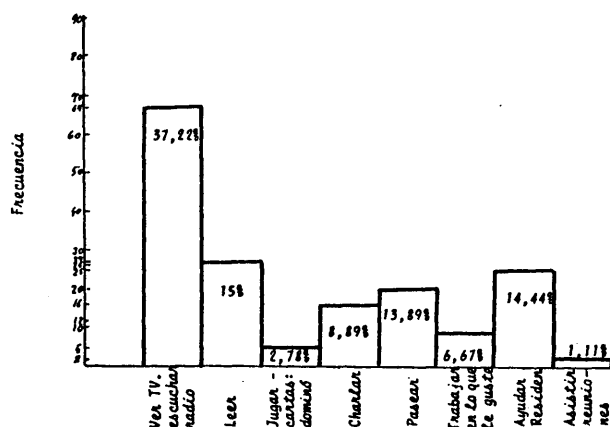


Gráfica 14.- Pregunta n° 15: ¿Cree usted que es mejor que la gente mayor viva en centros como este?



Un dato de gran importancia que hemos encontrado en nuestro estudio es que al no existir ningún tipo de actividad programada, los ancianos (66,11% ⁺ 6,9%) de estas residencias-asilos tienden a pasar el tiempo de ocio en actividades pasivas (oir la radio, - ver la T.V., etc.) (Gráfica 15) en contra de lo manifestado por los ancianos de la provincia de Madrid que no viven en residencias (informe Cáritas) quienes prefieren actividades dinámicas, activas, participativas, etc. Observamos, pues que existe -

Gráfica 15.- Pregunta n° 21: ¿Que es lo que hace más amenudo?



entre los ancianos de estos centros una tendencia contraria, por lo que se refiere al empleo del tiempo de ocio, al resto de los ancianos. Tienden a actividades poco dinámicas, poco comunicativas, poco socializables, etc. creemos que viene dada por la -

estructura y falta de actividades programadas de estos centros, puesto que como dice Lehr, "allí -- donde la aportación de estímulos externos era más intensa, allí donde en el curso de la vida diaria las dimensiones "cambio" (en lugar de monotonía), "animar" (en lugar de "conceder")... era donde menos se podía notar los llamados "efectos de la institucionalización". (32).

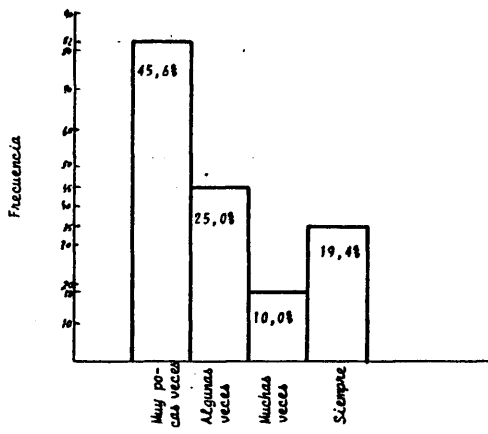
Sin embargo hay autores que afirman que el hecho de dedicarse a actividades solitarias y poco comunicativas se debe no sólo a la residencia sino que para Strong (33) se debe al hecho de que con la edad existe una tendencia a actividades solitarias; para Vogel y Schell (34) los hombres que se habían retirado muy pronto de sus actividades profesionales tendían a actividades solitarias e independientes; otros autores han comprobado que el nivel cultural y socioeconómico alto favorece las actividades de tipo dinámico, social, etc.

En conclusión podemos decir que las variables, falta de programación de actividades en el centro, nivel cultural y socioeconómico bajas y personas de edad muy avanzada, favorecerían actividades solitarias, pasivas, poco dinámicas, poco comunicativas, etc, de los ancianos de estos centros.

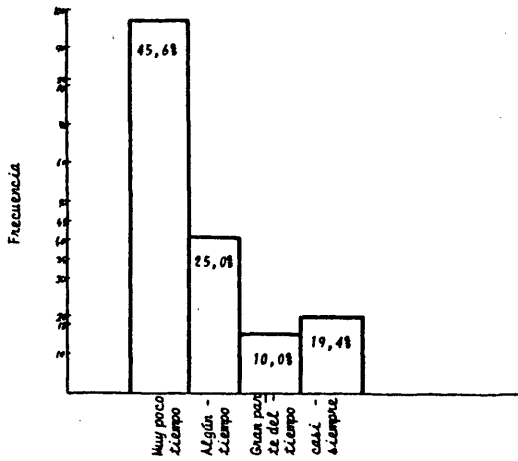
Los resultados obtenidos por Jansen (35) en ancianos de residencias, señalan una ampliación de contactos sociales en las residencias incluso en aquellas personas que debido a las circunstancias de la vida llevaban una existencia de aislamiento, sobre todo "las mujeres... que alaban el orden, la seguridad y la estabilidad que observan señalan, en parte, la ampliación de contactos sociales, que contribuyen sobre todo a la rápida habituación a la residencia entre aquellas mujeres que, debido a diversas circunstancias de la vida, llevaban una existencia en el aislamiento". Nosotros, en cambio, coincidiendo con los trabajos de Rosenfelt, Kastenbaum y Slater, 1964 (36) hemos encontrado que el internamiento y la estancia en las residencias y concretamente en las residencias-asilos no favorecen los contactos sociales de las personas que viven en ellos.

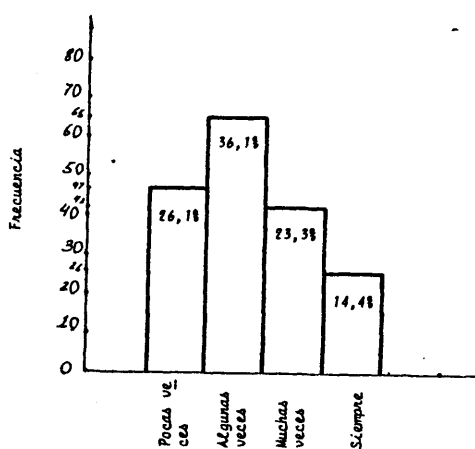
En comparación con la población normal de ancianos que no viven en residencias (informe Cáritas) hemos encontrado que en nuestros centros existe un porcentaje alto de personas que se sienten solas durante mucho tiempo (29,4% \pm 6,6%) (Gráfica 16), que se aburren (29,4% \pm 6,6%) (Gráfica 17) y que se sienten tristes (37,7% \pm 7%) (Gráfica 18)

Gráfica 16.- Pregunta n° 24: ¿Se siente solo?



Gráfica 17.- Pregunta n° 22: ¿Se aburre durante el día?



Gráfica 18.- Pregunta nº 25: ¿Se siente triste?

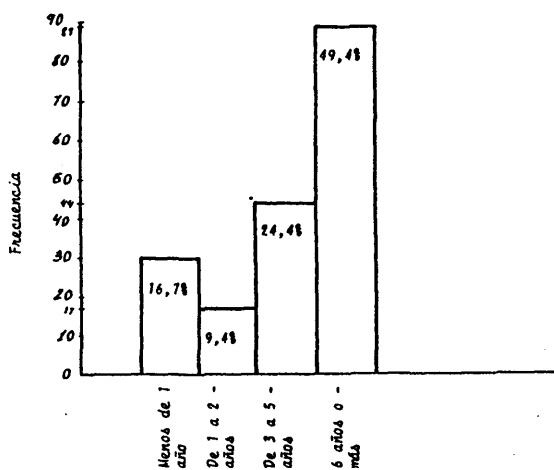
Es más, hemos encontrado que justamente aquellas personas que vivieron más aislados anteriormente, las residencias-asilos no han contribuido a mejorar sus relaciones sociales. A estos resultados han llegado Granick y Natremow, 1961 (37), Burgess 1957, (38) y otros al comprobar que las "personas con una gran capacidad de contacto social que antes de su ingreso en la residencia cultivaban sobremedera el trato social, se habitúan más rápidamente a la vida en la misma y manifiestan una mayor satisfacción por hallarse allí que aquellas - otras que demostraban una mayor dificultad para - los contactos sociales antes de su internamiento". (39).

Podríamos decir que si bien muchas personas acudieron a la residencia-asilo por motivos de soledad, estos centros en general no favorecen mucho la comunicación, socialización, etc. que permitan desaparecer dichos "estados de soledad" de los ancianos. Es más existe un deseo constante de contacto con el exterior sobre todo con la familia y amigos. Hay que tener presente, no obstante, que la mayoría de nuestros ancianos son personas mayores, solteros y viudos. Y según un estudio realizado por Conde V. y Esteban Chamorro (40) existe una fuerte tendencia en estas personas a deprimirse más. Así mismo Pollack, Kahn y Goldfarb (1958) (41) han comprobado que el nivel cultural y educacional bajos favorecen los sentimientos de desamparo, tristeza, aislamiento social, etc.

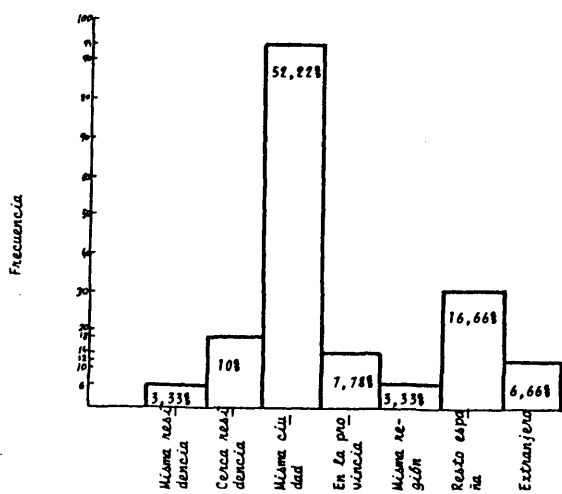
La gran mayoría de la población de estos centros - (73,8% \pm 7,5%) llevan viviendo en ellos más de - - tres años (Gráfica 19). El tiempo de permanencia en la residencia lógicamente aumenta con la edad.

A pesar de la situación marginal de los ancianos - dentro del seno familiar puesto que como hemos visto la mayoría de ellos (74,99% \pm 6,3%) tienen familia de primer grado y puesto que la mayoría de - - ellos (62,22% \pm 7%) (Gráfica 20) así mismo tienen

Gráfica 19.- Pregunta n° 7: ¿Tiempo que lleva en la residencia?



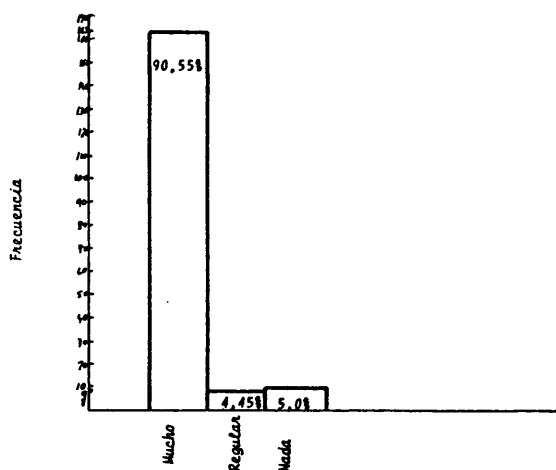
Gráfica 20.- Pregunta n° 11: ¿Donde vive esta familia?



su familia en la misma ciudad. Hemos comprobado - que la necesidad y deseo de ser visitados, bien - por la familia y bien por los amigos (Gráfica 22) es muy importante para las personas de estos cen-- tros.

La mayoría de los ancianos de estos centros (90,55 - 4,2%) desean vivamente y les agrada el ser visi-- tados (Gráfica 21)

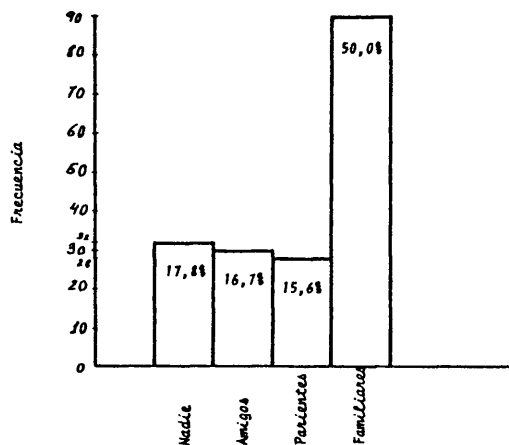
Gráfica 21.- Pregunta n° 14: ¿le agrada que vengan a verle y se preocupen por usted?



La frecuencia del tiempo de visita (Gráfica 23) -- también es muy importante puesto que como veremos posteriormente favorece bastante las relaciones - afectivo-sociales de los ancianos.

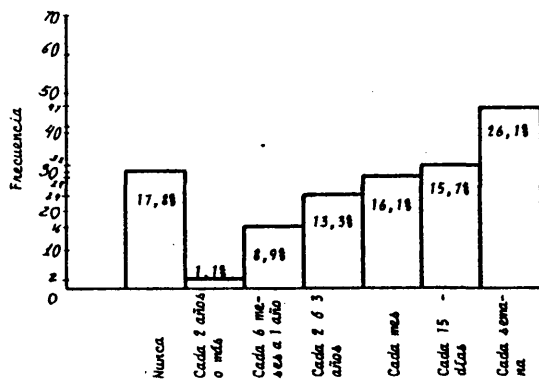
Un dato importante a tener en cuenta es que por -- fortuna las residencias-asilos parecen restablecer las relaciones familiares, deterioradas cuando estas personas vivían en el ámbito familiar, puesto que el (65,6 ± 6,9%) de las personas que visitan a -- estos ancianos suelen ser parientes y familiares -- (Gráfica 22). No obstante conviene destacar que --

Gráfica 22.- Pregunta nº 12: ¿Quién le suele visitar?

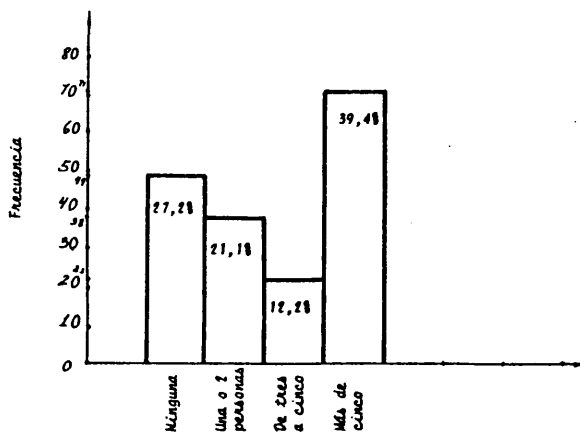


un (17,8% ± 5,5%) de personas no son visitadas nunca ni por nadie (Gráficas 22 y 23). Todo esto influye en el hecho de que un (27,2% ± 6,5%) no tenga ningún amigo (Gráfica 24).

Gráfica 23.- Pregunta n° 13: ¿Cada cuanto tiempo le visitan?



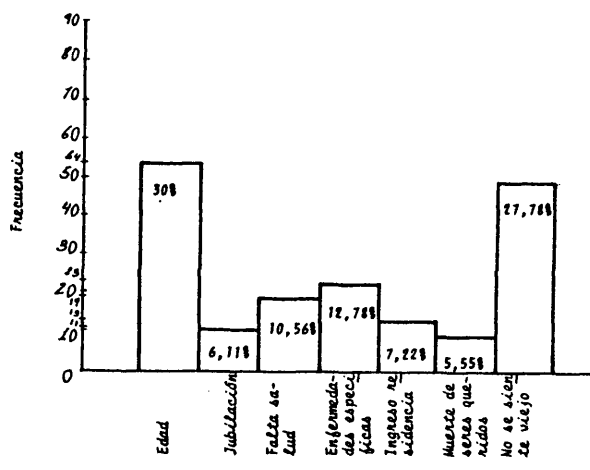
Gráfica 24.- Pregunta n° 31: ¿Cuántas personas de las que viven con usted los considera amigos?



Respecto al área del equilibrio e integración afectiva de los ancianos de estos centros nos encontramos:

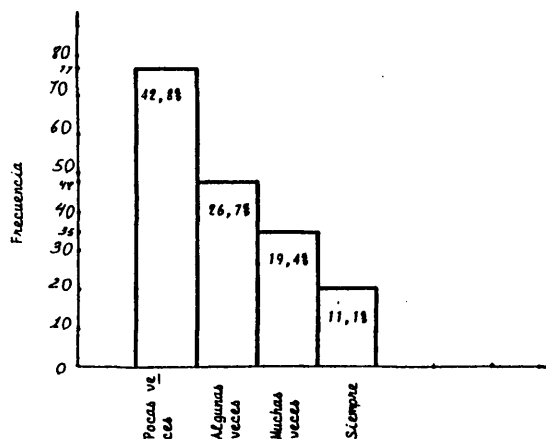
- a) Por un lado con un porcentaje muy alto de personas (27% \pm 6,4%) no se siente en absoluto viejo y otro (30% \pm 6,6%) que se siente viejo por la edad (Gráfica 25). Esto en parte viene dado por que como ya hemos visto existe un número muy alto de personas, con edades superiores a los 75 años.

Gráfica 25.- Pregunta n° 18: ¿Cuándo o a que edad comenzó a sentirse viejo?



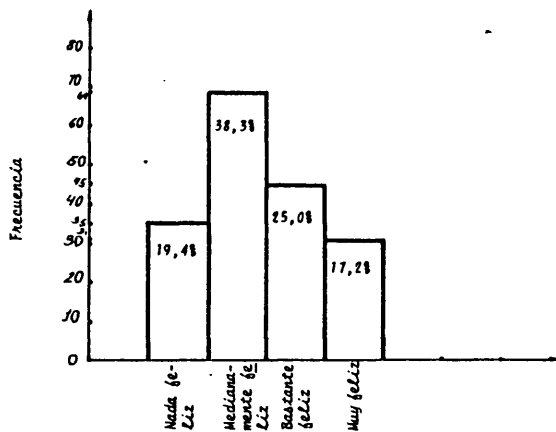
Así mismo nos encontramos con que existe una -- gran mayoría de ancianos de estos centros (68,9 ± 6,7) que suelen llorar poco (Gráfica 26). Este hecho parece contradecir la opinión de que los ancianos al igual que los niños suelen llorar con bastante facilidad y frecuencia.

Gráfica 26.- Pregunta n° 1-Zung: ¿Frecuentemente tiene ganas de llorar y a veces llora?



Nos ha chocado mucho comprobar que el (19,4% ± 5,7%) no se encuentran nada felices y el (38,3% ± 7,1%) se encuentran medianamente felices. Gráfica 27).

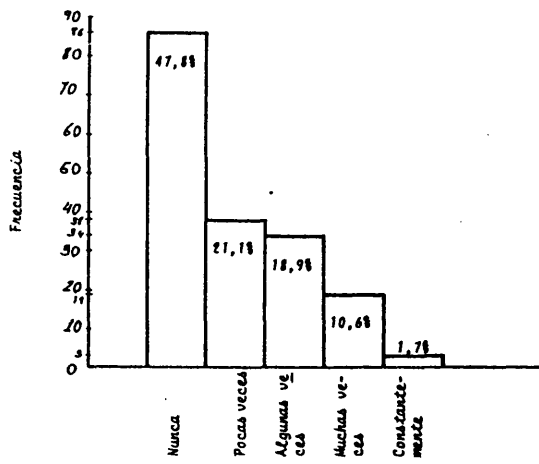
Gráfica 27.- Pregunta nº 27: Teniendo en cuenta todo ¿Como diría que le van las cosas actualmente?



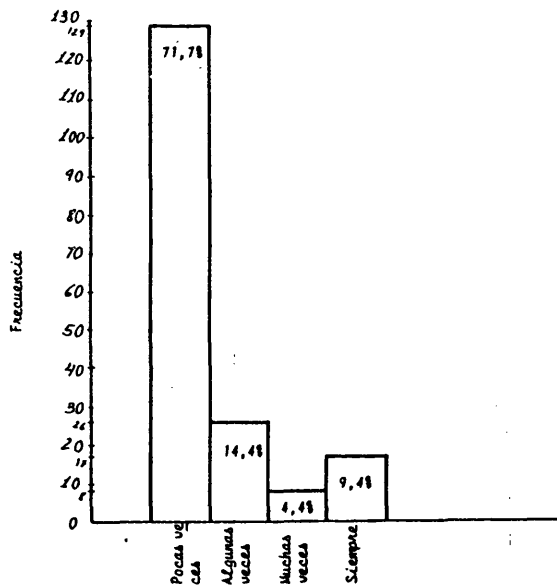
b) Por otro lado hemos encontrado que un porcentaje alto ($47,8\% \pm 7,2\%$) (Gráfica 28) de las personas de estos centros no han sentido nunca ganas de morirse y en general los ancianos de estas residencias asilos ($71,7\% \pm 6,5\%$) (Gráfica 29) no piensan que sería bueno para los demás - su muerte.

En consonancia con estos resultados hemos hallado que el ($42,2\% \pm 7,2\%$) (Gráfica 30), siempre encuentran agradable vivir, el ($47,2\% \pm 7,2\%$) - (Gráfica 31) confían en vivir más de 10 años y el ($49,4\% \pm 7,3\%$) (Gráfica 32) tienen esperanza y confianza en el futuro.

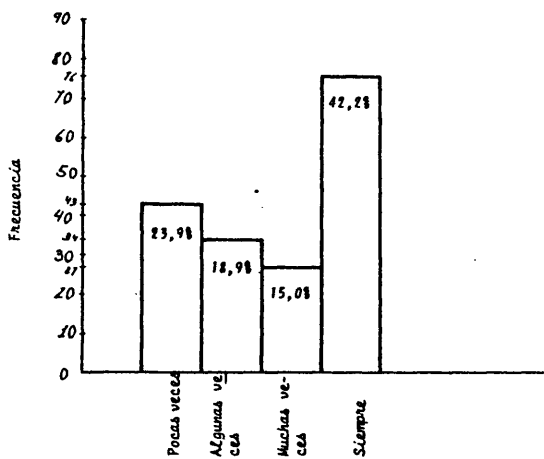
Gráfica 28.- Pregunta n° 20: ¿Ha sentido alguna vez ganas de morir?



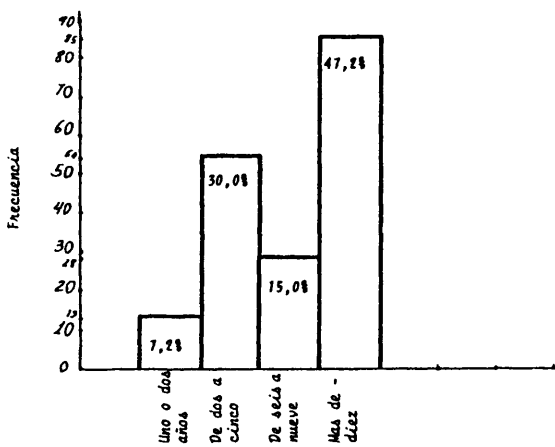
Gráfica 29.- Pregunta n° 19-Zung: ¿Cree que sería mejor para los demás que se muriera?



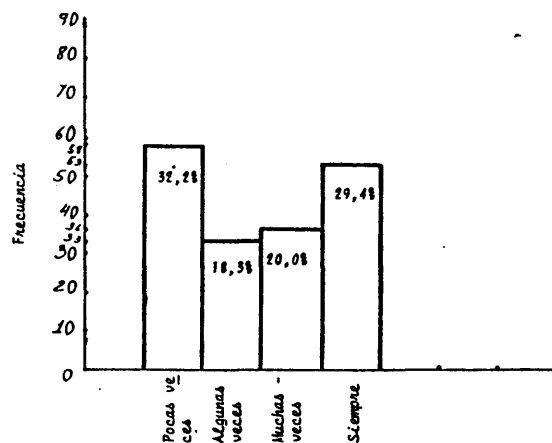
Gráfica 30.- Pregunta n° 18-Zung: ¿Encuentra agradable vivir?



Gráfica 31.- Pregunta n° 26: ¿Cuántos años confía aún en vivir?



Gráfica 32.- Pregunta nº 14-2ung: ¿Tiene esperanza y confianza en el futuro?



Hemos encontrado, así mismo, que en estos centros se dan dos situaciones en torno a las relaciones e integración afectivas del anciano totalmente contrapuestas: por un lado existe un grupo bastante numeroso falta de visitas, se aburre y se encuentra solo, falta de amigos, se siente triste y deprimido, no se encuentra a gusto, ni feliz en el centro y por otro lado existe otro grupo de personas bastante numeroso que goza de todas estas variables y que en general vive mucho más integrado desde el punto de vista afectivo. Así pues tenemos que:

14,4% \pm 5,1% se aburre siempre.	53,9% \pm 6,9% muy pocas veces.
28,3% \pm 6,5% vivían solos.	57,8% \pm 7,2% con su familia.
17,8 \pm 5,5% no les visita nadie.	59% \pm 7,1% les visitan familiares.
17,8% \pm 5,5% nunca son visitados.	26,9% \pm 6,4% cada semana son visitados.
27,2% \pm 6,5% no tienen amigos.	39,4% \pm 7,1% tienen muchos amigos.
19,4% \pm 5,7% siempre se sienten solos.	45,6 \pm 7,2% pocas veces se sienten solos.
14,4% \pm 5,1% siempre se sienten tristes.	26,1 \pm 6,4% pocas veces se sienten tristes.
19,4% \pm 5,7% no se encuentran nada felices.	17,2% \pm 6,5% se encuentran muy felices.
23,9% \pm 6,2% pocas veces encuentran agradable vivir.	42,2% \pm 7,2% encuentran siempre agra- dable vivir.
32,2% \pm 6,8% pocas veces tiene es- peranzas y confianza en el futuro.	29,4% \pm 6,6% siempre tiene confianza y esperanza en el futuro.

Esto nos lleva a pensar la gran cantidad de perso-
nas de estos centros que se encuentran sin verdade-
ras posibilidades de llegar a unas buenas relacio-
nes e integración afectivas que les permitan vivir
esta última etapa de su vida lo más felices posi-
ble.

Si bien no podemos deducir que las residencias-asi-
los son la causa principal de esta situación, de-
bido como hemos visto anteriormente a que influye
variables tales como demasiada edad, nivel cultu-
ral y socio-económico bajos, etc., creemos que es
uno de los elementos más importantes que influyen
negativamente en las relaciones e integración afec-
tivas de los ancianos de estos centros.

5.2. Relaciones de las variables con la integración y relaciones afectivas.

El estudio estadístico que a continuación vamos a exponer entre las variables, que a nuestro juicio influyen en la integración y relaciones afectivas de los ancianos de residencias-asilos, nos va a permitir profundizar y analizar de una manera clara y concisa las hipótesis propuestas en nuestro trabajo.

Antes de comenzar la discusión de nuestros resultados queremos indicar que hemos fijado, según los casos, un nivel de confianza de (0,01) (0,05) para comprobar la significación de la relación entre las distintas variables de nuestras hipótesis.

Por lo que se refiere a nuestra primera hipótesis, "Los ancianos más neuróticos de las residencias-asilos tienden a tener muy deterioradas la integración y las relaciones afectivas". hemos llegado a los siguientes resultados:

Las personas con un índice alto en la escala de de neuroticismo manifiestan una mayor tendencia a deprimirse, puesto que hemos encontrado una correlación lineal de ($r_{xy} = 0.483, p < 0.01$).

Por lo que se refiere a la relación entre el Neuroticismo y el haber sentido alguna vez ganas de morir hemos comprobado que existe una tendencia mayor entre los más neuróticos a sentir ganas de morir. ($\rho_s = 0.249$, $p < 0.01$).

Así mismo hemos comprobado que entre los ancianos con un alto índice en la escala de Neuroticismo - existe una clara tendencia a aburrirse mucho durante el día ($\rho_s = 0.247$, $p < 0.01$) y a sentirse - la mayoría del tiempo solos ($\rho_s = 0.195$, $p < 0.01$).

Hemos encontrado así mismo que existe una tendencia entre los más neuróticos a sentirse tristes y deprimidos ($\rho_s = 0.521$, $p < 0.01$) y a llorar frecuentemente. ($\rho_s = 0.320$, $p < 0.01$).

Por el contrario hemos encontrado una correlación lineal negativa entre el neuroticismo y la situación afectiva del anciano, es decir, la confianza en vivir más años, la confianza y esperanza en el futuro y el encontrar agradable vivir. Esto nos indica que existe una tendencia por parte de los más neuróticos a no encontrarse felices en el centro ($\rho_s = -0.225$, $p < 0.01$), a no tener mucha confianza en vivir muchos más años ($\rho_s = -0.238$, $p < 0.01$), a tener poca confianza y esperanza en -

el futuro ($\rho_s = -0.278$, $p < 0.01$) y por último a no encontrar muy agradable vivir ($\rho_s = -0.327$, $p < 0.01$).

Podemos concluir, pues, que las personas con un índice alto en la escala de neuroticismo tienden a deprimirse más, a sentir más ganas de morirse, a sentirse más tristes y deprimidos, a aburrirse más y sentirse más solos durante el día y, por último, a llorar más a menudo. Por otro lado hemos comprobado que a medida que aumenta el neuroticismo los ancianos se sienten menos felices, tienden a no confiar en vivir muchos más años, tienen poca confianza y esperanza en el futuro y no encuentran muy agradable vivir.

Por último podemos afirmar que estos resultados confirman ampliamente nuestra primera hipótesis.

Respecto a nuestra segunda hipótesis "Los ancianos extravertidos de las residencias-asilos manifiestan unas buenas relaciones e integración afectivas" hemos comprobado que:

Por lo que se refiere a la relación entre la esca la de extraversión y la escala de S.D.S. existe una tendencia por parte de los más extravertidos a deprimirse poco ya que hemos encontrado una correlación lineal ($r_{xy} = -0.223$, $p < 0.01$).

Así mismo hemos encontrado que a medida que los ancianos puntúan más alto en la escala de extraversión tienden a estar menos tristes ($\rho_s = -0.1298$, $p < 0.05$) y a sentir pocas ganas de morir ($\rho_s = -0.182$, $p < 0.01$).

Por otro lado hemos encontrado que a medida que se puntúa más alto en la escala de extraversión existe una tendencia mayor a sentirse felices ($\rho_s = 0.182$, $p < 0.01$), a tener un mayor número de amigos ($\rho_s = 0.189$, $p < 0.01$), a confiar en vivir muchos más años ($\rho_s = 0.149$, $p < 0.05$) a tener confianza y esperanza en el futuro ($\rho_s = 0.216$, $p < 0.01$), a encontrar más agradable vivir ($\rho_s = 0.249$, $p < 0.01$).

Estos resultados nos llevan a la conclusión de que las personas más extravertidas tienden a deprimirse poco, a estar poco tiempo tristes y a sentir pocas ganas de morir. En cambio, a medida que los ancianos son más extravertidos tienden a sentirse más felices en el centro, a tener un mayor número de amigos, son personas con mayor confianza y esperanza en el futuro, confían en vivir muchos más años y en general encuentran agradable vivir.

Por último podemos concluir que estos resultados confirman plenamente nuestra segunda hipótesis.

Respecto a nuestra tercera hipótesis "Los ancianos de residencias-asilos con una tendencia alta hacia la depresión manifiestan un gran deterioro de las relaciones e integración afectivas", hemos encontrado una correlación lineal de $r_{xy} = 0.483$, $p < 0.01$) entre S.D.S. y Neuroticismo y una correlación lineal negativa ($r_{xy} = -0.223$, $p < 0.01$) entre S.D.S. y Extraversión. Esto nos indica que a medida que aumenta la puntuación en la S.D.S. aumenta el grado de neuroticismo y disminuye la extraversión.

Hemos encontrado así mismo que cuanto más alto puntúa un sujeto en la S.D.S. manifiesta una tendencia mayor a sentir ganas de morirse ($\rho_s = 0.365$, $p < 0.01$), a aburrirse la mayor parte del tiempo ($\rho_s = 0.197$, $p < 0.01$), y a sentirse muchas veces solo ($\rho_s = 0.127$, $p < 0.05$) Son personas mucho más tristes ($\rho_s = 0.512$, $p < 0.01$) y manifiestan una fuerte tendencia a llorar frecuentemente ($\rho_s = 0.382$, $p < 0.01$)

Por otro lado hemos comprobado que a medida que aumentan las puntuaciones en la escala S.D.S. - estas personas tienden a tener pocos amigos - - ($\rho_s = -0.145, p < 0.01$) confían muy poco en vi-- vir muchos más años ($\rho_s = -0.312, p < 0.01$), - - tienen poca confianza y esperanza en el futuro ($\rho_s = -0.364, p < 0.01$) y por último no encuen-- tran agradable vivir ($\rho_s = -0.529, p < 0.001$).

El análisis de estos resultados nos llevan, pues, a la conclusión de que las personas de estos cen-- tros con una tendencia muy alta hacia la depre-- sión tienden a ser personas más bien tristes, - aburridas, con ganas de morirse y con una fuerte tendencia a llorar muy a menudo. Asimismo se ma-- nifiestan como personas con poca confianza y es-- peranza en el futuro, no confían en vivir muchos años y no tienen apenas amigos ni encuentran - agradable vivir.

Podemos concluir, pues, afirmando que los resul-- tados obtenidos nos vienen a confirmar amplia-- mente nuestra tercera hipótesis.

Respecto a nuestra cuarta hipótesis "las perso-- nas de edad avanzada manifiestan un deterioro - mayor en sus relaciones e integración afectivas" hemos llegado a los siguientes resultados:

Existe una correlación lineal $r_{xy} = 0.154$ ($p < 0.05$) entre edad y S.D.S., esto indica que a medida que aumenta la edad existe una ligera tendencia a aumentar la tendencia hacia la depresión. En esto coincidimos con el estudio de Conde V. y Esteban Chamorro (42) quienes llegaron a la conclusión de que a medida que aumentaba la edad existía un ligero aumento de las medias en la escala S.D.S.

Si bien no hemos encontrado una correlación significativa ($p < 0.05$) entre la edad y la personalidad (neuroticismo-extroversión) sí hemos encontrado que la medida de neuroticismo de nuestra muestra ($X = 13.728$, $Sx = 4.545$) es mayor y difiere significativamente ($p < 0.05$) de la media de la muestra con la que se baremó el EPI en la población española. Lo que demuestra que el neuroticismo aumenta considerablemente con la edad.

Esto se puede deber en parte al hecho de que, según Willoughby (43) el neuroticismo se incrementa considerablemente entre los 60 y 80 años. Brozek (44) llega también a resultados similares puesto que en su estudio, los ancianos eran las personas con una puntuación más alta en neuroticismo, o también al hecho según, Weinstock y Benetl, 1968 (45), de que las residencias contribuyen a crear estados y situaciones que favorecen el neuroticismo.

Así mismo hemos encontrado que a medida que una persona se va haciendo vieja existe lógicamente una mayor tendencia a no confiar en vivir muchos más años ($\rho_s = 0.212$, $p = 0.01$).

No hemos encontrado más correlaciones significativas con las demás variables, sin embargo, hemos descubierto que algunas de estas correlaciones son de signo contrario al propuesto en nuestra hipótesis, pues, hemos encontrado una correlación lineal de ($\rho_s = -0.095$) entre edad y ganas de morir de ($\rho_s = -0.062$) entre edad y sentirse triste y de ($\rho_s = -0.045$) entre edad y ganas de llorar.

El análisis de estos resultados no nos permite - pues, afirmar categóricamente nuestra hipótesis, es más si tenemos en cuenta el signo de las correlaciones tenemos que concluir que la edad no contribuye decisivamente al deterioro de la integración y relaciones afectivas de los ancianos de estos centros con lo cual tenemos que rechazar sino totalmente, si en gran parte nuestra cuarta hipótesis.

Respecto a nuestra quinta hipótesis "los hombres manifiestan mejores relaciones e integración - - afectivas que las mujeres", hemos comprobado lo siguiente:

Hemos encontrado significativa la diferencia de medias de extroversión entre hombres y mujeres -

($t = -3.1758$, $p < 0.0018$) comprobando que los hombres ancianos de estas residencias-asilos son más extrovertidos que las mujeres. A estos mismos resultados llegó Camerón 1967 (46) en su estudio sobre la introversión y egocentrismo en la vejez.

Por otro lado hemos encontrado significativa la diferencia de medias en depresión entre hombre y mujeres ($t = 4.1496$, $p < 0.0001$) comprobando que las mujeres manifiestan una tendencia a la depresión mayor que los hombres.

Por el contrario no hemos encontrado significativa la diferencia de medias en neuroticismo entre hombres y mujeres ($t = 0.8615$, $p < 0.390$) por lo cual no podemos llegar a la conclusión de que las mujeres tienden a ser más neuróticas que los hombres; conclusión a la que llegó Camerón (1967) en su investigación reseñada anteriormente.

Por lo que se refiere al estudio de las demás variables hemos encontrado que existe una asociación entre el sexo y la variable "tiene ganas de morir" ($\chi^2 = 13.654$, g.l.= 4, $p < 0.0085$); entre el sexo y la variable "tiene confianza en vivir muchos años" ($\chi^2 = 8.965$, g.l.= 3, $p < 0.005$); entre

sexo y la variable "se encuentra a gusto en el centro" ($X^2=6.236$, g.l.=1, $p < 0.012$); entre el sexo y la variable "se siente triste" ($X^2=6.957$, g.l.=3, $p < 0.05$); entre el sexo y la variable "tiene ganas de llorar" ($X^2=5.754$, g.l.=3, $p < 0.12$); entre el sexo y la variable "tiene confianza y esperanza en el futuro" ($X^2=9.038$, g.l.=3, $p < 0.028$); por último entre el sexo y la variable "encuentra agradable vivir" ya que ($X^2 = 8.519$, g.l. = 3, $p < 0.036$).

Un posterior análisis de estos resultados mediante el test no paramétrico de MANN-WHITNEY nos ha llevado a la conclusión de que las mujeres manifiestan por término medio más ganas de morir ($U=3.283$, $p < 0.048$), se sienten más tristes y deprimidas ($U=3.109$, $p < 0.015$), tienden a llorar más frecuentemente ($U=3.177$, $p < 0.024$), que los hombres. Por el contrario hemos encontrado que en general los hombres confían más que las mujeres en vivir muchos más años ($U=4.232$, $p < 0.052$), en tener confianza y esperanza en el futuro ($U=4.193$, $p < 0.119$) y encuentran más agradable vivir que las mujeres ($U=4.464$, $p < 0.020$).

Un poco contradiciendo los resultados anteriores y coincidiendo con Jansen (47) hemos comprobado que por término medio las mujeres se encuentran

más a gusto y se adaptan mucho mejor que los hombres a las residencias-asilos ($U=3.286$, $p < 0.052$).

En conclusión podemos decir que los hombres son más extrovertidos, encuentran más agradable vivir, confían en vivir muchos más años y tienen más esperanza y confianza en el futuro que las mujeres. En cambio, las mujeres manifiestan una mayor tendencia a la depresión, tienen más ganas de llorar y de morir y se encuentran mucho más tristes y deprimidas que los hombres.

Podemos concluir, pues, confirmando parcialmente nuestra hipótesis, puesto que si bien hemos encontrado que los hombres se encuentran mejor integrados afectivamente que las mujeres, no hemos encontrado por otro lado, diferencias significativas por lo que se refiere a las relaciones afectivas.

Respecto a nuestra sexta hipótesis "Los casados están mejor integrados afectivamente y poseen mejores relaciones afectivas que los viudos y solteros", hemos comprobado una clara interdependencia entre el estado civil y amistad puesto que hemos hallado un $(X^2 = 20.593$, g.l. = 9, $p < 0.014$), entre estado civil y ganas de morir $(X^2 = 26231$, g.l.=12, $p < 0.010$).

De la ingerencia de estos resultados y mediante un estudio estadístico realizado mediante el test no paramétrico de KRUSKAL-WALLIS hemos comprobado que por término medio existe una mayor tendència entre los viudos y solteros a sentir ganas de morirse que entre los casados - - - - (K-W= 4.4116, $p < 0.22$). Así mismo hemos comprobado que los casados se encuentran más felices (K-W = 11.119, $p < 0.011$), tienen más amigos que los viudos y solteros (K-W = 14.007, $p = 0.0029$) y confían en vivir muchos más años (K-W = 8.142, $p < 0.043$).

No hemos encontrado diferencias significativas - de las demás variables de nuestra hipótesis entre los casados, viudos y solteros.

A pesar de que la mayoría de los estudios que se han realizado sobre este campo (Camerón y otros) han llegado a la conclusión de que las personas casadas se caracterizaban por ser más extravertidas, menos neuróticas y menos depresivas (Conde V. y otros) que los viudos y solteros, nosotros sin embargo no hemos podido corroborar dichos estudios al encontrar en nuestros resultados una F no significativa, como puede apreciarse en las Tablas 1, 2 y 3 que a continuación exponemos:

Tabla 1 - Análisis de Varianza: Extroversión

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	46.7915	15.5972	1.2135	0.3063
INTRA	176	2262.1919	12.8534		

Tabla 2 - Análisis de Varianza; Neuroticismo

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	44.4454	14.8151	0.7137	0.5450
INTRA	176	3653.1982	20.7568		

Tabla 3 - Análisis de Varianza; Depresión

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	173.8251	57.9417	0.5720	0.6342
INTRA	176	17828.1914	101.2965		

Los resultados obtenidos, pues, nos llevan a la conclusión de que los casados son personas que se encuentran más felices, tienen más amigos, - confían en vivir muchos más años y como consecuencia sienten menos ganas de morir que los viudos y solteros.

Con estos datos si bien no podemos afirmar totalmente nuestra hipótesis si podemos confirmarla de forma parcial.

Respecto a nuestra séptima hipótesis "Los ancianos con más tiempo de permanencia en la residencia-asilo tienen más deterioradas su integración y relaciones afectivas ", hemos encontrado una correlación lineal negativa ($\rho_s = -0.146$, $p < 0.05$) esto nos indica que a medida que aumenta la permanencia en el centro tiende a disminuir la extraversión. No obstante esto, no hemos encontrado una F significativa al (0.05) que nos permita afirmar a este nivel de confianza una diferencia significativa entre las medidas, sin embargo, no está lejos del nivel de significación marcado ya que ($p < 0.07$) como podemos ver en la Tabla 4 que a continuación exponemos:

Tabla 4 - Análisis de Varianza: Extraversión

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	87.9118	29.3039	2.3221	0.0768
INTRA	176	2221.0728	12.6197		

Hemos comprobado así mismo, un ligero aumento de las medidas de Neuroticismo y Depresión a medida que avanza la estancia de permanencia en el centro del anciano tal como nos indica la correlación ($\rho_s = 0.0781$, $p < 0.05$) entre el tiempo de permanencia en el centro y el Neuroticismo; y la correlación ($\rho_s = 0.0852$, $p < 0.05$)

entre el tiempo de permanencia y la Depresión. Sin embargo, la F nos indica que las medias de dichos grupos no difieren significativamente a un nivel de confianza de (0.05) tal como puede verse en las Tablas 5 y 6 que a continuación exponemos:

Tabla 5 - Análisis de Varianza: Neuroticismo

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	66.4183	22.1394	1.0731	0.3619
INTRA	176	3631.2273	20.6320		

Tabla 6 - Análisis de Varianza: Depresión

Fuente de variación	G.L.	S.C.	M.C.	F	p
INTER	3	216.3611	72.1204	0.7137	0.5450
INTRA	176	17785.6641	101.0549		

Si bien en nuestro estudio no hemos comprobado que estas diferencias son significativas si creemos que tienen su importancia debido a muchos estudios que sobre este campo han podido confirmar estos resultados (Lehr, Lieberman y Kawin, Mason, Rosner, Gaitz, etc., etc.). Sin embargo hay autores que piensan que esta situación no se debe exclusivamente a la estancia en la residencia, sino que dependen de los motivos que hayan

dado lugar al internamiento (Lieberman 1965 (48) Pollack, Kahn, Gerber y Goldfarb, 1940 (49), - Townsend, 1964 (50), Scott, 1955 (51).

Respecto a las demás variables de nuestra hipótesis hemos comprobado que existe una correlación lineal negativa ($\rho_s = -0.2415$, $p < 0.01$) entre el tiempo de permanencia y cuántos años confía en vivir y una correlación ($\rho_s = -0.132$, $p < 0.05$), entre el tiempo de permanencia y el encontrar agradable vivir. Esto nos indica que a medida que avanza el tiempo de permanencia de los ancianos en los centros que existe una tendencia mayor a confiar en vivir pocos años y a encontrar poco agradable vivir. Sin embargo, el creer que el tiempo de permanencia en la residencia es la única causa de esta tendencia nos llevaría a un grave error, puesto que tenemos que tener presente que en nuestro estudio existe un porcentaje muy alto de ancianos ($63,3\% \pm 6,2\%$) mayores de 75 años y creemos que este dato sí que puede ser muy importante a la hora de tener en cuenta y analizar los resultados anteriores.

Otro dato a tener presente que puede influir en el hecho de que estos ancianos encuentren poco agradable vivir es que existe una tendencia muy clara a ser poco visitados por los familiares y

amigos ($\rho_s = -0.1997$, $p < 0.01$) y las visitas a -
ser cada vez más distanciadas ($\rho_s = -0.1565$, - -
 $p < 0.05$) a medida que aumenta el tiempo de per-
manencia en el centro, de hecho se encuentran -
mucho más solos ($\rho_s = 0.126$) y aburridos ($\rho_s = 0.119$).

Si bien con nuestros resultados no podemos afir-
 mar categóricamente que a medida que avanza el
 tiempo de permanencia del anciano en el centro
 existe un deterioro mayor de su integración y -
 relaciones afectivas. Si por el contrario, de-
 bido a que las correlaciones halladas ($p > 0.05$)
 muestran la dirección que esperábamos en nues--
 tra hipótesis, podemos coincidir con la mayoría
 de los autores que han trabajado en este campo -
 en que existe un mayor deterioro de las rela-
 ciones e integración afectiva de los ancianos -
 que viven en ellos.

Respecto a nuestra octava hipótesis "Los ancia-
 nos de residencias-asilos que poseen buenas re-
 laciones familiares y son visitados asiduamente
 manifiestan unas buenas relaciones afectivas" -
 hemos encontrado interdependencia entre las va-
 riables "quién le suele visitar" y "se siente
 solo" puesto que ($X^2 = 23.285$, g.l. = 9, - ---
 $p < 0.0056$); entre "cada cuanto tiempo le visi-
 tan" y "se aburre durante el día" puesto que --

($X^2=36.779$, g.l.=18, $p < 0.0056$) y por último entre "cada cuanto tiempo le visitan" y "se siente solo" puesto que ($X^2= 31.292$, g.l.= 18, $p < 0.026$). Un análisis posterior entre estas variables realizado durante el test no paramétrico de KRUSKAL-WALLIS nos confirma que las personas que son visitadas por amigos o familiares son los que menos solos se encuentran (K-W = 7.40553, P < 0.05). Así mismo hemos comprobado que las personas de estos centros que son visitadas muy a menudo tienden a encontrarse menos solos ($\rho_s = -0.132$, $p < 0.05$).

Estos resultados nos llevan a la conclusión de que cuanto más frecuentes son las visitas de los familiares, mejores relaciones afectivas muestran los ancianos dentro del centro.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Comfort, A.: Una buena edad. La 3^a edad, Edit. Debate Madrid, 1978, pag. 12.
- 2.- Pergeaux, cita tomada de "La 3^a edad en la provincia de Madrid, Cáritas, Madrid, 1979, pag. 11
- 3.- González-Anleo, J.: La vejez; marginación y subcultura, VI Congreso Nacional de Gerontología, Salamanca 1973, pag. 214.
- 4.- Comfort, A.: Obra citada pag. 14,
- 5.- Calvo Melendro y Sánchez-Malo.: Tipo de vida y envejecimiento. Empleo del tiempo libre en los ancianos, V. Congreso Nacional de Gerontología, Valladolid, 1971, pag, 222.
- 6.- Alonso Torréns, J.: La 3^a edad en la provincia de Madrid, Cáritas, Madrid 1979, pag. 15.
- 7.- Cuestionario de personalidad EPI, TEA, 1973.
- 8.- Eysenck. H.J.: Delincuencia y personalidad, Edit. Marovas, Madrid 1974, pag. 63.

- 9.- Zung, W.: "A self. Rating depression scale". Arch Gen. Psy
chiat., 12 - 63 - 70, 1965.
- 10.- Zung, W.: Richards, C y Short, M.: Self-Rating depressior
Scale in an outpatient clinic. Arch. Gen. Psy
chiat, 13: 500-515, 1965.
- 11.- Zung, W.: "Depression in the normal Adult Population", Psy
chosomatics, 12: 164-167, 1971.
- 12.- Conde V. y Sánchez de Vega.: La escala autoaplicada para -
la Depresión de Zung. Arch. Neuroliol, 32-4:
535-558, 1969.
- 13.- Conde V. Escriba. J. e Izquierdo, J.: "Evaluación estadig
tica y adaptación castellana de la Escala -
autoaplicada para la depresión, de Zung". -
Arch. Neurobiol. Parte I, XXXIII, 2:185-206,
1970.
- 14.- Conde V. Escriba. J. e Izquierdo, J.: "Evaluación estadig
tica y adaptación castellana de la escala -
autoaplicada para la depresión, de Zung". -
Arch. Neurobiol, Parte II, XXXIII 2: 281-303.
1970.

- 15.- Conde V. Escriba, J. e Izquierdo, J.: "La S.D.S. de Zung en pacientes ambulatorios" Medicina clínica, 54: 305-318, 1970.
- 16.- Dr. Pérez y Pérez y Col.: Cuestionario de indicadores sociales, curso doctorado 1978-1979.
- 17.- De Miguel, A.: Tres estudios para un sistema de indicadores sociales, Fundación Foessa, 1967.
- 18.- Cáritas: Obra citada pág. 50.
- 19.- Cáritas: Obra citada pág. 65.
- 20.- Wennernar, H.: Eine studie zur Lebenssituation bäuerlichen Bevölkerung im 7. und 8. Lebensjahrzehnt (unveröff Examensarbeit), Bonn, 1966
- 21.- Lehr. U.: Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung älterer Mitbürger, Blätter der Wohlfahrtspflege, 113. Stuttgart, 1966, 1-8.
- 22.- Schreiner.: Zur Zukunftsbezogenen Zeitperspektive bei alten Menschen. Phil, Diss; Bonn, 1969.
- 23.- Lehr y Thomae.: Die Stellung des älteren menschen in der Familie. En: G. Wurzbacher (dir): Die Familie als sozialisationsfaktor, Enke, Stuttgart, 1968 104-132.

- 24.- Newman - Anderson.: Institucionalization, interaction and selfconception in aging. En: A.M. Rose y W.A. Peterson (dir.) older people and their social world. Filadelfia, 1965, 245-257.
- 25.- Shanas y Streib.: Social structure and the family; generational relations. Prentice Hall, Englewood - Cliffs, Nueva York, 1965.
- 26.- Blenkner.: Social work and family relationships in later life En Ethel shanas y G.F. Streib (dir.) social structure and the family. Nueva York, - 1965, 46-59.
- 27.- Leiberman y Lakin.: On becoming an institutionalized aged person. En: R.H. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (dir.) Proc. of aging Nueva York, -- 1963, 475-503.
- 28.- Gaits.: The implications of institutional care of the - - elderly patient. Tomo 6 Proc. 7 Th. intern. Congr. Gerontol, Viena, 1966, 23-26.
- 29.- Lerh, U.: Psicología de la senectud: Edit Herder Barcelona 1980, pág. 296.

- 30.- Ristl, G.: Untersuchung zum Problem der Übersiedlung in ein Altenheim. (Unveroff. Examensarbeit). Bonn, 1966.
- 31.- Borelli, F.: Particular aspects of the adaptability of the aged in the rest homes of the National Institute for pensioners in Italy, En: Proc VII th Intern. Congr. Gerontol, 6, Viena 1966, 327-335.
- 32.- Lehr, U.: Obra citada, pág. 305.
- 33.- Strong, E.K.: Change of interest with age, Stanford, California, Stanford univ. Press, 1931. En Pressy S.L. Y Kuhlen, R.G.: Psychological development throught The life Spain, New York, Horper & Rok, 1957.
- 34.- Vogel, S.B. y Schell, E.R.: Vocational interest patterns in late maturity and retirement Gerontol, 1. 23, 1968 (enero) págs. 66-70.
- 35.- Jansen, W.: Die vorbereitung aun las althenhein "actuelle" gerontologie", 1, 1971, 285-289.
- 36.- Rosenfelt, R.H.: R. Kastenbaun, Ph. E. Slater: Patterns of shortrange tirue orientation in geriatric patiens. Em R.D. Kastenbaum (dir) New thoughts on age. Nueva York, 1964, 291-299.

- 37.- Granick, S. y D. Patterson.: (dir) Human aging II, an eleven year follow-up biomedical and behavioral study DheW publication No. (HS. M) 71-9037, US Government Printing Office, Washington, D.C. 1971.
- 38.- Burgess, E.W.: Problemè des alternden Menschen in der modernen amenkanischen Gesellschafts. Kolner Zt. f. Soziologie y Sozialpsychol, 3, 1957, 447-460.
- 39.- Lehr, U.: Obra citada, pág. 303.
- 40.- Conde V, y Esteban Chamorro.: obra citada pág. 525.
- 41.- Pollack, Kahn y Goldfarb.: Factores related to individual differences in perception in instituionalized afed subjects. J. Gerontol, 13, 1958, 192 Lf.
- 42.- Conde V. y Esteban Chamorro.: Obra citada pág. 525.
- 43.- Willoughy, R.R. "The relationship to emotionality of age, sex and comyugal condition. Awer J. Social, 43 1938 págs. 920-931.
- 44.- Brozek J.: Personality of young and middele aged normal men item analysis of a psychosomatic inventory, J. Ferontol, 1955, 7, 410-418.

- 45.- Weinstock, C. y R. Bennett.: Problems in communications to nurses among residents of a racially homogeneous nursing home. Gerontologist, 8, 1968, 72-75.
- 46.- Cameron, P.: Introversion and egocentricity among the aged J. Gerontol 1967, 22, 465-468.
- 47.- Jausen, W.: Obra citada, pág, 287.
- 48.- Lieberman, M.A.: Psychological correlates of impending death: some preliminary observations. J. Geront 20, 1965, 181-190.
- 49.- Pollack, M.R. Kahn, J. Gerber y A Goldfarb.: The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons awer J. Psychiatr, 117, 1960, 120-124.
- 50.- Townsend.: The place of older people in different societies En P. From Hansen (dir) Age with a future Copenhagen 1964, 36-43.
- 51.- Scotto F.G.: Factors in the personal adjustment of institutionalized and non-institutionalized aged In; Awer Soc. Rev. 1955, 538-554.

III

PARTE FINAL

1.- CONCLUSIONES GENERALES

1.- CONCLUSIONES GENERALES

1. Hemos encontrado que la mayoría de los ancianos de las residencias-asilos son personas mayores de 75 años, con un claro predominio de las personas viudas y solteras y con un nivel socio-profesional, -- cultural y económico muy bajos.
2. Hemos encontrado en estos centros una ausencia total de programas sobre actividades, hobbies y utilización del tiempo libre adecuados a las necesidades biopsicosociales de los ancianos, como consecuencia de esta ausencia la gran mayoría de los ancianos de estos centros utilizan su tiempo libre en actividades pasivas, poco comunicativas y poco socializantes.
3. La gran mayoría de los ancianos de estos centros son personas que han sufrido mucho a lo largo de su vida y han pasado muchas dificultades, principalmente de tipo económico.
4. La gran mayoría de los ancianos de estos centros sienten la necesidad de comunicarse con el exterior y echan mucho de menos situaciones tanto afectivas como sociales de su vida anterior, principalmente la familia, la casa, el ambiente y los amigos.

5. El ingreso voluntario de la mayoría de los ancianos de las residencias-asilos se debe principalmente a dos causas: primera al aislamiento social en el que se encontraban antes de ingresar y segunda a la marginación en la que se encontraban en el ambiente familiar donde vivían.
6. Las residencias-asilos albergan un porcentaje muy alto de ancianos deprimidos, aburridos, solitarios y tristes en comparación con la población normal.
7. En las residencias-asilos no se favorecen ni se estimulan las relaciones afectivo-sociales de los ancianos que viven en ellas. Por el contrario se favorecen sentimientos y actitudes de vejez, de hecho la gran mayoría de los ancianos que viven en ellas se sienten viejos por diversos motivos.
8. Los ancianos más neuróticos de las residencias-asilos son personas que tienden a deprimirse, a sentir ganas de morirse, a sentirse tristes y deprimidas, a aburrirse mucho durante el día. Se sienten poco felices, no confían en vivir muchos años más, tienen poca confianza y esperanza en el futuro y no encuentran muy agradable vivir.
9. Las personas más extravertidas de las residencias-asilos son ancianos que tienen muchos amigos, se -

sienten felices, tiene confianza y esperanza en el futuro, encuentran agradable vivir y confían en vivir muchos más años. Además tienden a deprimirse poco, a no estar casi nunca tristes y a sentir pocas ganas de morirse.

10. Los ancianos de estos centros con una tendencia alta hacia la depresión tienden a ser personas más bien tristes, aburridas y solitarias. Además se manifiestan como personas con poca confianza y esperanza en el futuro, no confían en vivir muchos años, no tienen apenas amigos y por último no encuentran agradable vivir.
11. Hemos observado que a medida que avanza la edad - - existe una tendencia entre los ancianos de residencias-asilos a deprimirse más, a buscar refugio en - si mismos a dedicarse a actividades pasivas y a disminuir sus relaciones afectivo-sociales sin embargo tienden a encontrarse más a gusto y adaptarse mucho mejor al centro en el que viven.
12. Los hombres ancianos de las residencias-asilos son más extrovertidos, encuentran más agradable vivir, confían en vivir muchos más años y tienen más confianza y esperanza en el futuro que las mujeres. - Por el contrario las mujeres manifiestan una mayor tendencia a la depresión, tienen más ganas de llorar y de morirse y se encuentran mucho más tristes y deprimidos que los hombres.

13. Los ancianos casados de las residencias-asilos manifiestan una tendencia a encontrarse más a gusto y -- adaptarse mejor al centro, a encontrarse más contentos y felices, a tener muchos más amigos, a confiar en vivir muchos más años y como consecuencia a sentir menos ganas de morirse que los viudos y solteros.
14. Los ancianos que llevan más tiempo en la residencia-asilo manifiestan una tendencia mayor al neuroticismo, a la depresión, y son menos extravertidos. Por otro lado manifiestan una mayor tendencia a aburrirse, a la soledad, a no confiar en vivir muchos más años y por último encuentran poco agradable vivir.
15. Las relaciones afectivas de los ancianos de residencias-asilos se ven favorecidas a medida que existen mejores relaciones familiares y un aumento de la frecuencia de las visitas, es decir, los ancianos que son visitados frecuentemente por sus familiares tienden a poseer unas buenas relaciones afectivas dentro de la residencia-asilo.

2.- CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

2.- CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS Y PERSPECTIVAS DE INVESTIGACION

El presente estudio nos ha permitido analizar y profundizar en la vida de los ancianos de Residencias-Asilos. De este análisis hemos podido comprobar que existen una serie de deficiencias en estos centros que dificultan la buena adaptación e integración de los ancianos en la última etapa de su vida.

Del estudio de estos centros hemos observado que existe una deficiente asistencia al anciano por falta de personal; así mismo hemos comprobado una ausencia total de personal cualificado que estimule, favorezca y positive la estancia del anciano en el centro y no se limite a ser un mero cuidador de estas personas.

El trato a estas personas es muy importante por el hecho de que a lo largo de su vida en una gran mayoría han sido muy baqueteadas por ésta. La sensación de no ser comprendidos, escuchados y queridos por el personal del centro si no solamente cuidados y atendidos, crea en ellos estados de tristeza, subvaloración, inseguridad y de aislamiento en si mismos.

Otros datos de gran importancia que a nuestro juicio y al de la mayoría de los gerontólogos es de suma importancia es la ausencia total de un programa de actividades y "Hobbies" válidos y adecuados a esta edad, que permitan al anciano -

poder dedicar su tiempo libre en aquellas actividades que le gustaría hacer. Como mucho hemos encontrado que un porcentaje mínimo se dedica a labores de ayuda al mantenimiento de la residencia; la gran mayoría se dedica. A ver la TV, oír la radio, pasear, etc. actividades poco dinámicas y socializantes. Esto repercute en el hecho de encontrar en estas residencias una gran cantidad de ancianos que se encuentran solos y aislados.

Siguiendo en esta línea hemos comprobado que existe una -- falta de contacto con el exterior, falta de actividades sociales, charlas, ir a museos, cines, etc. que creen en el anciano inquietudes ante los problemas que actualmente se dan en la sociedad y le sitúan en el marco social en el -- que se encuentran muchos de los ancianos de estos centros, por no decir la mayoría. Están al margen de los problemas y situaciones tanto políticas como socio-económicas, de la actual situación social. Todo esto lleva a los ancianos -- de estos centros en su mayoría a tener una gran necesidad de contacto con el ambiente exterior.

Todo esto contribuye en gran parte al aburrimiento y soledad en la que se encuentran una gran parte de los ancianos de estos centros.

Otro dato de mucha importancia que nos ha sorprendido bastante es el hecho de encontrarnos con una muy mala ambientación interior que no permite al anciano una comodidad adecuada ni una situación acogedora.

Los centros suelen ser de una estructura vieja y poco adecuada para este fin, la decoración interior tiende a ser deprimente más que estimulante. En algunos, el proceso de remodelación interior parece más hecho para personas jóvenes o adultas que para ancianos.

Ante la problemática que plantean las residencias-asilos creemos que las medidas a tener en orden a una mejor integración del anciano y a una mejora de sus relaciones afectivo-sociales deberían ir encaminadas hacia tres frentes importantes:

1.- Medidas de tipo social

En primer lugar convendría desterrar de la sociedad y sobre todo de las personas que están en relación directa o indirecta con los ancianos de estos centros la actitud de subvaloración que actualmente se tiene hacia las residencias-asilos.

Esto permitiría entre otras cosas un mejor concepto de las personas de estos centros y como consecuencia un mejor trato personal hacia ellos.

En segundo lugar, si tenemos en cuenta la tesis de Goldfarb de que "la soledad es función del aburrimiento" el escaso campo de intereses de los ancianos de estos centros contribuiría sobre manera a acentuar los

estados de soledad. Por eso creemos que en estas residencias-asilos debería haber un programa completo de actividades que permitan al anciano utilizar adecuadamente su tiempo libre, le estimulen y le creen inquietudes que le permitan ampliar su campo de acción e intereses.

Dentro de esta línea de acción convendría así mismo favorecer al máximo el contacto del anciano con el exterior, favorecer no sólo los contactos familiares sino también los extrafamiliares.

Así mismo convendría favorecer al máximo actividades de tipo social y cultural que le permitan al anciano estar al corriente de la problemática de la sociedad actual y le creen más inquietudes.

2.- Medias de tipo ecológico

Los factores ecológicos y las condiciones ambientales de todo tipo, bien sea fuera de la residencia-asilo: lugar donde se sitúa, ciudad y campo, paisaje, tráfico problemas de transporte, clima etc. bien sea dentro de la residencia, mobiliario, decoración, acondicionamiento, comodidad, etc. son variables que inciden directamente sobre las relaciones afectivas, estados de ánimo y en general sobre la psicología de estas personas. Creemos que una investigación dedicada a ver la influencia de los factores ecológicos sería de suma

utilidad para tratar de conseguir una mejor adaptación del medio a las necesidades afectivas del anciano.

Si bien últimamente las investigaciones sobre este campo se están acentuando y llegando a resultados donde se confirman la influencia de estos factores ecológicos en el comportamiento y afectividad de los ancianos (Carp, 1975; Claff y Compell, 1975; Tomae, Mathey y Knorr, 1976; Balter 1977; Lehr 1976; Olbrich 1977; etc.). En el campo que nosotros estamos investigando y concretamente en España dichas investigaciones todavía están por realizarse.

No obstante esta falta de investigaciones nacionales - si nos guiamos por las investigaciones antes expuestas creemos que en nuestras residencias-asilos deberían modificarse gran parte de las instalaciones, mobiliario, decoración, etc., del interior de estos centros así como variables de tipo ambiental, ubicación, transportes, etc.

Si tenemos en cuenta la tesis de la docilidad de Lawton según la cual, al ir en aumento la competencia de los individuos disminuye la variación en favor de los factores ambientales. Con esto Lawton quiere expresar - que cuanto más competente es un individuo, cuanto mejor se encuentran física y psíquicamente, tanto mayor importancia tienen los factores ambientales, en cambio

cuanto peor es la salud, lucidez, capacidad mental, contactos sociales, etc., mayor importancia tienen los factores ecológicos. Entonces tenemos que admitir un cambio completo de la mayoría de las variables ecológicas que inciden en los ancianos de residencias-asilos. Siguiendo estudios extranjeros se ha comprobado que el grado de estimulación, de actividad mental necesaria para conservar las facultades psíquicas se da más en las zonas donde las viviendas están más céntricas y en los núcleos urbanos de mayor población.

Estamos hablando de vivienda y no residencia-asilo, por lo que creemos que es necesario una investigación respecto a este campo. Así mismo se ha comprobado que el tamaño de la casa, número de habitaciones, la lectura regular la prensa, el hecho de disponer de teléfono coche, etc., favorecen el mejor bienestar físico y psicológico, al margen del status socio-económico y del nivel cultural.

Insistimos, pues, en la necesidad de una investigación a fondo sobre la influencia de las variables ecológicas en los procesos de afectividad, comportamiento y psicología del anciano de las residencias-asilos.

3.- Medidas de tipo psicológico

Las medidas de tipo psicológico están relacionadas con el trato y la forma de vivir de los ancianos de estos centros.

- Creemos que el trato del escaso personal de estos centros debería centrarse en un trato humanitario, comprensivo, cariñoso y sobre todo digno a estos ancianos, esto permitiría volver a ellos la sensación de dignidad que en muchos casos está deteriorada.

- La participación en actividades, dinámicas, coloquios y discusiones en grupo favorecería así mismo la seguridad emocional y afectiva, y eliminaría en parte los estados de aburrimiento y soledad de estas personas, al mismo tiempo que les crearía un "sentimiento de status".

- Cualquier tipo de medida que favorezca la movilidad, inquietud cultural y relaciones sociales favorecerá sobre manera la integración y relaciones afectivas de los ancianos de estos centros.

- Fomentar la iniciativa propia de los ancianos y aportarles poco a poco del automatismo y proximidad producidas en parte por la programación y reglamento de los centros, favorecería el bienestar psíquico en general de estos ancianos.

- Por último sería interesante y de gran utilidad investigar desde un punto de vista pluridimensional sobre programas de trabajo en grupo, con condicionamiento operativo y aprendizaje con refuerzos, mediante medidas de gratificación adecuadas a las necesidades individuales de estas personas.

3.- BIBLIOGRAFIA GENERAL

3.- BIBLIOGRAFIA GENERAL

AARONSON, B.S.

A dimension of personality change with aging.
J. Clin. Psychol., 16, 63-65, 1960.

ABASHEV KONSTANTIONOVSKIJ: BERDICHEVSKAYA A.B.

Caractéristiques des états réactionnels de la période involutive; Trudy leneingrad nauch-issledovat pskhonevrol.
S.S.S.R. (1972), 60, 59-65.

ABRAHAM GEORGES

La sexualidad en la tercera edad.
Sexualidad Medica nº 9, Septiembre 1974, pag. 9.

ALVA QUINONES J.

Trastornos mentales de la senilidad.
Rev. Med. Caja Nac. Seguro Soc. (Peru), (1975), 22/3 (428-431).

ALLPORT, G.W.

Pattern and Growth in Personality.
Holt, Rinehart & Winston, New York, 1961.

AMES, L.B. y otros.

Roschach Responses in Old Age.
Hoerber-Harper, New York, 1954.

ANDERSON, J.

Psychological aspects for aging.
Washington, 1956.

ANDREOLI V.: CAMPEDELLIAA.: MAFFEI F.

La S-Adenosil-L-Metionina (Same) in geropsichiatria: uno studio clinico controllato in aperto nelle sindromi depressive dell'eta senile.

G. Gerontol (Italy), 1977, 25/3 (172-1805).

ANGST J.: FREY R.

Die prognose endogener depressionen jenseits des 40. Lebensjahres.

Nervenarzt (Germany, West), 1977, 48/11, (571-574).

ARLING GREG.

The elderly widow and her family, neighbors and friends.

Journal of Marriage & the Family, 1976 Nov. Vol. 38 (4) 757-768.

ASNIS G.

Parkinson's disease, depression, and ECT: a review and case study.

Amer. J. Psychiat (U.S.A.), 1977, 134/2, (191-195).

ATCHILEY ROBERT C.

Selected social and psychological differences between men and women in later life.

Journal of Gerontology 1976 Mar. Vol. 31 (2), 204-211.

AUTERI C.: MENDORIA G.: ZAMMATARO M.

Aspetti psicologici dell'obesita in eta senile specificita di contenuti depressivi nell'anziano obeso.

G. Gerontol (Italy), 1977, 25/10, (1021-1027).

AXELSON, L.J.

The marital adjustment and marital role definitions of husbands of working and nonworking wives. Marriage, Fam. Living, 25, 1963, 189-195.

- BAGLEY C.: JACOBSON S.
Ecological variation of 3 types of suicide.
Psychol. Med. (London) (England), 1976, 6/3, (423-427).
- BAXTER RAYMOND J.
Effets of institutionalization on social-psychological well-being of the aged.
Dissertation Abstracts International, 1977 Mar Vol 37 (9-A)
6.100.
- BEAUVOIR, S.
La Vieillesse.
Gallimard, Paris, 1970.
- BERGER RAYMOND M.
Interpersonal skill training with institutionalized elderly patients.
Dissertation Abstracts International, 1977 Feb Vol 37, (8-a)
5.358.
- BERGER RAYMOND M.; ROSE SHELDON D.
Interpersonal skill training with institutionalized elderly patients.
Journal of gerontology, 1977 May Vol 32 (3), 346-353.
- BERMAN HARRY J.
Preception of self and other in relation to age.
Dissertation Abstracts International, 1975 Jul Vol 36 (1-B)
486.
- BERTOLINI R.
The psychoanalytical aspects of depression and its relationship with mourning.
Ann. Freniatr. Sci. Affini (Italy), 1977, 90/4, (383-390).

BIRREN, J.E.

Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects.

University of Chicago Press, 1959.

BIRREN, J.E.

The Psychology of Aging.

Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1964.

BLAU, Z.

Changes in status and age identification.

Am. Social Rev., 21, 203, 1956.

BOER B.H.; ERDMENR A.M.; ONSTENK H.J.V.C.

Clomipramine, depression and Parkinson's disease (Dutch).

T. Psychiat (Netherlands), 1976, 18/7-8, (499-509).

BOHM M.

On certain aspects on the psychiatric treatment of adults and elderly subjects in Berlin, the capital of the German Democratic Republic (Bulgarian).

Nevrol. Psikhiat. Neyrokhir. (Sofia) (Bulgaria), 1976, 15/4, (269-272).

BOMPANI R.; CASTELLO S.

Trazodone in geriatric therapy.

Rass. Geriat (Italy), 1975, 11/1, (167-170).

BOROWSKY DUETSCH C.; KRAMER N.

Outpatient group psychotherapy for the elderly: an alternative to institutionalization.

Hosp. Community Psychiatri (U.S.A.), 1977, 28/6, (440-442).

BOYLIN WILLIAM.: GORDON SUSAN K.: NEHRKE MILTON F.
Reminiscing and ego integrity in institutionalized elderly
males.
Gerontologist, 1976 Apr Vol 16 (2), 118-124.

BREHANT J.
Psychological and moral problems posed by cancer patients.
Ann. Med. Nancy (France), 1977, 16/3, (425-435).

BRINK T.L.
Brief psychotherapy: a case report illustrating its potential
effectiveness.
J. Am. Geriatr. Soc. (U.S.A.), 1977, 25/6, (273-276).

BRITTON, J.H.
Dimensions of adjustment of older adults.
J. Gerontol, 18, 60-65, 1963.

BRODIE JUNE N.
An investigation of the relationship between general fearfulness,
locus of control, and social activity among retirees.
Dissertation Abstracts International, 1976, Jun Vol 36 (12-B,
Pt 1), 6.071.

BROMLEY, D.B.
The Psychology of Human Ageing.
Pelican, London, 1966.

BROWN, R.G.
Family structure and social isolation of older persons.
J. Gerontology, 15, 170-172, 1960.

BROZEK, J.
Personality changes with age: an item analysis of the MMPI.
J. Geront., 10, 194-204, 1955.

BURGESS, E.W.

Occupational differences in attitudes toward aging .
J. Gerontol. 13, 1958, 203-206.

BURGESS, E.W.

Aging in Western Societies.
Univ. of Chicago Press, 1960.

BURGESS, E.W. y M. MARCK.

Retirement planning inventory.
Industrial Relation Center Chicago, 1957.

BURIC, O y A. ZECEVIC.

Family authority, marital satisfaction and the social network
in Yugoslavia.
Marriage Fam. Ziv., 29, 1967, 325-336.

BUSSE, E.W.

Psychophysiological reactions and psychomotoric disorders
related to physical changes in the elderly.
Proc. 8th. Intern. Congr. Gerontol, 2 Washington 1969, 195-197.

BUSSE, E.W. y C. EISDORFER.

Twothousand years of married life. En E. Palmore (dir) Normal
aging.
Duke Univ. Press, Durham N.C., 1970, 226-269.

BUTIRINA, E.V.

Results of remote followup studies of depressive psychoses in
involutional age. (Russian).
ZH. Neuropat, Psikhiat, Korsakov (U.R.S.S.) 1976, 76/6, 881-890.

CALDEN, G. and HOKANSON, J.E.

The influence of age on MMPI responses.

J. Clin. Psychol., 15, 194-195, 1959.

CALVO MELENDRO.

Aburrimiento y depresión de la vejez.

Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 1971, cuaderno 4^o, 15 sesión 25 de Mayo.

CALVO MELENDRO JESUS.

El Psiquismo en la vejez.

An. Acad. Nac. Med. (Madrid), 83, 413-428, 1966.

CARP FRANCES M.

Impact of improved housing on morale and life satisfaction.

Gerontologist 1975, Dec Vol 15 (6), 511-515.

CAVAN, R.S. y otros.

Personality adjustment in old age.

Science Reseach Associates, Chicago, 1949.

CHAUCHAR, P. y J.

Envejecer juntos.

Alcoy, Marfil, 1969.

CHOWN, S.M.

Age and the rigidities.

J. Gerontol., 16, 353-362, 1961.

CICIRELLI VICTOR G.

Relationship of siblings to the elderly person's feelings and concerns.

Journal of Gerontology 1977 May Vol 32 (3), 317-322.

COHON JOSEPT D.

A survey of retirement home residents and parents of nursery school children on the issue of cross-generation contact. Dissertation Abstracts International 1976, May Vol 36 (11-A), 7.286.

COLE M.; HICKING T.

Frequancy and significance of minor organic signs in elderly depressives. Canad. Psychiat. Ass. J. (Canada), 1976, 21/1, 7-12.

COLE M.G.; MUELLER H.F.

Sleep deprivation in the treatment of elderly depressed patients. J. Amer. Geriat. Soc (U.S.A.), 1976, 24/7, 308-313.

COLLETTE-P. C.

Attitudinal predictors of devaluation of old age on a multigenerational sample. Journal of Gerontology 1976 Mar Vol 31 (2), 193-197.

COMFORT, A.

The biology of senescence. Rinehart, New York, 1956.

CONNER KAREN A.: POWERS EDWARD A.

Structural effects and life satisfaction among the aged. International Journal of Aging & Human Development 1975 Vol 6 (4), 321-327.

COX J.R.: PEARSON R.E. BRAND H.L.

Lithium in depression. A biochemical study. Gerontology (Switzerland), 1977, 23/3, 219-235.

CRAIK, F.I.M.

An observed age difference in responses to a personality inventory.

Br. J. Psychol., 55, 453-62, 1964.

CREECY R.F.

Environmental and structural effects on the friendships social integration and morale of the aged.

Dissertation Abstracts International 1977, Feb Vol 37 (8-A), 5.359-5.360.

CROCKETT MARGARET W.

Depression in middle-aged women.

Journal of Pastoral care 1977 Mar Vol 31 (1) 47-55.

CULBERTSON KATHLEEN L.

Mood and age.

Dissertation Abstracts International, 1976 May Vol 36 (11-B), 5.757.

CINCA, A.

Longevity and environmental factors.

Gerontologist 7/4, 1967 256-256.

CINCA, A.

Occupational and recreational activities for older people. Proc 8th Intern Congr.

Gerontol, 2, Washington D.C. 1969, 77

CHOWN, S.

Rigidity, a flexible concept.

Psychol. Bull, 56, 1959, 195-223.

DAVIES G.: HAMILTON S.: HENDRICKSON D.E.

Psychological test performance and sedation thresholds of elderly demented, depressives and depressives with incipient brain change.

Psychol. Med. (London) (England), 1978 8/1 103-109.

DAVIES G.: HAMILTON S.: HENDRICKSON E.

The effect of cyclandelate in depressed and demented patients: A controlled study in psychogeriatric patients.

Age Ageing (England), 1977 6/3 156-162.

DE LONG ALTON J.

Environments for the elderly.

Journal of Communication 1974 Aut. Vol 24 (4), 101-112.

DEAN, L.R.

Aging and the decline of affect.

J. Gerontol., 17, 440-446, 1962.

DECHELOTTE R.

5 hydroxytryptophan in psychogeriatrics.

Bordeaux Med. (France), 1978, 11/1, 71-72.

DENES ZSUZSANNA.

Old-emotions.

Journal of the American Geriatrics Society 1976 Oct. Vol 24 (10) 465-467.

DOBERAUER W.: DOBERAUER B.

Iatrogenic depressions in the aged.

Aktuel. Gerontol, (Germany, West), 1978 8/3 139-141.

DOMINIAN J.

The role of psychiatry in the menopause.

Clin. Obstet. Gynecol. (London) (England), 1977 4/1 241-258.

DOWNS, S.

Age in relation to part and whole learning.

J. Gerontol, 20, 1965, 479-482.

DONAHUE, W.

A study of socialization of old people.

Geriatrics, 8, 1953, 656-666.

DRAKE, J.T.

Some factors influencing students attitude toward old people

Social Forces, 35, 1956/57, 266-271.

DRAPER, E.: COLLUM J.

Psychology of aging.

Clic. Obstet. Gyneocol. (U.S.A.), 1977 20/1 123-136.

DUETSCH CHRISTINA, B.: KRAMER NANCY.

Outpatient group psychotherapy for the elderly: an alternative
to institutionalization.

Hospital & Community Psychiatry, 1977 Jun. Vol 28 (6) 440-442.

DUNN, C.: GIBSON: GROSS DAVID.

Treatment of depression in the medically ill geriatric patient:
a case report.

American Journal of Psichiatriy 1977 Apr. Vol 134 (4) 448-450.

EDWARDS, A.E.: and WINE, D.B.

Personality changes with age: their dependency on concomitant intellectual decline.

J. Gerontol, 18, 182-4, 1963.

ERICKSON, E.H.

Infancia y Sociedad

Horné, Buenos Aires, 1970.

ERICKSON, E.H.

Growth and crises of the healthy personality. En M.J. Senn (dir) Symposium on the healthy personality.

N. York 1950, 91-146.

ESTES, C.L. y K.H. SCHOOLER

Effects of residential mobility and changed physical environment on the individuals adjustment to the aging process.

En: Proc, 7th Intern. Congr. Gerontol, Viena, 1966, 259-262.

EYSENCK, S.B.G. y EYSENCK, H.J.

Rigidity as a function of introversion and neuroticism. Intern

J. Soc. Psychiatr. 8, 1962., 180-184.

FALLOT ROGER D.

The life story through reminiscence in later adulthood.
Dissertation Abstracts International, 1977 Jul Vol 38 (1-B),
353-354.

FANN W.E. WHELESS J.C.

Depression in elderly patients.
Shuth med. J. (U.S.A.), 1975 n° 4, 68, (468-473).

FANN W.E. WHELESS J.C.; RICHMAN BRUCE W.

Treating the aged with psychotropic drugs.
Gerontologist, 1976 Aug Vol 16 (4), 322-328.

FANN WILLIAM E.

Pharmacotherapy in older depressed patients.
Journl of Gerontology, 1976 May Vol 31 (1), 304-310.

FERRIS S.H.; SATHANANTHAN G.; GERSHON S.; CLARK C.

Senile dementia: treatment with Deanol.
J. Am. Geriatr. Soc. (U.S.A.), 1977, 25/6, 241-244.

FEUERLEIN W.

Causes, motivations and tendencies of suicidal acts in old
age.
Aktuel. Gerontol. (Germany, West), 1977, 7/2. 67-74.

FIGALLO ESPINAL.

Vejez y envejecimiento.
Revista Española de Gerontología, tomo XII n° 1 Enero-Febrero
1977.

FINKLE A.L.

Sexual psychodynamics of aging: urologic perspectives.
J. Am. Geriatr. Soc (U.S.A.), 1977, 25/9, 393-395.

FLEISHMAN JOSEPH J.

Social relatedness and perceptual performance among the aged.
Perceptual & Motor Skills, 1976 Dec Vol 43 (3), 1.243-1.247.

FLQKINS C.H.

Effects of physical training on mood.
Journal of Clinical Psychology, 1976 Apr Vol 32 (2), 385-388.

FOSTER, J.C. and TAYLO, G.A.

The aplicability of mental tests to persons over fifty years
of age.
J. Aplied Psychol., 4, 39-58, 1920.

FOULDS G.A.: BEDFORD A.

Euphoria, elation and impunitiveness.
Journal of Clinical Psychology, 1976 Jul Vol 32 (3), 606,609.

FOX JUDITH H.

Effects of retirement and former work life on women's adapta-
tion in old age.
Journal of Gerontology, 1977, Mar Vol 32 (2), 196-202.

FULTON, R.

Death and Identity
John Wiley, London 1965.

FRENKEL-BRUNSWIK, E.

Studies in biographical psychology Character and Personality,
5, 1936, 1-34.

GARAY LILLO J.

Adaptación y convivencia en la tercera edad.

Revista Española de Gerontología tomo 10 nº 5 Sept-Oct 1975.

GARAY LILLO JOSE: MONLEON MONZONIS VICENTE.

Aspectos psicossomáticos y psiquiátricos de la sexualidad en la tercera edad.

Sexual medica nº 9 Septiembre 1974 pag. 13.

GEIST. H.

Psicología y psicopatología del envejecimiento.

Paidós, Buenos Aires, 1977.

GIBSON DUNN D.: GROSS D.

Treatment of depression in the medically ill geriatric patient: a case report.

Amer. J. Psychiat (U.S.A.), 1977 134/4 448-450.

GITELMAN P.J.

Morale, self-concept and social integration: a comparative study of Blank and Jewish aged, urban poor.

Dissertation Abstracts International 1976 Dec Vol 37 (6-A)

3.907-3.908.

GLATZEL J.

Klinik und Differential-diagnose der Depressionen alter Menschen.

Actuelle Gerontol Dtsch, 1973 3, nº 5, 253-260.

GLICKMAN C.: FRIEDMAN S.A.

Changes in behavior, mood, or thinking in the elderly.

Diagnosis and management.

Med. Clin. N. Amer. (U.S.A.), 1976 60/6 1.297-1.313.

GLODSTEIN S.E.: BIRNBOM F.

Hypochondriasis and the elderly.

J. Amer. Geriat. Soc. (U.S.A.), 1976 24/4 150-154.

GLUK A.

Postdepressive Versagenszustände jenseits der Lebensmitte.

Actuelle Gerontol. Dtsch 1973, 3 n^o 5 267-70.

GODA G.

Depresiones en la persona de edad.

Revista Española de Gerontología, tomo 11 n^o 5 Sep-Oct. 1976.

GOLDGARF A.I.: WEINER M.B.

The Capgras syndrome as an adaptational maneuver in old age.

American Journal of Psychiatry 1977 Dec Vol 134 (12) 1.434-1.436.

GRADILLAS V.

Formas clínicas de las depresiones en la vejez.

Revista Española de Gerontología y Geriátría, tomo 12 n^o 3 Mayo-Junio 1977.

GRANEY M.J.: GRANEY E.E.

Communications activity substitutions in aging.

Journal of Communication 1974 Aut Vol 24 (4) 88-96.

GRAUER H.

Depression in the aged: theoretical concepts.

J. Am. Geriatr. Soc. (U.S.A.), 1977 25/10 447-449.

GRAVILLAS REGODON V.

Exploración psiquiátrica en Geriátría. Consideraciones sociales psicológicas y biológicas.

Revista Española de Gerontología, tomo 12 n^o 1 Enero-Febrero 1977.

GULDIN DAVID A.

The measurement of life satisfaction among older persons.
Dissertation Abstracts International 1977 Feb Vol 37 (8-A)
5.365-5.366.

GURLAND B.J.

The comparative frequency of depression in various adult age
groups.
Journal of Gerontology 1976 May Vol 31 (3) 283-292.

GURLAND B.J.; FLEISS J.L.; GOLDBERG K.

A semi structured clinical interview for the assessment of
diagnosis and mental state in the elderly: the geriatric men-
tal state schedule. II. A factor analysis.
Psychol. Med. (London) (England), 1976 6/3 451-459.

HALBFINGER JOSEPH D.

The aged in institutions.

Dissertation Abstracts International, 1976 Dec Vol 37 (6-A)
3.908.

HAMPE GARAY D.: BLEVINS AUDIE L.

Primary group interaction of resident in a retirement hotel.

International Journal of Aging & Human Development, 1975
Vol 6 (4), 309-320.

HANES CAROLYN R.: WILD BRADFORD S.

Locus of control and depression among noninstitutionalized
elderly persons.

Psychological reports, 1977 Oct Vol 41 (2) 581-582.

HASSOUN V.

Clinical trial of dibenzepin (Ecatriil, Sandoz laboratories).

Information Psychiatrique 1973 Dec Vol 49 (10) 1.003-1004.

HAUPT R.: ISERMANN H.

Learning and concentration abilities in elderly patients
with a depressive syndrome accompanying cerebral circulatory
disturbances.

Nervenarzt (Germany, West), 1976 47/4 269-271.

HAVIGHURST, R. y ALBRECHT, R.

Older People.

David McCay Company, New York, 1953.

HAZELL, K.

Social and medical problems of the elderly.

Hurchinson Medical Pub, Londres 1965.

HEIDELL ELIZABETH D.: KIDD ALINE H.

Depression and senilite.

Journal of clinical Psychology 1975 Oct Vol 31 (4) 643-645.

HERVY O.

Clinical study of Laroxyl P drops used for depressive states
in elderly people.

Rev. Geriat. (France), 1977 2/4 326-328.

HILBEET NANCY M.; NIEDEEHE GEORGE; KANH ROBERT L.

Accuracy and speed of memory in depressed and organic aged.

Educational Gerontology 1976 Apr-Jun Vol 1 (2) 131-146.

HOCH, P.

Psicopatología de la vejez.

Morata, Madrid, 1961.

HOCHENEGG L.

Maprotilin in the treatment of depressive states of depressive
of geriatric patients.

Wien. Med. Wschr. (Austria), 1976 126/49-50 702-705.

JACKSON, J.J.

Elderly Parents: Their Affective Relationship with Their Adult Children.

Asociación Norteamericana de Psicología, Washington, 1967.

JARVIK, L.F.

Aging and depression: some unanswered questions.

J. Geront. (U.S.A.), 1976, 31/3 (324-326).

JENKINS, JUDITH; FELCE, DAVID; LUNT, BARRYPOWELL, LIZ.

Increasing engagement in activity of resident in old people's homes by providing recreational materials.

Behavior Research & Therapy, 1977 Vol 15 (5) 429-434.

JOFFE J.R.

Functional disorders in the elderly.

Hosp. Pract. (U.S.A.), 1976, 11/6 (93-102).

KANOWSKI S.: PAUR R.

Psychopharmaka in der geriatric.

Therapiewoche (Germany, West), 1976 26/23, 3.833-3.853.

KANTOR HERMAN I.: MILTON LINDA J.: ERNST MARVIN L.

Comparative psychological effects of estrogen administration on institutional and noninstitutional elderly women.

Journal of the American Geriatrics Society 1978 Jan Vol 26 (1) 9-16.

KARDINAL C.G.: CUPPER H.T.

Reactions of patients with advanced cancer to their diagnosis and treatment.

Mil. Med. (U.S.A.), 1977 142/5, 374-376.

KAST E.C.

On being old and on dying.

J. Amer. Geriatr. Soc. (U.S.A.), 1972, 20, n° 11 524-530.

KASTENBAUM, R.

Theories of human aging: The search for a conceptual framework.

The journal of Social Issues, 21, 13-36, 1965.

KATZ, D.

Psicología de las edades.

Morata, Madrid, 1961.

KEILY M.C.: DUDEX S.Z.

Attitudes toward death in aged persons.

Psychiatr. J. Univ. Ottawa (Canada), 1977, 2/4, 181-184.

KIDWELL I.: BOOTH ALAN.

Social distance and intergenerational relations.

Gerontologist 1977 Oct Vol 17 (5), 412-420.

KITZES R.: COHEN L.: ROSENFELD J.

Neuropsychiatric manifestations of hypokalemia (Hebrew).
Harefuah (Israel), 1976, 90/2, 78-79-102.

KLERMAN G.L.

Age and clinical depression: today's youth in the twenty first
century.

J. Geront. (U.S.A.), 1976, 31/3, 318-323.

KOGAN, N. and WALLCH, M.A.

Age changes in values and attitudes.

J. Gerontol., 16, 272-80, 1961.

KOUNIN, J.S.

Experimental studies of rigidity.

Character and Personality, 9, 191, 251-282, 1941.

KRAL V.A.

Somatic therapies in older depressed patients.

J. Geront. (U.S.A.), 1976, 31/3, 311-313.

KRAUS A.S.: SPASOFF R.A.: BEATTIE E.J. et AL.

The health of the very aged.

Canad. Med. Ass. J. (Canada), 1977, 116/9, 1.007-1.009.

KRASSOIEVITCH ZIBACH MIGUEL: ESQUERRA CASTENADA JOSEFINA.

Semiology and clinics for the insane in geronto-psychiatry.

Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, 1975 Vol 16 (1) 59-66.

KUHLEN, R.G. and THOMPSON, G.G.

Psychological Studies of Human Development.

Appleton-Century-Crofts, New York, 1963.

KURLAND M.L. HAYMAN M.

A procaine derivative for the treatment of depression in an
outpatient population.

Psychosomatics (U.S.A.), 1976, 17/2, 96-102.

LANGER ELLEN J.: RODIN JUDITH.

The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality & Social Psychology*, 1978 Aug Vol 34 (2), 191-198.

LARNER S.

Encoding in senile dementia and elderly depressives: a preliminary study. *Br. J. Soc. Clin. Psychol. (England)*, 1977, 16/4, 379-390.

LAUTER H.

Altersdepressionen, Ursachen, Epidemiologie, Nosologie. *Actuelle Gerontol. Dtsch.*, 1973, 3 n° 5, 247-252.

LEE HASENBUSH L.

Successful brief therapy of a retired elderly man with intractable pain, depression, and drug alcohol dependence. *J. Geriatr. Psychiatr. (U.S.A.)*, 1977, 10/1, 71-88.

LEVIN, S. y KEHANA, R.J.

Los procesos psicológicos en el envejecimiento. Hormé, Buenos Aires, 1973.

LINN MARGARET W.: CAGGEY EUGENE M.

Poster placement for the older psychiatric patient. *Journal of Gerontology* 1977 May Vol 32 (3), 340-345.

LIPTON MORRIS, A.

Age differentiation in depression: Biochemical aspects. *Journal of Gerontology* 1976, May Vol 31 (3), 293-299.

LISTON E.H. Jr.

Occult presenile dementia. *J. Nerv. Ment. Dis (U.S.A.)*, 1977, 164/4, 263-267.

LOHMANN NANCY.

Correlations of life satisfaction, morale and adjustment measures.

Journal of Gerontology 1977, Jan Vol 32 (1), 73-75.

LOWENHAUPT E.

Psychic reaction to long-term hemodialysis; Evaluation the elderly by means fo the draw-a-person test.

J. Am. Geriatric. Soc, (U.S.A.), 1977, 25/8, 358-363.

LOZANO KAREN.

Defensiveness and adaptation in institutionalized aged.

Dissertation Abstracts International 1976, Mar Vol 36 (9-B)
4.696-4.697.

LUCCHI R.

Trittico e stati depressivi dell'età involutiva.

Rass. Geriat. (Italy), 1975, 11/1, 23-26.

LYONNAIS, G.

La vejez.

Ed. Razón y Fé, Madrid 1961.

LLOPIS, JOSE MARIA

Sexo y vejez.

Galicía Clínica, año XLVIII Dic. 1976, nº 12.

MADISON ANN S.

Psychophysiological responses of female nursing home residents to backmassage: an investigation of the effect of one type of touch.

Dissertation Abstracts International 1974, Aug Vol 35 (2-B)
914-915.

MARCOEN A.: HOUBEN MARIE-LOUISE.

Formal aspects of the behaviour of individually and collectively living elderly.

Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie 1975 May Vol 6 (2)
82-89.

MARIO STREJILEVICH.

Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vejez.

Revista Española de Gerontología tomo 6 nº 3 Julio-Septiembre
1971.

MATLOFF MARK A.: LAIR CHARLES V.

Effect of treatment by a geriatric multi-service unit prototype on self-reported clients' depression.

Psychological Reports 1977 Oct Vol 41 (2), 542.

MAYOR A.

La depression involutive.

Ther. Umsch. (Switzerland), 1978, 35/1, 22-28.

MEGNA G.: PENNTTA R.: ANDREULA C.

Clinic and psychometric effects of Sadenosyl methionine on chronically L Dopa treated parkinsonians.

Acta neurol. (Napoli) (Italy), 1977, 32/2, 204-217.

MENDLEWCZ J.

The age factor in depressive illness: some genetic considerations.

J. Geront. (U.S.A.), 1976, 31/3, 300-303.

MERSKEY H.

The patient with chronic pain.

Practitioner (England), 1978, 220/1,326, 237-242.

MEYERH. H.

Psychopharmacotherapy of depression in elderly patients.

Dtsch. Arztebl, (Germany, West), 1977, 74/18, 1.195-1.199.

MILLER EDGAR: LEWIS PATER.

Recognition memory in elderly patients with depression and dementia: a signal detection analysis.

Journal of Abnormal Psychology 1977, Feb Vol 86 (1), 84-86.

MILLER MARV.

Suicide among older men.

Dissertation Abstracts International 1976, Dec Vol 37 (6-A)
3.156.

MILLIREN JOHN W.

Some contingencies affecting the utilization of tranquilizers in long-term care of the elderly.

Journal of Health & Social Behavior 1977 Jun Vol 18 (2) 206-211.

MINDHAM R.H.S.: MARSDEN C.D.: PARKES J.D.

Psychiatric symptoms during L-dopa therapy for Parkinson's disease and their relationship to physical disability.

Psychol. Med. (London) (England), 1976, 6/1, 23-33.

MIRA Y LOPEZ, E.

Hacia una vejez joven.

Kapelux, Buenos Aires, 1961.

MOBERG, D.O.

Church membership and personal adjustment in old age.

J. Gerontol., 8, 207-211, 1953.

MOIZESZOWICZ J.: SUBIRA S.

Controlled trial of nomifensin (Hoe 984) and viloxazine in the treatment of depression in the elderly.

J. Clin. Pharmacol. (U.S.A.), 1977, 17/1, 81-83.

MOREAU M.J.

Special features of depression in old age.

J. Med. Chir. Prat. (France), 1978, 149/1, 9-14.

MORRIS J.N.: WOLF R.S.: KLERNAN L.V.

Common themes among morale and depression scales.

J. Gerontol, (U.S.A.), 1975, 30 n^o 2, 209-215.

MULLER C.: CIOMPI LUC.

The relationship between anamnestic factors and the course of schizophrenia.

Comprehensive Psychiatric, 1976, May-Jun Vol 17 (3), 387-393.

MURPHY PATRICK P.

The mid-life crisis in retrospect: an analysis of some recollections of specific emotional concerns experienced during middle-age.

Dissertation Abstracts International, 1977 Apr Vol 37 (10-B) 5.331-5.332.

NAIR N.P.V.: DEUTSCH M.: DERKEVORKIAN K.S.

Doxepin and deiazepan in the treatment of hospitalized geriatric patients.

Psychiat. J. Univ. Ottawa (United Nations), 1976, 1/1-2, 35-39.

NEUGARTEN, B.

Nidle age and aging.

University of Chicago Press, Chicago, 1968.

NIEDEREHE GEORGE T.

Self-appraisal of memory in depressions of later life.

Dissertation Abstracts International, 1976 Oct Vol 37 (4-B) 1.921.

NIES ALEXANDER.

Relationship between age and tricyclic antidepressant plasma levels.

American Journal of Psychiatry 1977, Jun Vol 134 (7), 790-793.

NORDLICHT STEPHEN.

Stress, aging, and mental health,

New York State Journal of Medicine 1975 Oct Vol 75 (12) 2.135
2.137.

O'CONNOR K.P.: SHAW J.C. ONGLEY C.O.

The EEG and differential diagnosis in psychiatric disorders of the senium.

Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. (Netherlands), 1977, 43/4 (no. E 213).

OESTERREICH K.

Depressive syndromes in middle and late life. Observations of pathogenesis.

Z. Gerontol, (Germany, West), 1977, 10/5 (365-372).

OESTERREICH K.

Depressive syndromes in middle and late life. Observations of pathogenesis.

Zeitschi fur Gerontologie, 1977 Sep-Oct Vol 10 (5), 365-372.

OESTERREICH K.

Über die Korrelation psychopathologischer und organpathologischer Befunde beim depressiven Syndrom des mittleren und höheren Lebensalters.

Actualle Gerontol. Dtsch., 1973, 3, n^o 5, 261-266.

OFFERHAUS R.E.

Survey with the aid an ADL scale and BOP in the St. Bavo psychiatric center (Duch).

Ned. T. Gerontol. (Netherlands), 1976, 7/3, (160-168).

OSTER C.

Sensory deprivation in geriatric patients.

J. Amer. Geriat. Soc. (U.S.A.), 1976, 24/10, 461-464.

PACAUD, S.

Attitudes, comportements, opinions des personnes agees dans le cadre de la famille moderne.

Cnrs, 28, Paris, 1948.

PAILLAT, P.

Sociología de la vejez.

Oikos-Tau, Barcelona, 1971.

PAINTAL HARINDER K.

Engagement theory and successful aging.

Indian Journal of Clinical Psychology, 1976 Sep Vol 3 (2)

101-109.

PAUL-HUS GILLES.

The role of the outpatient clinic in the treatment of the psychiatric problems of the aged.

Vie medicale au Canada Francaise, 1975 Aug Vol 4 (8), 926-929.

PEREZ-CALAORRA: P. MIÑOZ: M. MARTIN ALVAREZ.

La familia, factor influyente en el proceso de adaptación en la tercera edad. Trabajo social de la dinámica familiar...

Revista Española de Gerontología, tomo X, nº 4 Julio-Agosto 1975.

PETROVIC DUSAN.

Importance of social factors in old age depressions.

Socijalna Psihijatrija, 1975, Vol 3 (4), 307-321.

PIORA P.M.: OLLINO S.: NANNI S.: LOMBARDI F.

Involuntional depression: a proposal for therapy.

Rass. Studi. Psichiat. (Italy), 1976, 65/6, 1.257-1.266.

POND D.A.: MARATOS J.

Psychosocial inter relations of benign prostatic hypertrophy.

J. Psychosom. Res (England), 1977, 21/3, 201-206.

POST. F.

The management and nature of depressive illnesses in late life: a follow-through study.

Brit. J. Psychiatry G.B. 1972, 121, nº 563, 393-404.

PRESSEY, S.L. and KUHLEN, R.G.

Psychological Development Through the Life-Span.

New York, Harper, 1957.

PRIETO AGUIRRA.

Depresiones de la vejez.

Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, Vol V-2ª etapa Nov-Dic., 1977 nº 6.

RAKHALSKY YU. E.; KUDRYASHEVA O.V.; KUDRYASHEV V.E.
The sex factor in mental disorders of old age.
Zh. Nevropatol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova (U.R.S.S.), 1978,
78/3, 416-420.

RAMON Y CAJAL, S.
El mundo visto a los 80 años.
Espasa Calpe, Madrid, 1970.

RAPPOPORT, L.
La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad.
Paidós, Buenos Aires, 1978.

REICHARD S.: LIVSON F and PETERSON P.
Aging and Personality: a study of Eighty-Seven Older Men.
John Wiley, New York, 1962.

REILLEY GINGER M.
Visitation of institutionalized elderly by high school
Students: effects on both age groups.
Dissertation Abstracts International, 1977 Jul Vol 38 (1-3),
377.

RIEGEL, K.F.
A study of verbal achievements of older persons.
J. Gerontol., 453-456, 1959.

ROBINS A.H.
Are stroke patients more depressed than other disabled
subjects?
J. Chron. Dis, (England), 1976, 29/7, (479-482).

ROBINS LEE N.: WEST PATRICIA A.: MURPHY GEORGE E.
The high rate of suicide in older White men: a study testing
ten hypotheses.
Social Psychiatry, 1977 Jan Vol 12 (1), 1-20.

ROBINSON R.A.

Mental illness in the elderly,
Physiotherapy (England), 1976, 62/5, (155-157).

ROBINSON R.G.: BLOOM F.E.

Pharmacological treatment following experimental cerebral
infraction: implications for understanding psychological
symptoms of human stroke.
Biol. Psychiatri (U.S.A.), 1977, 12/5, (669-680).

ROSEN, J.L. and NEUGARTEN, B.L.

Ego functions in the middle and later years: a thematic appercep-
tion study of normal adults.
J. Gerontol., 15, 62-67, 1960.

ROSOW, I.

Housing and social integration of the aged.
Cleveland-Western Reserve Univ, 1964.

ROSOW, I.

Relations of older persons to family friends.
Welfare in Review, 33/1965.

RUHBACH G.

Religious activity in old age.
Zeitschrift fur Gerontologie, 1977 Jan-Feb Vol 10 (1), 10-14.

SACHAR E.J.: ALTMAN N.: GRUEN P.H.

Human growth hormone response to levodopa. Relation to menopause, depression, and plasma dopa concentration. Arch. Gen. Psychiat. (U.S.A.), 1975, 32/4, 502-503.

SANCHEZ HIDALGO, E.

La Psicología de la vejez.
Ed. Universitaria, 1975.

SARNOFF, I.

Personality dynamics and development,
John Wiley & Sons, New York, 1962.

SAUER WILLIAM J.

Morale of the urban aged; a regression analysis by race.
Dissertation Abstracts International, 1976, Feb Vol 36 (8-B),
5.591-5.592.

SAVAGE, R.D.

Personality and adjustment in the aged.
Academic Press, 1977.

SCHER J.M.

The collapsing perimetre. A commentary on life, death, and death in life.
Amer. J. Psychother. (U.S.A.), 1976, 30/4, 641-657.

SCHIFF ROBERT M.

The effect of ability to relate to the environment and activity level on adjustment of the elderly.
Dissertation Abstracts International, 1974 Nov Vol 35 (5-B),
2.446.

SCHMIDT C.W.

Psychiatric problems of the aged.
J. Amer. Geriatr. Soc. (U.S.A.), 1974, 22 n° 8, 355-359.

SCHULZ R.

Some life and death consequences of perceived control.
In. J.S. Carroll & J.W. Payne (Eds), 1976 XIII, \$16.50, 135-153.

SCHULZ R.

The effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the aged,
Dissertation Abstracts International, 1975 May Vol 35 (11-B), 5.702.

SCHULZ R.

The effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged.
Journal of Personality & Social Psychology, 1976 May Vol 33 (5), 563-573.

SEALY, A.P.E.L.

Aged trends in adult personality as measured by the 16 Pf Test.
Bull, Br, Psychol, Soc., 18,59, Abstract, 1964.

SEGERS MERIE-JEANNE; MERTENS CHARLES.

Type of professional activity and age in relation psychosomatic illness.
Bulletin du C.E.R.P., 1973-74 Vol 22 (3), 161-170.

SERGEEV I.I.

Psychogenic depressive development at old age (Russian).
Zh. Nevropat. Psikhiat. Korsakov. (U.R.S.S.), 1976, 76/11, 1.711-1.713.

SHANFIELD S.B.; KILLINGSWORTH R.N.

The psychiatric aspects of pain.
Psychiatr, Ann. (U.S.A.), 1977, 7/1, 24-35.

SHELDON, J.H.

The Social Medicine of Old Age,
Oxford University Press, London, 1948.

SIMMONS, L.W.

The role of the Aged in Primitive Society.
Yale University Press, New York, 1945.

SINITSKY V.N.: USHERENKO L.S.: KRYZHANOVSKAJA L.A.

Comparative characteristics of relations between cerebral
vegetative and humoral processes with depressions in patients
at young and elderly age.

Fiziol. Zn. (Kiev) (U.R.S.S.), 24/1, 92-102, 1978.

SMITH WALTER J.

The desolation of Dido: Patterns of depression and death
anxiety in the adjustment and adaptation behaviors of a sample
of variably aged widows.

Dissertation Abstracts International, 1975, Oct. Vol 36 (4-B),
1.933.

SPROTT R.L.

Behavioral characteristics of C57BL/6J, DBA/2J, and B6D2F-sus-1
mice which are potentially useful for gerontological research.
Experimental Aging Research, 1975, Nov. Vol 1 (2), 313-323.

STORY P.

Depression after strokes.

Chest. Heart. Stroke J. (England), 1976, 1/1, 14-17.

STRETCH JOHN J.

Are aged Blacks who manifest differences in community security
also different in coping reactions?

International Journal of Aging & Human Development, 1976 Vol
7 (2), 171-184.

SUGIMOTO N.: KURODA H.: IKEDA Y.: ITO I.

Symptomatology of psychoses with onset in later life (Japanese).
Psychiat. Neurol. Jap. (Japan), 1976, 78/10-11, 669-675.

SWENSON, W.M.

Structured personality testing in the aged; an MMPI study of
the gerontic population.

J. Clin Psychol., 17, 302-4, 1961.

SWIGGUM-OTIKER, S.A.

Role change and daptation: the over-sixty population.

Dissertation Abstracts International, 1977 Feb Vol 37 (3-A),
5.370.

TAMMARO A.: PICCEO M.T. GEMMELLARO P.; BONACCORSO D.
Camazepam versus placebo. A double-blind clinical study on
geriatric patients suffering from psychic complaints. Short
communication.
Arzneim. Forsch. (Germany, West), 1977, 27/11, 2.177-2.178.

TERMAN, L.M. and ODEN, M.H.
The Gifted Group at Midlife.
Stanford University Press, 1959.

TIBBITS-DONAHUE.
Social and psychological Aspects of Aging.
Columbia University Press, New York, 1973.

TIBBITS, C.
Handbook of Social Gerontology.
University of Chicago Press, 1960.

TOHGI H.
The clinical significance of arteriosclerosis and hypertension
in mental disorders in the aged (Japaneses).
Psychiat Neurol. Jap. (Japan), 1976, 78/10-11, 691-702.

TOSELAND RON.
A Problem-solving group workshop for older persons.
Social Work, 1977 Jul Vol 22 (4), 325-326.

TOWNSEND, P.
The family Life of Old People.
Routledge & Kegan Paul, London, 1957.

TUTAJ GEORGE A.
The effectiveness of group counseling in alleviating depression
among the aged.
Dissertation Abstracts International, 1975, Nov Vol 36 (5-A),
2.653.

VAN PRAAG H.M.

Psychotropic agents in aged patients (Dutch).
Ned. T. Geneesk. (Netherlands), 1977, 121/13, (533-540).

VANICK BARBARA H.

Remarriage in old age.
Dissertationes Abstracts International, 1977 Oc Vol 38 (4-B),
2.364-2.365.

VANINI M.

Hypochondria in depressive syndromes in old age.
Rass. Studi Psichiat. (Italy), 1976, 65/4, (687-692).

VANINI M.

Some catamnestic on depressive syndrome in elderly subjects.
Neuropsychiatria (Italy), 1975, 31/1-4, (247-253).

VARNA GARIS, ANN M.

An ampirical investigation of an existential theory as it
applies to the elderly: The will to live.
Dissertation Abstracts International, 1977, Oct Vol 38 (4-B),
1.911-1.912.

VERZAR, F.

Problems of general biology of ageing.
J. Gerontology, 13, 6-15, 1958.

VICKERS R.

The therapeutic milieu and the older depressed patient.
J. Geront. (U.S.A.), 1976, 31/3, (314-317).

VICKERS RAYMOND.

The therapeutic milieu and the older depressed patient.
Journal of Gerontology 1976, May Vol 31 (3), 314-317.

WALLEN G.D.P.

A psychiatrist looks at confusion.

Update (England), 1976, 13/10, 1.119-1.121.

WANG P.L.: SMYERS P.L.

Psychological status after stroke as measured by the hand test.

J. Clin. Psychol. (U.S.A.), 1977, 33/3, 879-882.

WATSON, R.

The personality of the aged; A Review.

J. of Gerontol., 309-315, 1954.

WATSON WILBUR H.

The meanings of touch; Geriatric nursing.

Journal of Communication 1975, Sum Vol 25 (3), 104-112.

WHEATLEY D.

Hormone replacement therapy in post menopausal depression and the female climacteric.

Curr. Med. Res. Opin. (England), 1977, 4/sup3, 37-45.

WHELIHAN WILLIAM M.

Adaptation to hospitalization in the elderly as a function of age and sex and previous hospitalizations.

Dissertation Abstracts International 1976, Aug Vol, 37 (2-B), 997.

WHITLOCK F.A.

Psychotropic drugs and old age.

Aust. Fam. Physician (Australia), 1977, 6/1, 52-65.

WILLIAMS, R.H.: TIBBITS, C. and DONAHUE, W.

Processes of Aging, Social and Psychological Perspectives.

Vol. 1 y 2, Atherton Press, New York, 1963.

WIRSCHING M.: DRUENER H.U.: HERMANN G.

Results of psychosocial adjustment to long term colostomy.
Psychother. Psychosom. Basel, (Switzerland), 1975, 26/5, 245-
256.

WITERSTY DAVID J.

An educational approach to the treatment of the geriatric
patient with behavioral/emotional problems.
Family Therapy 1977, Vol 4 (1), 77-84.

WITTE KENNETH L.: FREUD JOEL S.

Paired-associate learning in young and old adults as relation
to stimulus concreteness and presentation method.
Journal of Gerontology 1976, Mar Vol 31 (2), 186-192.

WOLF N.

Clinical results of cellular therapy on the cerebral atrophic
processes in middle and old age.
Aktuel. Gerontol. (Germani, West), 1976, 6/12, 635-639.

WOLFF, K.

The biological and psychological Aspects of Aging.
Springfield, 1959.

WORCHEL, P. and BYRNE, D.

Personality change.
John Wiley, New York, 1964.

WORTHINGTON GEORGE H.

The relationship between the adjustment inventory of the aged
and their residence in selected personal care facilities.
Dissertation Abstracts International 1975, Nov Vol, 36 (5-A),
2.654-2.655.

YAPP, W.B. and BOURNE, G.H.
The Biology of Aging.
The institute of Biology, London, 1957.

YOUNG KATHRYN A.
Sex role acceptance and depression in middle aged women.
Dissertation Abstracts International, 1975, Dec Vol 36 (6-A),
4.068.

ZEGLEN MARIE E.
The impact of primary relationships on life satisfaction of
the elderly.
Dissertation Abstracts International, 1977, Feb Vol 37 (8-A),
5.372.

ZINBERG, N.E., Y KAUFMAN, I.
Psicología normal de la vejez.
Paidós, Buenos Aires, 1976.

ZUBEK, J.P. y FRIEND, C.M.
The effects of age on critical thinking ability.
J. Gerontol., 13, 37-38, 1958.

4.- APENDICE

APENDICE - A

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESION DE ZUNG

45

muy poco tiempo	algún tiempo	gran parte del tiempo	casi siempre
muy pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
raramente	de vez en cuando	frecuentemente	casi todo el tie

1. Me siento triste y deprimido
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche
5. Ahora tengo tanto apetito como antes
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto
7. Creo que estoy adelgazando
8. Estoy estreñado
9. Tengo palpitaciones
10. Me canso por cualquier cosa
11. Mi cabeza está tan despejada como antes
12. Hago las cosas con la misma facilidad de antes
13. Me siento ajitado e intranquilo y no puedo estar quieto
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro
15. Me siento más irritable que habitualmente
16. Encuentro facil tomar decisiones
17. Me creo util y necesario para la gente
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena
19. Creo que sería mejor para los demás que me hubiera
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan

APENDICE - B CUESTIONARIO PSICO-SOCIAL

476.

1. Edad 2. Sexo Lugar de nacimiento Provincia

- 0. Varón
- 1 Hombre

3. Estado Civil

- 0. Soltero
- 1. Casado
- 2. Viudo

4. Nivel de instrucción:

- 0. Analfabeto
- 1. Sabe leer y escribir
- 2. Estudios primarios sin certificado
- 3. Estudios primarios con certificado E.P.
- 4. Estudios secundarios no terminados
- 5. Bachiller elemental
- 6. Bachiller superior
- 7. Estudios universitarios
- 8. Licenciados Univ. o E.T.S.

5. Tipo de paga que le queda:

- 0. Jubilación
- 1. Subsidio vejez
- 2. Viudez
- 3. Invalidez
- 4. Ingresos personales
- 5. Otras
- 6. Ninguna

6. Donde vivía antes de ingresar en la residencia:

- 0. Ciudad
- 1. Pueblo

7. Tiempo que lleva en la residencia:
0. Menos de un año
 1. Uno o dos años
 2. Tres a cinco años
 3. Seis años o más
8. ¿Ha venido voluntariamente o le ha traído la familia?:
0. Voluntariamente
 1. Familia
9. ¿Con quién vivía antes de ingresar en la residencia?:
0. Solo
 1. Con gente conocida
 2. Con mi familia
10. ¿Que tipo de familia le queda?:
0. Hermanos
 1. Hijos y nietos
 2. Familiares 2º grado (primos, sobrinos, cuñados)
 3. Ninguno
11. ¿Donde vive esta familia?:
0. Misma residencia
 1. Cerca residencia
 2. En la misma ciudad
 3. En la provincia
 4. En la misma región

- 5. En el resto de España
- 6. En el extranjero

12. ¿Quién le suele visitar?:

- 0. Familiares
- 1. Parientes
- 2. Amigos
- 3. Nadie

13. ¿Cada cuanto tiempo le visitan?:

- 0. Nunca
- 1. Cada dos años o más
- 2. Cada seis meses a un año
- 3. Cada dos o tres meses
- 4. Cada mes
- 5. Cada 15 días
- 6. Cada semana

14. ¿Le agrada que vengan a verle y se preocupen por Vd.?:

- 0. Mucho
- 1. Regular
- 2. Poco o nada

15. ¿Cree Vd. que es mejor que la gente mayor viva en centros como este?

- 0. Sí a secas
- 1. Personas solas

2. Personas enfermas
3. Personas con rechazo familiar
4. Si no hay otro remedio
5. Depende de cada uno
6. Otros
7. No

16. ¿Se encuentra agusto aquí? ¿por qué?:

0. No
1. Si

17. Se siente uno viejo por muchos motivos:

0. La edad
1. Los efectos de la vejez: - Cansancio
- Haber trabajado mucho
- Falta de salud física
2. No se tiene ilusión por la vida, ya que la sociedad nos considera inútiles
3. No se siente viejo, tiene ilusión

18. ¿Si Vd. se siente viejo, a que lo atribuye?:

¿Cuando, o por qué comenzó a sentirse viejo?:

0. Edad
1. Haber trabajado mucho
2. Jubilación
3. Falta de salud
4. Enfermedades

5. Ingreso en la residencia
6. Rechazo de la familia
7. Muerte de seres queridos
8. No se siente viejo
9. Otras

19. ¿Tiene miedo de morirse?:

0. Nada
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

20. ¿Ha sentido alguna vez ganas de morirse?:

0. Nunca
1. Muy pocas veces
2. Algunas veces
3. Muchas veces
4. Constantemente

21. ¿Que es lo que hace más amenudo?:

0. Ver TV, escuchar la radio
1. Leer (libros, periodicos)
2. Jugar a las cartas, dominó
3. Charlar
4. Pasear
5. Trabajar en lo que me gusta
6. Ayudar en la residencia
7. Asistir a reuniones, conferencias, etc.

22. ¿Cada cuanto tiempo va al cine o al teatro?:

0. Todos los días
1. Una o dos veces por semana
2. Cada 15 días
3. Cada mes
4. Cada 2 ó 3 meses
5. Una o dos veces al año
6. Casi nunca

23. ¿Se aburre durante el día?:

0. Muy poco tiempo
1. Algún tiempo
2. Gran parte del tiempo
3. Casi siempre

24. ¿Se siente solo?:

0. Muy pocas veces
1. Algunas veces
2. Muchas veces
3. Siempre

25. ¿Se siente triste?:

0. Muy pocas veces
1. Algunas veces
2. Muchas veces
3. Siempre

26. ¿Cuántos años confía aún en vivir?:

- 0. Un año o dos
- 1. De dos a cinco
- 2. De seis a nueve
- 3. Diez o más

27. Teniendo en cuenta todo ¿Cómo diría que le van las cosas actualmente?:

- 0. No demasiado o nada feliz
- 1. Medianamente feliz
- 2. Bastante feliz
- 3. Es Vd. muy feliz

28. Si tuviese que considerar toda su vida hasta ahora se podría decir de Vd.:

- 0. Que ha sufrido mucho
- 1. Que ha sufrido lo suyo
- 2. Que no ha sufrido mucho

29. ¿Recuerda Vd. cuál fué el período más feliz de su vida?:

- 0. Hasta los 20 años
- 1. De los 20 a los 35
- 2. De los 35 a los 50
- 3. De los 50 a los 65
- 4. De los 65 en adelante

30. ¿Que es lo que echa de menos en su situación actual?:

0. Nada
1. Familia
2. Seguir activo
3. Casa, ambiente, amigos
4. Familia y casa
5. Otros

31. ¿A cuantas personas de las que viven con Vd. les considera sus amigos?:

0. Ninguna
1. Una o dos
2. Tres a cinco
3. Más de cinco

32. ¿Cual ha sido la profesión, trabajo u oficio en el que ha permanecido más tiempo?:

0. Servicio doméstico
1. Trabajador del campo
2. Profesiones manuales
3. Profesionales del comercio
4. Profesionales de la enseñanza y universitarios
5. Profesionales autónomos
6. Administrativos
7. Profesionales asistenciales
8. Otros

33. ¿Por qué solicitó ingresar en este centro?

- 0. Cuestiones familiares
- 1. Soledad
- 2. Cuestiones económicas
- 3. Enfermedades
- 4. Otras razones
- 5. N.S. / N.C.

APENDICE - C

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPI

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
1. ¿Desea Vd. amenudo animación y bullicio?	0	0	1
2. ¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten?	0	0	2
3. De ordinario, ¿es Vd. una persona despreocupada?.	0	0	3
4. ¿Encuentra muy duro tener que aceptar una negati- va?	0	0	4
5. Antes de llevar a cabo una acción, ¿se para Vd a reflexionar?	0	0	5

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
6. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos algunas veces?	0	0	6
7. ¿Se siente siempre desdichado sin ningún motivo para ello?	0	0	7
8. ¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas?	0	0	8
9. ¿Se siente Vd. subitamente tímido cuando de sea hablar con un desconocido simpático y atrayente?	0	0	9
10. Ante un reto o provocación, ¿haría cualquier cosa sólo para demostrar osadía?	0	0	10
11. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?	0	0	11
12. ¿Son todas sus costumbres buenas y deseables?... 0	0	0	12
13. ¿Hace Vd. con frecuencia las cosas de repente?.. 0	0	0	13
14. ¿Se siente Vd. fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio?	0	0	14
15. En general, ¿prefiere Vd. la lectura a la conversación con la gente?	0	0	15
16. ¿Se encuentra algunas veces rebosante de energía y otras francamente agotado?	0	0	16
17. ¿Le gusta mucho salir de casa?	0	0	17
18. De todas las personas que conoce, ¿hay algunas que no le gustan en absoluto?	0	0	18
19. ¿Le ocurre a menudo el "soñar despierto"?	0	0	19
20. ¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos?	0	0	20
21. ¿Se siente a menudo preocupado por sentimientos de culpa?	0	0	21

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
22. Cuando alguien le grita, ¿responde Vd. también gritando?	0	0	22
23. ¿Diría Vd. que sus nervios acostumbran a estar en tensión?	0	0	23
24. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita?	0	0	24
25. ¿Puede Vd. normalmente despreocuparse de sus problemas y disfrutar mucho en una fiesta?	0	0	25
26. Después de haber hecho algo importante, ¿piensa Vd. a menudo que podría haberlo realizado mejor?	0	0	26
27. ¿Piensan los demás que Vd. es una persona muy activa y animada?	0	0	27
28. ¿Acuden ideas a su cabeza que le impiden conciliar el sueño?	0	0	28
29. La mayoría de las veces, ¿está callado cuando se halla con otras personas?	0	0	29
30. ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce? ...	0	0	30
31. ¿Nota Vd. palpitaciones o golpes en el corazón?	0	0	31
32. Si Vd. quiere conocer o enterarse de alguna cosa ¿prefiere consultar un libro antes que preguntarlo a alguien?	0	0	32
33. ¿Sufre temblores o estremecimientos?	0	0	33
34. ¿Le gusta aquella clase de trabajos que exigen de Vd. una intensa atención?	0	0	34
35. ¿Es Vd. una persona irritable?	0	0	35
36. ¿Murmura Vd. alguna vez?	0	0	36
37. ¿Le espanta la idea de tener que dar una charla o dirigir la palabra a un grupo?	0	0	37
38. ¿Se preocupa por desgracias que podrían suceder?	0	0	38

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
39. ¿Le gusta hacer cosas en las cuales tenga que actuar con rapidez?	0	0	39
40. ¿Tiene Vd. muchas pesadillas?	0	0	40
41. ¿Se sentiría Vd. muy desdichado si no pudiera ver a mucha gente?	0	0	41
42. Alguna vez, despues de oír el despertador, ¿ha preferido quedarse un rato más en la cama?	0	0	42
43. ¿Se siente afectado por sus dolores y achaques?	0	0	43
44. ¿Le gusta tanto hablar con la gente, que no pierde ocasión de hablar incluso con un desconocido?	0	0	44
45. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa?	0	0	45
46. ¿Normalmente actúa Vd. con lentitud y sin prisas?	0	0	46
47. ¿Se siente Vd. fácilmente ofendido cuando la gente le encuentra defectos a Vd. o a su trabajo?	0	0	47
48. ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que se ha hecho?	0	0	48
49. ¿Diría Vd. que es una persona con gran confianza en sí misma?	0	0	49
50. ¿Le preocupan sentimientos de inferioridad?	0	0	50
51. Cuando en un restaurante le sirven algo que no le agrada, ¿prefiere Vd. dejarlo sin decir nada?	0	0	51
52. ¿Se preocupa por su salud?	0	0	52
53. ¿Le es facil animar una fiesta o reunión aburrida?	0	0	53
54. ¿Ha comido Vd. alguna vez algo más de lo que debiera?	0	0	54

488.

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
55. ¿Sufre Vd. de insomnio?	0	0	55
56. ¿Tiene tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente?	0	0	56
57. Cuando promete algo, ¿lo cumple siempre aunque le cueste hacerlo?	0	0	57



BIBLIOTECA