

59
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

*Volvo
R...*

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS
EN LA TERCERA EDAD**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

BEATRÍZ HERNÁNDEZ LÓPEZ

**DIRECTOR : CD. ROLANDO DE
JESÚS BUNEDER**

**ASESOR: CD. ROBERTO GÓMEZ
GONZÁLEZ**



México, D.F.. . 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

274287



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por brindarme la oportunidad de superarme día tras día

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Gracias por abrirme las puertas de esta gran institución profesional tan extraordinaria y única para lograr una de mis primeras metas en la vida

ASESORES

CD. Rolando de Jesús Buneder
C:D. Roberto Gómez González

Gracias al apoyo, paciencia y comprensión que me brindaron cada uno de ustedes, compartiendo sus conocimientos y experiencias para la realización de este trabajo.

FAMILIARES Y AMIGOS

De antemano mil gracias por su cooperación y apoyo en todos sentidos para que este trabajo se pudiera realizar satisfactoriamente.

Así como el sinfin de personas que colaboraron de una u otra manera en la realización del presente trabajo...

*La ancianidad es sensibilidad, respeto, veneración,
sencillez, caballerosidad...
los ancianos suelen sentirse solos
y en las farmacias no hay remedios contra la soledad.*

González Aragón

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I ENVEJECIMIENTO DEL SER HUMANO	4
1.1. Signos de envejecimiento.	5
1.2. Síntomas de la vejez.	5
1.3. Cambios con la edad y sus principales respuestas clínicas	6
CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA TERCERA EDAD	11
2.1. Conductas más frecuentes en los ancianos.	13
2.1.1. Condicionamientos de la psicología del anciano.	13
2.2. Formas de conductas.	14
CAPÍTULO III TIPOLOGÍA DE LA SENECTUD	16
3.1. Tipología de la senectud según Reichard	17
3.2. Tipología de la senectud modificación de Reichard	20
3.3. Higiene mental y vejez	21
3.3.1. Conceptos fundamentales	21
3.3.2. Causas de alteraciones psíquicas	21
3.3.3. Niveles de prevención	24
CAPÍTULO IV TRASTORNOS PSÍQUICOS	26
4.1. Trastornos psíquicos menores	27
Trastornos cognitivos	
a) Memoria	27
b) Aprendizaje	28
c) Inteligencia	29
d) Autoestima	30
e) Comportamiento	30
4.2. Trastornos por ansiedad	31
A. Trastornos fóbicos	32
B. Estados de ansiedad	33
4.3. Trastornos afectivos	36
1) Manía	36
2) Angustia	36
3) Depresión	37
4) Hipocondría	39
5) Frustración	40
4.4. Trastornos de la personalidad	40
4.4.1. Diagnóstico	41
4.4.2. Patrones típicos de la conducta	41
4.4.3. Grupos diagnóstico	42
4.4.4. Tratamiento	44

4.5. Patologías sociales	45
1) Soledad	45
2) Separatividad	46
3) Aislamiento	46
4) Alucinaciones	46
5) Suicidio	47
4.6. Demencias	47
4.6.1. Etiología	48
4.6.2. Diagnóstico	49
4.6.3. Tratamiento	49
4.7. Demencias Degenerativas	49
4.8. Demencia presenil	49
4.9. Demencia senil	50
4.10. Demencia senil degenerativa	52
4.11. Demencias vasculares	52
4.12. Demencia arteriosclerótica	52
4.12.1 Anatomía patológica	52
4.12.2. Período prodrómico	53
4.12.3. Síntomas clínicos	53
4.13. Delirium	53
4.13.1. Etiología	54
4.13.2 Cuadro clínico	54
4.13.3. Diagnóstico	54
4.13.4. Tratamiento	54
4.14. Psicosis	55
4.15. Neurosis	57
CAPÍTULO V RECOMENDACIONES ODONTOLÓGICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES SENECTOS	60
5.1. Prevención de los trastornos mentales en el anciano	60
5.2. Cambios en el consultorio dental	61
5.2.1. Exteriores del consultorio dental	51
5.2.2. Interiores del consultorio dental	52
5.3. Cuidados del paciente psicogerátrico	63
CONCLUSIONES	65
GLOSARIO	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

INTRODUCCIÓN

El interés por los aspectos psicológicos del envejecimiento se remonta, por lo menos a varios miles de años, sin embargo, sólo durante las últimas décadas se ha fundado sobre una base científica, con los estudios comparados de grupos de adultos. Por la poca antigüedad de la Gerontología no ha llegado aún a su pleno desarrollo la investigación experimental de sus problemas psicológicos. Algunos estudios dispersos sobre la madurez avanzada aparecieron en los primeros 30 años de nuestro siglo, aunque nuestros conocimientos de los años adultos sean todavía fragmentarios e incompletos la tendencia a envejecer de la mayoría de las habilidades y de los rasgos psicológicos parece inconfundible; los cambios suelen ser graduales y tardan a menudo en manifestarse, a diferencia del ritmo rápido de los acontecimientos en los años de desarrollo.

La aportación de las ciencias sociales, así como la psicología, junto a los aspectos psicodinámicos, nos ayudan a la comprensión de los rasgos psicológicos que caracterizan a la vejez.

El decaimiento se produce tempranamente y con mayor seguridad en aquellas habilidades basadas primordialmente en actividades físicas, aunque muchos cambios de las funciones psicológicas tienen sus raíces en el envejecimiento de los tejidos, la relación no siempre se mantiene dentro de una proporción de uno a uno; el declive no es igual para todas las habilidades ni en todos los individuos y muchas veces es más bien el esquema general y no las pérdidas específicas lo que determina la extensión de la adaptación personal, así, bien, el ambiente social y las relaciones de la persona con ese ambiente deciden si una determinada deficiencia producirá incapacidad o tendrá pocas consecuencias prácticas.

Son raros los trabajos sobre la psicología de la tercera edad y pocas las publicaciones sobre las mismas, las personas que se sienten obligadas a eliminar o a seleccionar a otras, recurren con naturalidad a la edad cronológica como una ayuda conveniente; además vivimos en una sociedad donde el tiempo y las cifras son de gran valor.

La vejez es un estado mental, se la define según normas exteriores como en el caso de la edad cronológica o bien según nuestro propio criterio, podemos situar a la vejez en etapas relativamente tardías de la vida, es posible considerarla como una situación deseable o temible. La vejez va a seguir retrocediendo en las próximas décadas hasta hace unos años, los estadígrafos sociales y algunos otros señalaban los 65 años como la edad mágica para señalar la entrada a la vejez; ahora tienden a cambiarla a los 75 años: tiene más sentido en términos de las expectativas de la vida y las cambiantes características de las poblaciones de las sociedades desarrolladas.

Nuestro cuerpo se modifica, existen cambios psicológicos que influyen nuestros pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y la manera de comportarnos con los demás. Los cambios psicológicos pueden dividirse en dos grupos: los cognitivos, es decir, los que afectan a la manera

de pensar así como a las capacidades y los que conciernen a la afectividad y a la personalidad.

El objetivo específico de este trabajo es el de familiarizarse con algunos aspectos psicológicos de individuos de la tercera edad con el fin de poder brindarles una atención odontológica completa y eficaz.

El mayor peligro para el hombre que se considera en el umbral de la vejez es el miedo a hacerse viejo: esta obsesión termina por hacerlo envejecer con más rapidez, según las palabras de Voltaire: “ Quien no tiene la actitud propia de su edad, tiene solamente sus miserias”, sin embargo, el estado psicológico depende del ambiente familiar, la soledad es verdaderamente perjudicial.

CAPÍTULO I ENVEJECIMIENTO DEL SER HUMANO

La vejez del ser humano se presenta en forma gradual y durante toda su existencia, la forma de presentarse es muy variable de un individuo a otro. Ni el individuo, ni la familia, ni la sociedad, aceptan en su totalidad la tercera edad porque es una etapa que crea muchos problemas, se consideran viejos a los sujetos nacidos en países desarrollados a partir de los 65 años y 60 años para los sujetos nacidos en vías de desarrollo; pero no se puede aceptar que todas las personas a partir de los 60 años sean viejas. Para poder comprender los rasgos psicológicos de la tercera edad es importante no dejar a un lado dos factores que condicionan los rasgos propios de la tercera edad: son las alteraciones físicas y orgánicas (órganos, tejidos, aparatos y sistemas) que se producen como deterioro de la edad y los factores externos o sociológicos que inician los aspectos psicológicos de la tercera edad.

1.1 SIGNOS DE ENVEJECIMIENTO

Los signos de envejecimiento más aparentes del ser humano, son los siguientes, pero ninguno de estos signos tiene similitudes para el mismo, tanto cronológicamente como comparativamente con otros sujetos.

- Disminución del rendimiento físico
- Disminución en la capacidad de trabajo
- Fatiga psicofísica
- Disminución de la memoria
- Disminución de la capacidad mental de concentración
- Disminución de la agudeza visual, audición, olfato y sabor
- Adelgazamiento
- Facilidad a las caídas y accidentes
- Pérdida del sentido de la sed
- Disminución de la eficiencia cardiopulmonar
- Patología psicósomática y psicofísica
- Alteraciones de la próstata
- Enfermedades (catástrofe en cascada)

1.2 SINTOMAS DE LA VEJEZ

Los primeros síntomas de vejez suelen desencadenar una crisis cuya resonancia y consecuencias dependerán del grado de sensibilidad, confianza, salud, predisposición y ubicación en el contexto ambiental, traducéndose en la práctica en posibles variaciones de la homeostasis o de la percepción e interpretación del alcance de estos signos y símbolos del envejecer. Los cambios físicos internos y externos pueden desencadenar un estado de consciencia de vejez.

1.3 CAMBIOS CON LA EDAD Y SUS PRINCIPALES RESPUESTAS CLÍNICAS

Hay que reconocer la biología del envejecimiento para abordar y reconocer los cambios en las estructuras morfológicas y celulares de los diferentes aparatos y sistemas con sus consiguientes respuestas clínicas:

- PIEL

CAMBIOS CON LA EDAD: Atrofia, disminución de la grasa subcutánea, atrofia de las glándulas sudoríparas, las uñas y el cabello y aumento de la fragilidad vascular. **RESPUESTAS CLINICAS:** Arrugas, resequedad, susceptibilidad a los traumas, úlceras de decúbito, prurito y encanecimiento, caída de pelo. Pérdida de elasticidad, alteraciones de color y textura.

- OJOS

CAMBIOS CON LA EDAD: Disminución de la plasticidad del cristalino (presbiopía), opacificación del cristalino, cambios en vítreo y retina, disminución de la agudeza visual. **RESPUESTAS CLINICAS;** Disminución de la acomodación, cataratas, glaucoma, degeneración macular senil, ceguera, disminución a la sensibilidad de los colores, aislamiento y disminución de la vida social.

- OIDOS

CAMBIOS CON LA EDAD: Cambios en las células vellosas, disminución auditiva. **RESPUESTAS CLINICAS:** Disminución de la audición para las frecuencias altas (presbiacusia) y la falta para distinguir gama de sonidos, sordera, incapacidad de aprender bien las palabras puede engendrar la desconfianza e incluso tendencias paranoides.

- NARIZ

CAMBIOS CON LA EDAD: Pérdida de fibras olfativas, atrofia de la mucosa pituitaria, atrofia de las células sensoriales de la mucosa nasal. **RESPUESTAS CLINICAS:** Disminución del sentido del olfato

- GUSTO

CAMBIOS CON LA EDAD: Atrofia de las papilas circunvaladas, pérdida de la sensación quimiosensorial.

RESPUESTAS CLINICAS: Disminución de las terminaciones nerviosas situadas en la lengua, disminución en los sabores: dulce, salado, agrio y amargo.

- HABLA

CAMBIOS CON LA EDAD: Alteración del tono de las cuerdas vocales inferiores, disminución de la capacidad de programar centralmente secuencias de movimientos, **RESPUESTAS CLINICAS:** Deterioro de los procesos de codificación, la voz cambia, pierde potencia y se hace más grave (dura) el habla se vuelve confusa, más pausada.

- APARATO RESPIRATORIO

CAMBIOS CLINICOS: Disminución de la elasticidad pulmonar y ciliar bronquial, atrofia de las mucosas. **RESPUESTAS CLINICAS:** Reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo y de la capacidad de difusión máxima, disminución del reflejo tusígeno, neumonía, bronquitis, asma.

- **APARATO CARDIOVASCULAR**

CAMBIOS CON LA EDAD: Pérdida de células miocárdicas, aumento de la rigidez arterial y valvular, disminución del control de la circulación. **RESPUESTAS CLÍNICAS:** Disminución del gasto cardiaco, pobre respuesta al estrés, aumento de la presión arterial máxima, fatiga, agotamiento psiquiátrico, arteriosclerosis, síncope.

Así que conozcamos los límites de seguridad de la presión sanguínea en el anciano:

EDAD	MUJERES	VARONES
60-69	200/102	195/100
70-79	215/105	205/104
80-89	230/110	215/108

- **APARATO GASTROINTESTINAL**

CAMBIOS CON LA EDAD: Caída de dientes, disminución de las papilas gustativas, disminución del flujo salival y de secreción de pepsina, tripsina, aclorhidria, poca motilidad, cambios de las enzimas hepáticas, disminución de la absorción del calcio. **RESPUESTAS CLÍNICAS:** Mal nutrición, constipación, diverticulosis, intoxicaciones, osteoporosis.

- **APARATO GENITOURINARIO**

CAMBIOS CON LA EDAD: Hipogonadismo, atrofia y resequeadad de la mucosa vaginal, disminución del tono y de la capacidad vesical, crecimiento de la próstata, disminución del número de glomérulos, disminución del flujo sanguíneo renal y de la osmolaridad máxima de la orina. **RESPUESTAS CLÍNICAS:** Respuesta sexual lenta, atrofia de mamas, vagina, etc., dificultades a la micción, disminución de la filtración y reabsorción tubular.

- SISTEMA ENDOCRINO

CAMBIOS CON LA EDAD: Intolerancia a la glucosa, disminución de la actividad tiroidea y suprarrenal, aumento de la respuesta ADH, disminución de la secreción de estrógenos y de la respuesta de aldosterona y retina. RESPUESTAS CLINICAS: Aumento de la glucosa posprandial a las dos horas, disminución del metabolismo basal y menor expuesta al estrés.

- SISTEMA NERVIOSO

CAMBIOS CON LA EDAD: Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida de neuronas de la corteza cerebral, cambios de los ganglios basales. Alteraciones del reflejo de incorporación. RESPUESTAS CLINICAS: Actividad psicomotora más lenta, reducción de los reflejos de escritura, alteraciones en los ritmos de sueño con menos horas de la Etapa IV y movimientos oculares rápidos (MOR).Alteraciones en la memoria, caídas, disminución de la capacidad mental psíquica y física.

- SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO

CAMBIOS CON LA EDAD: Disminución de la masa muscular y ósea, disminución del calcio óseo y del osteoide. RESPUESTAS CLINICAS: Disminución de la estatura (unos 10 a 12 cm hacia los 70 años) y de la fuerza, aumento de la vulnerabilidad a las fracturas; cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, artritis reumatoide y deformaciones corporales.

- SISTEMA INMUNOLOGICO

CAMBIOS CON LA EDAD: Ausencia de secreción de hormona tímica, disminución de la función de células T, aumento de autoanticuerpos y de la autoinmunidad.

RESPUESTAS CLINICAS: Aumento de la susceptibilidad a infecciones y neoplasias.

- SISTEMA REGULADOR

CAMBIOS CON LA EDAD: Disminución del agua corporal total, disminución de la homeostasis. RESPUESTAS CLINICAS: Disminución del peso y estatura, hipotermia, hipotensión postural, deshidratación.

- SISTEMA ESTOMATOGNATICO

CAMBIOS CON LA EDAD: Aspecto y color de los dientes, en el periodonto y mucosas, disminución en la función de las glándulas salivales, atrofia de las papilas y del músculo; mayor exposición de la superficie del diente, aumento de la queratinización del epitelio, disminución de la secreción de mucina. RESPUESTAS CLINICAS: Dientes oscuros o desteñidos, bruxismo, abrasión, resorción, calcificaciones, sensibilidad, mayor riesgo a traumatismos., agrietamiento de la lengua, varicosidades.

Conocer estos cambios tienen por objeto demostrar los diversos problemas funcionales del paciente anciano y poder realizar un diagnóstico psicológico más adecuado así como su manejo terapéutico.

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA TERCERA EDAD

Cada sociedad, desde la antigüedad, define las etapas etarias de la vida del individuo en la sociedad y fija las condiciones de acceso de una etapa a la otra; el envejecimiento social puede identificarse por las características que se le asignan al individuo en determinadas edades que la sociedad considera vejez.

El envejecimiento social es un cambio irreversible que conllevan a una pérdida o disminución de roles social, familiar, profesional, disminución de los ingresos, limitación de las relaciones sociales, proceso de las tramitaciones burocráticas y las largas esperas, el maltrato funcionario, la humillación permanente, entre otros puntos. Ser socialmente viejo implica ser reconocido por la sociedad y por sus instituciones; el envejecimiento social es diferente entre los individuos y de un grupo social al otro.

La conciencia de estar bien integrado en la sociedad puede proporcionar un sentimiento de gran seguridad, la persona integrada sabe que es alguien útil, participa en las tomas de decisiones y tiene acceso a muchos privilegios y oportunidades.

La integración social se puede experimentar como una pesada y opresiva carga, a medida que envejecemos, tendemos a dejar que todo lo que nos molesta se aleje, el anciano tiene tiempo de realizar sus intereses y actividades que tuvieron que ser dejadas a un lado durante los años culminantes de su convivencia social; se puede vestir, hablar y actuar como quiera. Aún así, la mala salud y otros cambios vitales suelen terminar en la muerte, mientras que la sociedad ha tenido tiempo de enseñar a nuevos miembros los pasos de la obligación moral y prepararlos al mismo tiempo para la partida final de los antiguos miembros. Los cambios característicos, que sufrimos en nuestras facultades físicas y nuestro estilo de vida, interactúan con las necesidades de la sociedad y ocasionan cambios en las relaciones interpersonales de cada individuo.

En esta sociedad necesitan más protección los ancianos que los niños: el anciano muchas veces es objeto de abusos por parte de familiares y supuestos amigos; esta protección les podría ser llevada en forma de tribunales tutelares de mayores, encargados de la defensa de los derechos de los ancianos.

En etapas terminales (lapso de tiempo más o menos corto que implica la muerte), el anciano merece toda nuestra atención ya que pasa por cambios súbitos impredecibles como puede ser la negación, la agresividad y la depresión; aunque vivan solas, forman parte de un corpus social y aunque integrados algunos de ellos a título individual, el colectivo se estructura como marginal, en una sociedad regida en la práctica por valores derivados de producción-consumo, utilidad-trabajo y juventud-atracción.

En el dinamismo de la sociedad actual, al anciano se le rechaza por sus características, las cuales entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, sus reflejos son tan lentos que sólo sirven de estorbo, su aspecto tampoco es agradable, concepción que no permite tener al anciano en el lugar privilegiado que merece.

Todos estos factores contribuyen a una vida psicológicamente inestable para las personas de la tercera edad, en algunas ocasiones también se pueden considerar como factores predisponentes de alteraciones psíquica.

2.1 CONDUCTAS MAS FRECUENTES EN LOS ANCIANOS

El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad.

2.1.1 Condicionamientos de la psicología del anciano

El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente en situación social de jubilado o pensionista, que denominamos actualmente "tercera edad" es cada vez más largo, con creciente esperanza de prolongar más la senectud, por ello, la personalidad puede cambiar desde que entra en la tercera edad hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle. No se pueden establecer valoraciones sobre la personalidad, ni clasificarlas en grupos en razón de su psicología. El desprenderse de las actividades sociales es una forma de buscar una situación más cómoda, más segura o más satisfactoria para el anciano, teniendo en cuenta que los sentimientos de autoestima y de apoyo con los demás, independientemente de su personalidad, se acentúan con los años. El equipo asistencial geriátrico debe ayudar a los ancianos a su adaptación, no sólo influyendo en él, sino también en su medio habitual; toda persona tiene un comportamiento, condicionado a diversos factores y que en el anciano está más ligado que el adulto o joven a su

capacidad de adaptación muy dependiente de su salud, recursos económicos y el apoyo familiar o social que reciba.

2.2 FORMAS DE CONDUCTA

Las posibilidades de adaptarse a la situación y puesto que la sociedad y la familia le ofrecen están determinadas en el anciano por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuestas, los podemos ayudar a través de acciones profesionales del equipo geriátrico y familiar.

En la senectud, el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan crisis personales ante las cuales sufre inicialmente o una sensación de perplejidad o choque; generalmente reaccionan en sentido de regresión, que actúan incitando a la renuncia por parte del sujeto, de sus intereses actuales y orientando la atención hacia deseos y objetivos anteriores, ubicados en épocas tempranas de su proceso psicoevolutivo. Las más frecuentes conductas son:

1. Comportamiento contradictorio: Temen la soledad, pero no aceptan las proposiciones que les hacen para evitarla, desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.
2. Labilidad emocional y afectiva: Fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional.
3. Machaconería: Repitiendo cosas coherentes pero por su constancia y contundencia, inducen un comportamiento agresivo en su interlocutor, causado por la pérdida de la memoria inmediata, se remonta a historias de su pasado.
4. Se quejan de todo, en torno a su salud o a su autonomía, crean estados de irritación a sus oyentes; su comportamiento parece una disminución de su capacidad de amar y de sociabilidad, concentrando su interés en su estado físico, constituyendo una conducta de replegarse sobre sí mismo.

5. Conducta de toxicofilia: Cuando se hacen dependientes de fármacos principalmente laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vasoactivos y en algunos casos, al alcohol.
6. Disminución del amor hacia los demás (regresión de la libido) y hacia si mismo: Menosprecia su calidad y presentación, tiene deseos de estar sentado o en cama aumenta la pereza.
7. Conducta agresiva: Se hacen celosos, provocan conflictos con quienes conviven, pueden llegar a chantajes afectivos.
8. Los ancianos que conservan cosas, objetos, periódicos, a veces alimentos e inverosímiles recuerdos que llevan a sus armarios, mesas y toda clase de rincones, se rodean de sus reliquias, tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima, estos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa. Esta conducta puede provocar reacciones de agresividad e intolerancia.
9. La agresividad: la pueden utilizar para buscar la adaptación en la sociedad pero puede ser perjudicial si se considera patológica.

CAPÍTULO III TIPOLOGÍA DE LA SENECTUD

La personalidad se define según Allport como la organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno. Las teorías sobre la personalidad se dividen en tres grupos:

1. Las teorías psicodinámicas (incluidas las de los freudianos y los neofreudianos) Insisten en los determinantes inconscientes e históricos de la personalidad.
2. Las teorías conductistas: se basan en las condiciones de aprendizaje y del entorno.
3. Las teorías humanistas: en libertad y en los objetivos de la persona.

Pocos autores han descrito la personalidad de los ancianos, salvo Freud, cuyas interpretaciones son pesimistas y estiman que la personalidad adulta se halla invadida por el material inconsciente, hasta tal punto que las personas de edad son incapaces de evolucionar o de beneficiarse de una intervención terapéutica; actualmente esta concepción ha cambiado, hay orientaciones psicoanalíticas que trabajan con ellos. La

personalidad del anciano, es más compleja que la de los jóvenes porque tienen mayores experiencias pero también tienen menos papeles que antaño y éstos les confieren menos poder e importancia, lo que modifica su comportamiento y su percepción.

La personalidad del anciano abarca tres tipos de cambios:

1. Evolución interna: estados emotivos, pensamientos y concepción de sí.
2. Comportamiento externo: respuestas o ausencia de estas en situaciones nuevas y antiguas.
3. Ambiente externo: papeles y otras formas de presión.

Los cambios psicológicos ejercen gran influencia en la forma en que el individuo se percibe a sí mismo, además de los cambios biológicos y psicológicos, el envejecimiento implica un estado mental notado internamente por el individuo de edad avanzada.

3.1 TIPOLOGÍA DE LA SENECTUD SEGÚN REICHARD Y COL.

Reichard y colaboradores en 1962 identificaron en los ancianos varios tipos de personalidad:

ADAPTADOS

Los hombres mecedora, son pasivos al hacerse viejos, se retiraron de las actividades y de las responsabilidades por las que no habían sentido interés, lo que ganaron de paz y quietud al retirarse de la vida común, les parece un buen precio a cambio de lo que perdieron.

Los de armadura, blindados o rígidos, temen la posibilidad de tomarse pasivos, dependientes o indefensos, se prepararon personalmente con gran vigor para resistir todas las fuerzas, tanto biológicas como sociológicas, que los pudieran reducir a una situación de dependencia, mantuvieron un estilo de vida física y social afectiva, no les gustan las discusiones de naturaleza personal ni que se metan en sus cosas.

Los maduros, aceptan la realidad del envejecimiento tanto en sí mismas como en su relación con la sociedad, no se sorprendieron ni se amargaron, simplemente era lo que esperaban; tenían confianza en seguir funcionando bien, disfrutando de sus relaciones personales y de sus actividades favoritas, controlan sus impulsos. Presentan escasos o nulos rasgos neuróticos.

Los caseros son pasivos y dependientes, están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades, generalmente, no tienen ninguna satisfacción en su trabajo anterior, son poco activos socialmente, suelen ser indulgentes, adaptándose bien a la vejez, porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

INADAPTADOS

Los hombres irascibles son inadaptados al envejecimiento, sentían que no habían sido tratados bien por la vida, con un aplastante sentido de que habían sido privados de los planes y logros de la vida, llegan a la ancianidad con una queja en los labios.

Los hombres que se sienten culpables se desprecian a sí mismos, llegan a la vejez con una gran desilusión por su vida, hallaron la culpa en sí mismos y no en los demás; se encuentran deprimidos sin ninguna utilidad para él y/o con quien iban envejeciendo.

Los irritables, habituales, cascarrabias, gruñones y frustrados, achacan su vejez todo cuanto malo les ocurre están todo el día refunfuñando, renegando, rezongando, despotricando, gruñendo contra su vejez, sin que muevan un dedo para salir de ese pozo del presente; todo el mundo es culpable de su chochez y achacosidad (síndrome de la vejez) rechazan la idea del envejecimiento. Son desconfiados y ven la tercera edad sin futuro, tienen poca estima de sí mismos están arrepentidos de su trabajo.

Personalidades descontenta y autofóbica, caracterizadas por la amargura, la cólera, la hostilidad, la agresividad y la depresión; los primeros son extrapunitivos (castigan a los demás) y los últimos son intrapunitivos (se castigan a sí mismos).

MIXTOS

Los introvertidos se encuentran bien adaptados unos y mal o escasamente adaptados otros, son apegados a sus ideas o pertenencias, suelen ser sobrios, tímidos y retraídos.

Los perturbados en sus relaciones sociales son inestables, a veces se adaptan a algo pero por lo general causan conflictos en su familia y en la sociedad.

Los rebeldes, se rebelan contra el obstáculo físico y social que obstruye el camino, mentalmente, esta en plenitud de sus condiciones, lleno de deseos de realizar proyectos, sueños y ensueños pero desde el punto de vista biológico está hecho una miseria y socioeconómico el entorno no colabora para que él pueda realizar cuanto pueda o anhela.

Otro tipo de personalidad es la que llamó Freud como narcisismo, esta es necesaria en el desarrollo psicoafectivo en la relación madre-hijo; esta base frágil e inmadura de la personalidad, no soporta las pérdidas asociadas a la edad y pueden

desencadenar cuadros depresivos graves o actitudes maníacas compensadoras y transitorias derrumbamientos psicóticos.

3.2 TIPOLOGIA DE LA SENECTUD MODIFICACIÓN

Otra tipología de las personalidades de los ancianos es la que procede del grupo de Chicago (1968):

- a) Reorganizador. Son personas activas pero que han sabido reemplazar las antiguas formas de actividad por otras nuevas, se interesan por las actividades comunitarias y por el trabajo voluntario.
- b) Personalidad integrada focalizada. El sujeto abandona una parte de las actividades ligadas a los papeles que desempeñaba para centrarse a su trabajo lo que permite estar con su familia y dedicarle tiempo a sus ocios; no busca nuevos papeles que desempeñar, se dedica a los antiguos y les consagra más tiempo.
- c) Retraído. El tipo renuncia a las actividades ligadas a sus papeles están satisfechos de su vida.
- d) Blindado-defensivo. A su vez tiene dos subcategorías, en defensa de su orientación.
- e) Conservador. Trata de retener los papeles y los modos de actividad de su madurez a través de un coste personal a veces elevado.
- f) Contraído. Se retira de sus papeles, evitando enfrentarse con sus pérdidas pero sin hacer algún esfuerzo para anticiparlo o evitarlo.
- g) Pasiva-dependiente. Son dependientes pero no permiten sentirse satisfechos de su vida, reclama ayuda y apoyo o bien se torna pasivo por completo y se deja dominar.
- h) Desorganizados. Tienen una débil satisfacción y pocas actividades. La transformación de la personalidad se extiende a los sentimientos, los intereses, los valores y se rige por la norma de que mientras el mundo interior adquiere mayor interés y valor, y el mundo exterior deja de ser interesante y valioso.

La personalidad es indudablemente afectada por los cambios fisiológicos debidos a la edad, sin embargo la importancia de las influencias culturales es innegable, se ha demostrado que la personalidad se ve afectada por el ambiente social en que se vive.

3.3 HIGIENE MENTAL Y VEJEZ

Higiene Mental es la parte de la Higiene que desarrolla, conserva o mejora el funcionamiento psíquico del individuo y combate las causas de desequilibrio mental, está fundada en la psiquiatría, en la sociología, la pedagogía, en la antropología y en la ética. El iniciador de la Higiene Mental fue Clifford W. Beers y su finalidad es obtener el máximo desarrollo de las facultades psíquicas, lo que ayuda a evitar los trastornos mentales.

3.3.1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- * Conocimiento y aceptación de sí mismo (sentido crítico)
- * Percepción correcta del medio ambiente (sentido común)
- * Capacidad de integrarse (madurez)

Para que permitan al individuo enfrentarse a sus necesidades (trabajo, familia) y dificultades de la existencia, a periodos de crisis (pubertad, muertes, conflictos afectivos) y al esfuerzo de adaptación de la vida cotidiana.

3.3.2 CAUSAS DE ALTERACIONES PSIQUICAS

HEREDITARIO

Las funciones intelectuales están sometidas a las leyes de la herencia, de padres a hijos se transmiten ciertos caracteres fundamentales de la personalidad. Por

ejemplo, en las demencias, en los trastornos por ansiedad y neurosis, y en las esquizofrenias.

INFECCIOSO

Algunas enfermedades como la sífilis, el tifo, el reumatismo, la tuberculosis, la meningitis, las encefalitis, etc., son capaces de provocar trastornos de la mente cuando atacan al Sistema Nervioso, además existen otras que crean estados de depresión, de preocupación y de obsesión que es necesario prevenir o curar.

TÓXICOS

Las toxicosis es un conjunto de signos y síntomas que determinan un cuadro patológico originado por sustancias nocivas al organismo; se pueden dividir en:

Endotóxicos.-Uremia, diabetes, bocio, fatiga, etc. Exotoxicosis.-Plomo, alcohol, drogas, enervantes, así como el opio, la cocaína, la marihuana

FÍSICOS

Se encuentran el ruido ensordecedor y constante, pueden producir neurosis del ruido y por consiguiente perturbaciones de la mente, además en los traumatismos mecánicos, puede aparecer depresión, estados de tristeza, pérdida de memoria. Los traumatismos químicos alteran la mente por la absorción de sustancias tóxicas o por el excesivo dolor.

PSIQUICOS

Los traumatismos psíquicos pueden llegar a ser causantes de alteraciones en las funciones cerebrales como en la muerte de seres queridos, al observar accidentes,

así como algunos sentimientos de vergüenza, miedo, terror e ira que generan desequilibrios o alteraciones mentales.

NUTRICIONALES

Disminuye la resistencia del organismo contra las infecciones. La dieta adecuada y equilibrada garantiza un buen metabolismo general y especialmente del Sistema Nervioso, es importante un buen aporte de folatos ya que su carencia provoca trastornos neurológicos y psíquicos así como las vitaminas B, tiaminas y vitamina C así como el aporte de algunos oligoelementos para prevenir deterioros mentales como la demencia.

EDAD

La edad determina ciertos hábitos, inclinaciones las cuales llevan a conductas estereotipadas, aún así, es campo propicio para enseñanzas; la Higiene Mental lo llevará por el sendero del equilibrio y de la educación.

HOSPITALIZACIONES

Los ancianos que son dados de alta de un hospital y remitidos a su domicilio y no encuentran en este medio ayuda para mantener su autonomía, se deben de vigilar cuidadosamente ya que los reingresos sobre todo después de los 80 años son frecuentes.

La acción psiquiátrica se debe orientar hacia el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales para que se les trate en instituciones modernizadas, ayudadas cuando se elevan los recursos y la educación general, cuando se mejora la vivienda, alimentación, trabajo y descanso.

3.3.3 NIVELES DE PREVENCIÓN

Actualmente la Higiene Mental rebasa la etapa de simple prevención de enfermedades psíquicas, la OMS la define como la capacidad desarrollada de poder establecer relaciones armoniosas con los semejantes.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Contrarresta los factores de perturbación mental, la protección de la salud mental exige alcanzar un umbral colectivo mínimo de satisfacción de las necesidades familiares, equilibrio y seguridad familiar organización de la educación escolar y de la formación profesional, preocupación por la gerontología social. Las acciones específicas corresponden a las instituciones de protección de la salud mental, las que intentan influir favorablemente las situaciones patógenas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la fase de diagnóstico y tratamiento precoz. El diagnóstico psiquiátrico es complejo: las pruebas psicológicas son útiles, pero no sustituyen la consulta psiquiátrica que exige además, el conocimiento detallado del medio ambiente en que se mueve el enfermo; para poder hacer un pronóstico precoz, es conveniente integrar consultas psiquiátricas a los distintos exámenes sistemáticos de medicina preventiva.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Esta etapa es curativa. La reintegración social, que es el objetivo del tratamiento, exige que no se rompa la relación con el medio, constituye la preparación para que el enfermo retorne a su medio natural y hace que este dispuesto a recibirlo. La calidad de las curaciones determina el éxito en los obstáculos que se encuentran para reintegrar plenamente el enfermo a su medio.

PREVENCIÓN CUATERNARIA

Esta es la fase de mantenimiento. El mantenimiento de la salud mental del anciano se debe realizar desde la prevención primaria a través de la educación sanitaria de los propios ancianos y de sus familiares, para que estos sepan atenderlos o llevarlos a tiempo a las consultas donde se pueden realizar balances de salud o chequeos periódicos.

La atención geriátrica debe tener por objeto, el cuidado individual y colectivo de las personas de la tercera edad, demostrar que es posible sumar años sin sumar enfermedades; en consecuencia, la prevención de las enfermedades físicas y de sus secuelas es el paso necesario para tener buena salud mental en la senectud.

La enseñanza de la autosuficiencia a quienes entran en la tercera edad y la participación en cursos o agrupamientos sociales son formas para realizar higiene mental útil para la vejez.

CAPÍTULO IV TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Un tercio de la población mayor de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, las demencias seniles y los estados confusionales aparecen como procesos ligados al envejecimiento cerebral.

En la actualidad, los distintos criterios diagnósticos emplean el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría para clasificar las personalidades con base en la etiología clínica o rasgos estructurales; trata de simplificar las distintas terminologías referentes a las psicosis orgánicas y las agrupa en:

- Agudas o delirium
- Crónicas o demencias

La neurosis no entra en esta clasificación porque considera la sintomatología y las estructuras específicas de personalidad.

4.1 TRASTORNOS PSÍQUICOS MENORES

Son alteraciones que pueden influir en la conducta personal y social de un individuo, depende del medio y del entorno que se presentan; es decir, las desviaciones de la normalidad psicológica media en la senectud, que no comprometen gravemente la convivencia social, aunque crean problemas a la adaptación familiar o institucional. Aparecen o se acentúan como consecuencia del envejecimiento, provocados por cambios en la psicodinamia de la personalidad o por las modificaciones orgánicas que el individuo percibe sobre sí mismo.

1. TRASTORNOS COGNITIVOS

Son los que se presentan más frecuentemente en la tercera edad, entre ellos encontramos los siguientes:

a) MEMORIA

El tiempo influye en la valoración de la pérdida de la memoria, el cerebro del anciano almacena mal o deposita desordenadamente los mensajes y al tratar de evocarlos, puede confundirlos o le vienen a su memoria confusamente.

El estado de la memoria cambia para muchas personas, lo que sucedió en el pasado distante se encuentra claro y preciso en la mente, puede recordar detalladamente sucesos ocurridos hace 60 o 70 años, pero tendrá poco éxito respecto de lo ocurrido el lunes de la semana pasada; una persona puede retirarse de la interacción social, o de su actividad favorita porque teme que sus problemas de memoria se vayan a notar, otra puede desarrollar hábitos que hacen la vida más complicada (cambiar el tema, crear una discusión cuando teme que su memoria

sea puesta a prueba) otros modifican o simplemente inventan hechos que reemplazan a los que no tienen fácilmente a la memoria, otros se adaptan al conocer los problemas de memoria que tienen, no se dan por vencidos ni tratan de ocultarlo. Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales así como la memoria a corto plazo (se considera la víctima del envejecimiento) y la memoria a largo plazo (casi no se ve afectada).

La memoria es la clave de la mayoría de los procesos mentales superiores.

b) APRENDIZAJE

Todo el mundo mantiene su capacidad para aprender a lo largo de la vida, a los ancianos les es más difícil debido a enfermedades y a otros factores y cuando aparentemente un anciano no ha logrado captar algo, esto no se debe al hecho de que no haya aprendido, sino que prefieren no correr el riesgo de cometer un error, en otras ocasiones, tienen limitaciones que les impiden demostrarlo. Cuando se sienten despreciados, aislados o indeseables en una situación social, puede estar demasiado preocupada con una angustia interna como para prestar atención a lo que sucede a su alrededor aún así, los ancianos aprenden más de lo comúnmente se cree.

Los productos del aprendizaje pueden persistir después de que la capacidad de aprender haya declinado en forma notoria, la naturaleza de la masa perceptiva de una persona es un factor en la determinación de la facilidad con que pueda asimilar nuevo material.

El aprendizaje de la experiencia vital, habrá seleccionado y reducido la amplitud y la intensidad vinculante al sujeto con el objeto de la mayoría de ellas,

por cuanto las que persisten contienen las bases del proceso de coherencia atributiva-cognoscitiva del individuo.

c) INTELIGENCIA

La inteligencia es un conjunto de habilidades especiales, un potencial que pocas personas desarrollan al máximo que incluso puede atrofiarse y se ha convertido en rectores de la humanidad a quienes saben emplearla. La inteligencia se encuentra en relación con el tamaño del cerebro de las diferentes especies y disminuyen con la edad.

El envejecimiento de una persona bien puede mejorar algunos aspectos de su funcionamiento mental en lugar de sufrir una decadencia temprana y general sabrá más acerca de muchos temas y se hará hábil en el uso de algunos de los talentos que ha desarrollado a través de los años, esto se conoce como Inteligencia Cristalizada, la cual se refleja en lo que hemos aprendido por la experiencia (influencias socioculturales).

La comprensión verbal es una de las habilidades mentales que forman el imperio cristalizado, los índices de comprensión verbal no se agotan, para después decaer al pasar los 20 años, las personas de 30 y 40 años manifiestan una mejor comprensión verbal que los de 20 y los de 50 y 60 años que muestran tener una todavía mejor. La Inteligencia Fluida representa la forma de inteligencia capaz de resolver problemas nuevos, depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a nuevas situaciones; tiene un condicionamiento hereditario básicamente.

Los ancianos tienen más las actividades de la Inteligencia Cristalizada pues manejan las experiencias acumuladas, la mayoría presentan una pérdida de la Inteligencia Fluida al pasar a la segunda mitad de su vida y se les habrá agotado

cuando alcancen los 60 años; mientras que la Inteligencia Cristalizada ligada a la acumulación de la experiencia, aumenta con los años.

d) AUTOESTIMA

La conciencia del envejecimiento algunas veces hace perder la confianza que la persona tiene en sí misma, la persona se refugia en su pasado, tratará de reafirmarse con el pensamiento, pero no siempre tiene éxito, pueden venir a la mente momentos de fracasos, las limitaciones y la pesadumbre pueden resaltar con más fuerza que los logros positivos; es posible que desaparezca la confianza y la motivación necesarias para seguir adelante en la vida.

e) COMPORTAMIENTO

Algunas personas mayores contribuyen a su propio aislamiento al aburrir a las personas con historias que han sido contadas más de dos veces esta es una de las quejas más comunes de las personas que dicen que no les gusta estar con los ancianos (aunque estos no son los únicos que se caracterizan por ser repetitivos); este pasado es más significativo de lo que creen sus aburridos oyentes. Suele salirse del marco convencional del tiempo por lo menos temporalmente, tiende a cimentar y cristalizar los hábitos; su comportamiento parece automatizado, que requiere poco esfuerzo consciente, básicamente de rutinización para su realización y mantenimiento.

La regresión puede ir desde límites de conducta muy aceptables hasta otros nada aceptables por el resto de la sociedad o incluso llevarlos a una realidad psicótica, esta puede ser súbita o progresiva.

4.2 TRANSTORNOS POR ANSIEDAD

Se desencadenan a partir de modificaciones psicológicas y orgánicas, a las que están predispuestas más personalidades por factores genéticos o condicionadas por sucesos del mundo exterior y de gran impacto, no todos los ancianos los presentan y si las presentan, no todos reaccionan igual. Actualmente el DSM III los divide en:

- A. trastornos fóbicos
- B. estados de ansiedad

CUADRO CLINICO

Estados de temor irracional con vivencia catastrófica y cortejo neurovegetativo.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- Alteración del sueño
- Irritabilidad
- Inquietud locomotora
- Trastornos funcionales: alteraciones hepatodigestivas, miccionales
- Aparato respiratorio: disnea, tos, hipo, bostezos, crisis disfónicas o afónicas
- Aparato cardiovascular: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial
- Aparato digestivo: diarrea, náuseas, vómito, sequedad de boca
- Aparato genitourinario: tenesmo, poliuria, polaquiuria
- Sistema nervioso: parestesia, temblores

SINTOMAS PSÍQUICOS

- Sentimiento de quietud y perplejidad
- Vivencias terroríficas
- Sensación de peligro inminente.

DIAGNÓSTICO

Los cuadros agudos de crisis de pánico se ven en los hospitales (urgencias) se pueden asociar a un síndrome depresivo o de forma secundaria a la ingesta de alcohol o drogas. El diagnóstico diferencial se realiza con una insuficiencia cardiaca congestiva, infarto de miocardio, embolia pulmonar, anafilaxia, taquiarritmia, hipertiroidismo, epilepsia temporal, abuso de drogas, etc.

TRATAMIENTO

1. Terapias de relajación, psicoterapias (trastornos fóbicos) y,
2. Farmacológicas, principalmente con las benzodiacepinas (efecto ansiolítico miorelajante, sedativo y anticonvulsionante)

A. TRANSTORNOS FÓBICOS

Es una defensa ante la angustia, el miedo o la amenaza a su existencia. Los trastornos fóbicos se clasifican (DSM III) en:

- Agorafobia
- Fobia social
- Fobia simple

Las de origen neurótico se relacionan principalmente con el miedo a la calle, las caídas, los grupos de gentes desconocidas, las agresiones, robos, etc.; por lo que aíslan, cambian de conductas.

B. ESTADOS DE ANSIEDAD

La ansiedad se caracteriza por un estado de alerta similar a la producida por un peligro inminente para la integridad del individuo.

La ansiedad es otro elemento que impide que la mente funcione con claridad, cuando estamos tensos, asustados inseguros no tenemos control sobre nuestros pensamientos, no nos concentramos o cambiamos de tema, nos volvemos concretos o abstractos según nuestra propia personalidad. Podemos caminar con inquietud, hacerse y deshacer, estar agitados o podemos quedar paralizados por la ansiedad incapaces de proporcionar movilidad a nuestros pensamientos. *“La ansiedad puede hacer que las personas inteligentes parezcan estúpidas”*.

La ansiedad se puede deber al factor económico, a la inseguridad física y a la salud, se caracteriza por un estado de alerta similar a la producida por un peligro inminente para la integridad del individuo.

Se presenta en geriatría de forma secundaria a procesos orgánicos: la pérdida y el pesar son comunes en la vejez puesto que la muerte se lleva a sus seres queridos, otras pérdidas como de resistencia, de movilidad, de bienes, de trabajo, de capacidad de ser útil, etc. Y además, la tendencia a rechazar a los viejos y enfermos da lugar a una persona abandonada a su dolor.

Los estados de ansiedad se clasifican en:

- 1) Estados paranoides
- 2) Depresión neurótica leve
- 3) Obsesiones

1) Estados paranoides

Son trastornos consientes en delirios de persecución, pueden estar asociados a diferentes patologías psicológicas entre las que encontramos:

- Delirium
- Demencia
- Depresión
- Trastornos esquizoafectivos
- Reacciones paranoides transitorias
- Alcoholismo
- Trastornos de personalidad

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica minuciosa con hincapié en la valoración del deterioro mental.

Cuadro clínico

La parafrenia tardía o síndrome delirante tardío, es el más característico en el anciano, suele presentarse en personalidades paranoides, caracterizadas por rasgos de rigidez, susceptibilidad y agresividad hacia el entorno; los síntomas se presentan en torno a sus alrededor (familiares, vecinos) las vivencias de persecución, robo o envenenamiento pueden traducirse en graves alteraciones de la convivencia.

Tratamiento

Principalmente es farmacológico, utilización de neurolépticos del tipo de las fenotiacinas, aunque son poco eficaces debido al rechazo del paciente.

2) Depresión neurótica leve

Es una reacción psicógena que genera soledad en el anciano, menosprecia su pérdida de poder y sus facultades, se repliega sobre sí mismo; puede presentar algunos de los siguientes síntomas:

- Estreñimiento
- Anorexia
- Insomnio
- Cefaleas
- Inseguridad
- Flatulencia abdominal
- Opresión precordial
- Aparición o aumento de temblores
- Sensación de prurito
- Incidencia o incremento de intranquilidad de piernas.

3) Obsesiones

Pueden observarse como rasgos neuróticos obsesivos preexistentes, manifestándose en las funciones sensoriales, motoras o de conciencia; pueden desaparecer en la senectud o bien, evolucionan a estados hipocondríacos.

Las obsesiones en la vejez son con frecuencia hipertrofias de antiguos hábitos o valores introducidos en etapas previas, las características de los trastornos históricos se manifiestan en las funciones sensoriales, motoras o de conciencia y desaparecen casi por completo en la senectud.

4.3 TRANSTORNOS AFECTIVOS

Se clasifican en:

- 1) Manía
- 2) Angustia
- 3) Depresión
- 4) Hipocondría
- 5) Frustración

1) Manía

Son poco frecuentes en la vejez. Los signos son: euforia, hiperactividad, aceleración del curso del pensamiento, dificultad en la concentración e ideas de grandiosidad, con actitudes sociales inadecuadas; puede estar modificado hacia estados paranoides con tendencia a la irritabilidad y agresividad.

2) Angustia

La angustia como una respuesta existencial importante en el individuo senescente, no ha sido valorada suficientemente, sobre todo ante el espectro del suicidio, pocas veces entendido.

La angustia se produce en el viejo frente al decaimiento de sus propias capacidades, esta situación lo puede llevar a pulsiones destructoras que lo conduzcan al suicidio o a otra agresión; el temor y el miedo presiden su vida y como consecuencia vive en situaciones de angustia permanente. Puede generar neurosis violentas, agresivas, de dependencia, de independencia, de ternura o de sensiblería. Se debe averiguar la forma y la medida en que se presenta la angustia,

ya que en ninguna época como en la vejez, debe aclararse la experiencia angustiante hacia la propia vida o hacia la muerte. Hay que proporcionar como médico, apoyo, comprensión, de ser posible estímulo y aceptar una relación que no siempre es fácil con nuestro paciente viejo y angustiado.

El tratamiento basado en el uso de psicofármacos debe ser moderado y seleccionando los menos tóxicos, sin olvidar que los derivados diazepínicos frecuentemente causan confusión mental; se sugieren la Buspirona (Buspar) en bajas dosis, Alprazolam (Halción) así como el apoyo psicológico.

3) Depresión

En el desarrollo normal del proceso del en la vejez y como consecuencia de ello, la persona de la tercera edad va progresivamente o súbitamente hacia una depresión. El hombre de la tercera edad es retirado de los objetos que le gratificaban o simplemente los abandona él por incapacidad o impotencia, en términos psicoanalíticos aparecen la inexpressividad, el aislamiento y el aletargamiento. La depresión de la persona en la tercera edad está en función del sustrato de la personalidad; una persona maniaco-depresiva hará una depresión más profunda que una persona neurótica. La depresión se aplica a ciertos desordenes de la actividad que se presentan aislados o acompañado a otros estados patológicos. La enfermedad es unipolar.

La patología más frecuente en el anciano, se presenta de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, la ingesta de fármacos puede ser causantes de estados depresivos que son yatrogénicos, el 25% de los ancianos padecen cuadros depresivos graves y un 13% depresiones ligeras.

La depresión se clasifica de múltiples formas, se habla de depresiones neuróticas o psicóticas, endógenas o exógenas, psicógenas o somatógenas,

primarias o secundarias; el DSM III las clasifica de acuerdo a su intensidad y duración de la sintomatología.

En el cuadro clínico los signos y síntomas de la depresión aparecen en forma episódica o recurrente, abarcando las esferas psíquicas, somáticas y conductuales. Manifestaciones hipocondríacas o cefaleas, hipertensión, llanto, autodesprecio, ideas suicidas, sentimiento de inferioridad, ansiedad, angustia. Humor triste, pérdida de interés por las cosas con dificultad para experimentar placer, trastornos del sueño, con dificultades para conciliarlo y despertar precoz, trastornos del apetito con anorexia y pérdida de peso, disminución de la capacidad de aprendizaje, trastornos de la motricidad con inhibición y bloqueo o inquietud y excitación, trastornos de la atención y concentración que limita la actividad cotidiana del sujeto. Los pacientes tienden con frecuencia al agotamiento orgánico, por pérdida del apetito y rechazo de alimentos, con toda un serie de trastornos somáticos, desde la sensación de peso epigástrico, estreñimiento y vértigos, hasta la de cabeza pesada.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, principalmente en los antecedentes familiares o personales de tipo depresivo y pérdida de familiares, exploración física somática; detectar el riesgo de suicidio (ya que existe un gran porcentaje en esta edad). Entre los factores de riesgo encontramos la soledad y el aislamiento, pérdida de familiares, antecedentes depresivos con intentos previos de suicidio.

El tratamiento es integral en el paciente senescente. La severidad de la depresión será factor importante para la administración medicamentosa, así como la presencia de ansiedad. A partir de los 65 años deben manejarse con prudencia y habilidad e individualmente los fármacos (antidepresivos: dosis, interacciones medicamentosas, efectos secundarios), entre los medicamentos tenemos: Maprotilina (Lidiomil), Trazodona (Sideril), Amoxapina (Demelox);

psicoterapias individuales y grupales, terapias corporales y psicomotrices, terapias familiares y actividades socioterapéuticas. La terapia electroconvulsiva (TEC) tiene mala fama, pero puede salvar la vida de ancianos deprimidos que no responden a antidepresivos; es tolerada aunque a veces provoca confusión y deterioro de la memoria.

4) Hipocondría

La hipocondría es la constante preocupación por el estado de salud de sí mismo, puede ser una personalidad neurótica de toda la vida o bien irse formando a lo largo del envejecimiento; se puede presentar en ancianos inseguros, en estados de narcisismo y en individuos por arriba de los 65 años. Uno de cada tres viejos presenta este problema.

Los factores como personalidad previa, ambiente familiar y social búsqueda de ganancias secundarias, resistencia a los tratamientos médicos, reacciones de ajuste a la senectud como ansiedad o depresión, contribuyen en la estructuración de este problema.

Se consideran como neurosis latentes que se instalan en la senescencia. Las quejas hipocondríacas en el anciano en lugar de verbalizar su inconformidad, traslada sus argumentos hacia el protolenguaje, su lenguaje hipocondríaco va dirigido a la familia o a la sociedad, en menor grado hacia la atención médica.

Los hipocondríacos representan consciente o inconscientemente sus síntomas para manipular a sus cuidadores, no se sienten satisfechos de los diagnósticos médicos y se la pasan de médico en médico. Tratamiento: Se enfoca desde un punto de vista sintomático, ya sea utilizando ansiolíticos o antidepresivos.

La psicoterapia y el apoyo familiar pueden sobrellevar el caso aunque los ancianos nunca están conformes, suelen tener una larga historia médica con cambios facultativos frecuentes y de instituciones. Pueden asociarse en individuos de edad avanzada, siendo un factor de riesgo para el suicidio.

5) Frustración

Es el signo del anciano o de la persona de la tercera edad que se produce al no conseguir un objeto que se desea, a pesar de ello, el hombre de la tercera edad va perdiendo día a día objetos buenos que logró y que disfrutó de ellos; las pérdidas le van dejando cada día más menesteroso, menos útil, seguro, servible, con menos vida y vivencia; por lo que el anciano se enfrenta a una nueva forma de vida que tiene los siguientes signos:

- Pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes.
- Estado de frustración con altos y bajos.
- Estados de temor a su futuro y a su involución biológica.
- La aparición o reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas.
- Disminución de sus relaciones sociales, reduciendo el círculo de su comunicación y de su actividad.
- La actitud de rechazo de la sociedad y la familia hacia el anciano por ser problemático.

4.4 TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Son patrones alterados de conducta caracterizados por reacciones relativamente fijas e inflexibles a las situaciones de tensión, las conductas son rígidas y estilizadas; el hombre trata a otras personas y sus acontecimientos sin importar las

realidades que existan, muestran poca ansiedad o síntomas mentales o emocionales y piensan que sus patrones de conducta son normales y justos. Este tipo de trastornos tienen importancia médica y psiquiátrica porque:

- 1.- Su externalización de conflictos internos suelen originar choques con otros, incluso entre médico y paciente.
- 2.- Tienen un alto riesgo de acostumbrarse al alcohol o drogas, comportarse en forma autodestructiva y chocar con la sociedad y sus costumbres.
- 3.- Son susceptibles de abatirse cuando se exponen a situaciones de alarma.

4.4.1 DIAGNÓSTICO

Se basa en reconocer los patrones típicos de la conducta y la evidente incapacidad del paciente para aprender de la experiencia.

4.4.2 PATRONES TÍPICOS DE LA CONDUCTA

- A) Disociación (negación neurótica): Produce modificación temporal pero drástica de la personalidad de un individuo o su sentido de identidad personal; puede incluir fugas, reacciones de conversión histérico, negación a corto plazo de la responsabilidad de los actos o sentimientos de la persona.
- B) Proyección: Permite que una persona atribuya sus sentimientos no reconocidos a otros, causa perjuicio, sospechas paranoides.
- C) Fantasía esquizoide: tendencia a utilizar relaciones imaginarias y sistemas privados de creencia con el propósito de resolver conflictos y aliviar la soledad.
- D) Hipocondría: Transforma el reproche hacia otros en molestias somáticas constantes, el sufrimiento del paciente es exagerado, se resiste a la tranquilización y el tratamiento lógico y el médico se siente inútil y agraviado.
- E) Tornarse contra sí mismo: Permite que la agresión hacia otros se exprese de manera directa e ineficaz a través de la pasividad, incluye fracasos y enfermedades que afectan a otros más que a la persona.
- F) Acting out (expresión

franca de emociones inconscientes): Es la expresión de la conducta directa, a menudo impersonal de un deseo o impulso inconsciente para evitar tomar conciencia del afecto.

4.4.3 GRUPOS DIAGNÓSTICOS

La DSM III de la American Psychiatric Association, clasifica a las personalidades en:

1.- Personas histéricas (histriónicas) son egocéntricas, es importante la estimación y admiración de otros, tienen inmadurez emocional; se observa con mayor frecuencia en mujeres. Las irregularidades de la conducta surgen porque esta personalidad puede adoptar cualquier patrón de conducta que la coloque en situaciones favorables o que refuerce su autoestima. Las crisis que pudieran surgir, se asemejan con una conducta de manipulación que puede incluir amenazas de suicidio y explotación astuta de las susceptibilidades emocionales de los demás.

2.- Antisociales (antes denominados psicopátas, sociopáticas): Exteriorizan en forma característica sus conflictos y se mofan de las reglas normales del orden social, son impulsivos, irresponsables, anormales, incapaces de renunciar a una recompensa inmediata. No pueden formar relaciones de afecto con otros, la oposición puede despertar en ellos hostilidad, agresión o violencia extrema, el fracaso y el castigo rara vez modifican su conducta o mejoran su juicio y previsión; se acompaña con frecuencia de antecedentes de alcoholismo, toxicomanía, desviación sexual, fracaso laboral o encarcelamiento: Es más frecuente en varones.

3.- Paranoides: Se caracteriza por que proyectan sus hostilidades y conflictos hacia otros, son sensibles a las relaciones interpersonales; su conducta puede estar planeada para demostrar su suficiencia, su sentimiento de valía se exagera y se acompaña de desprecio de los demás. Pueden ser envidiosos e inflexibles, se pueden desarrollar en

quienes se sienten inferiores y en los que tienen trastornos sensoriales (sordera crónica) principalmente.

4.- Obsesivo-compulsivas: Son conscientes y tienen grandes aspiraciones, tienden a ser perfeccionistas y con frecuencia son incapaces de obtener una satisfacción adecuada de sus logros, son confiables, seguras, ordenadas y metódicas pero no son flexibles a modificaciones, son precavidos y sopesan todos los aspectos de un problema, es difícil que tomen decisiones. Pueden tener estados de ansiedad, olvidar los propósitos principales de sus tareas, con frecuencia tienen una sensación de aislamiento y dificultades en sus relaciones interpersonales.

5.- Ciclotímicas: En cuanto al ánimo entre los estados de intensa animación alta y los de tristeza y pesimismo, cada uno persiste semanas o en respuesta a acontecimientos sin importancia. El estado de ánimo está dado por el júbilo, la energía, la alegría y el optimismo y las fases depresivas son cortas y pasan inadvertidas.

6.- Esquizoides: son introvertidas y aisladas, solitarias, emocionalmente frías y distantes, están absorbidas en sus propios sentimientos y pensamientos, temen el acercamiento y la intimidad con otros; son reticentes, dadas a soñar.

7.- Pasivo-agresivas: Son dependientes, persistentes, lentos y la aparente pasividad tiene como fin lograr la atención y el efecto, evitar responsabilidades o controlar o castigar a otros de manera encubierta. Se caracteriza por obstinación, ineficacia y mal humor; son provocadores y discutidores, en especial con quienes tienen la autoridad, esta conducta les sirve para negar u ocultar sus necesidades de dependencia, su conducta es de mala adaptación porque impide que el individuo reciba apoyo.

8.- Dependientes: Ceden a otros su responsabilidad en las cuestiones importantes de su vida, carecen de seguridad en ellos mismos y sienten una gran molestia cuando están solos por períodos poco prolongados.

9.- Limitrofes: Son inestables en las relaciones interpersonales, la conducta, el ánimo y la imagen personal, son comunes las experiencias de delirios y alucinaciones breves, el proceso formal del pensamiento está más alterado y la agresión se torna con mayor frecuencia contra ellos mismos; se observa con frecuencia en la práctica médica de primer contacto, donde tienden a presentarse con molestias somáticas vagas, son muy frustrantes para sus médicos.

10.- Huidizas o elusivas: Son hipersensibles al rechazo, temen iniciar relaciones inseguras, tienen gran deseo de afecto y aceptación.

11.- Esquizotípicas: muestran rarezas del pensamiento, percepción, comunicación y conducta que surgieren esquizofrenia; pueden expresarse como pensamientos mágicos, ideas de referencia, ideación paranoide.

12.- Narcisistas: Tienen un sentimiento exagerado de importancia personal, son absorbidas por fantasías de éxito ilimitado y buscan constantemente la atención con exhibicionismo, muestran gran sensibilidad al fracaso, se quejan de múltiples síntomas somáticos.

4.4.4. TRATAMIENTO

Es la motivación para la terapéutica de otras personas que no estén afectadas. La ansiedad y la depresión de los trastornos de la personalidad rara vez son abolidos a largo plazo con la farmacoterapia, la toxicomanía y los intentos de suicidio son complicaciones bastante comunes.

4.5 PATOLOGÍAS SOCIALES

Su aparición depende de la adecuada adaptación de los sujetos a los distintos cambios que a lo largo de la vida le suceden, son motivos de crisis en el ser humano. Las patologías sociales pueden ser:

- 1) Soledad
- 2) Separatividad
- 3) Aislamiento
- 4) Alucinaciones
- 5) Suicidio

1) Soledad

Se presenta más en edades avanzadas con diversas manifestaciones, es la más grave y frecuente del sexo masculino (19.3%). Puede ser provocada por la muerte del cónyuge, amigos y familiares y por enfermedades, pérdida de la capacidad económica, diversos cambios de domicilio y todo lo que contribuya a la disminución de la autoestima.

Se caracteriza por la regresión del paciente a etapas anteriores, descontrol progresivo de sus mecanismos de defensa, se encierra cada vez más en sí mismo, va aislándose del mundo que lo rodea sin intentar acercarse a quienes lo rodean. Tienen regresiones internas y angustia que no muestran, es para él una y otra vez.

El paciente de la tercera edad, busca luchar contra la soledad y para ello, busca nuevas actividades que hagan sentirse útil con ellos mismos y con los demás; otros más, dejan correr la fantasía y forman sueños diurnos en los que se recrean y les lleva a veces a cometer actos nada lógicos y menos aún normales. Al tener la regresión, el anciano tiene placer y no realidad, busca el máximo de gratificación que no llega por

la actividad consciente. La soledad es la racionalización consecuente y posterior de la vivencia de separatividad.

2) Separatividad (Angustia de separación)

Es una protovivencia que tiene su origen en el nacimiento y que por extensión asociativa se revive en aquellas situaciones que implican desvinculación; es la base de la identidad diferenciadora del ser humano en lo que le es original y propio. La búsqueda de ubicación actuará como el intento normal compensador de la vivencia de escisión la cual es el significado último de separatividad como individualización que se produce como un símbolo en el acto de nacer.

3) Aislamiento

La pérdida de personas significativas de la vida del sujeto, determinando viudez o soledad, afectará en mayor medida según el grado de identificación y dependencia del individuo, con su cónyuge o con sus amistades ya fallecidas. El sentimiento de inutilidad del anciano, con la afectación de la autoestima, contribuye al aislamiento; así como una frustración de su existencia.

4) Alucinaciones

Son comunes en la vejez, tienen significado incierto, algunas causas son:

- Patología ocular
- Abandono
- Depresión
- Síndrome cerebral agudo
- Demencias

Pero en ocasiones no se presenta ninguna.

5) Suicidio

Se presenta sobre todo en ancianos solos, los que han perdido su posición social y económica con importante invalidez física, es un determinante de la decisión trágica la extrema sensibilidad psíquica. Es mayor la frecuencia en el sexo masculino y se concede un 4% de éstos a individuos mayores de 65 años, aparecen en las clases de un nivel socioeconómico más bajo y especialmente en las zonas urbanas.

La situación del suicida viejo es tal, que este no concede mayor importancia a la recuperación de simpatía y calor humano que suele brotar ante la tentativa de suicidio.

4.6 DEMENCIAS

Actualmente se define como un síndrome caracterizado por la pérdida de habilidades intelectuales grave, interfiriendo en el funcionamiento ocupacional o social, acompañada de pérdida de memoria sin variación del estado de conciencia, de trastornos emocionales o de personalidad, trastornos cognitivos. La frecuencia se presenta en un 5% en las personas mayores de 65 años, aumentando hasta un 20% a partir de los 80. Las demencias suelen comenzar de forma insidiosa y dependiendo del momento de evolución se agrupan en:

- 1) Demencia leve
- 2) Demencia moderada
- 3) Demencia grave

1) Demencia leve

El síntoma inicial es el trastorno de la memoria reciente, de forma episódica, acompañada de fallos de orientación, sufriendo en ocasiones “ despistes”, pueden

aparecer trastornos fásicos del tipo de afasia nominativa con dificultad para nombrar partes de objetos así como signos de apraxia constructiva gráfica y dificultades en el reconocimiento visual de imágenes mezcladas. Son frecuentes los trastornos afectivos, con tendencia a la depresión y la labilidad emocional, ocasionalmente irritabilidad y cambios de carácter.

2) Demencia moderada

La amnesia es global con desorientación temporo-espacial habitual, acompañada de defectos agnósicos y apráxicos y del lenguaje, existe una tendencia al retraimiento y a la indiferencia afectiva, aunque también aparecen cuadros psicóticos paranoides con alucinaciones y delirios persecutorios.

3) Demencia grave

Resulta difícil comunicarse con el paciente, presenta un gran deterioro intelectual, dolores incontinencias, trastornos de la alimentación con crisis de bulimia o anorexia y en ocasiones dificultades en la deglución y masticación por afecciones práxicas; la marcha y el equilibrio pueden estar afectados, reduciendo al paciente o a la invalidez y a la vida vegetativa.

4.6.1 ETIOLOGÍA

Enfermedades metabólicas y carenciales, hipoglucemia, enfermedades hipo o hipersecreción corticosteroideas, pelagra, déficit de vitamina B12 y ácido fólico, encefalopatía hepática, uremia, enfermedades vasculares inflamatorias, intoxicación crónica por fármacos y metales, enfermedades infecciosas (meningitis crónica, neurosífilis), etc.

4.6.2 DIAGNÓSTICO

Se basa en la historia clínica, en la exploración de las funciones mentales y en estudios de laboratorio (analítica general: plaquetas, proteínas, vitaminas, glucemia, colesterol, ECG, radiografía de tórax y cráneo, determinación de tóxicos, etc.)

4.6.3 TRATAMIENTO

Dependerá de la etiología de la afección, son sintomáticos para evitar alteraciones psiquiátricas que se producen con frecuencia.

4.7 DEMENCIAS DEGENERATIVAS

También se le conoce como enfermedad de Alzheimer.

Es una degeneración del cerebro que destruye inevitablemente ciertas neuronas cerebrales, provoca la destrucción del 40% de la materia gris del cerebro, convirtiendo a los afectados en personas incapaces de desenvolverse por si mismas; la padecen el 7% de las personas de 70 años de edad y el 50% de las de más de 90 años; es hereditaria en el 10% de los casos y en el resto se manifiesta de forma esporádica.

4.8 DEMENCIA PRESENIL

Fue descrita por Arnold Pick en 1882 por lo que también la llaman enfermedad de Pick; es la atrofia de lóbulos frontales y temporales o atrofia cerebral circunscrita. Aparecen desde los 40 a los 50 años, su origen es desconocido, sufren cambios degenerativos y atróficos del cerebro por la desintegración profunda y sistemática de la personalidad, presentan una reducción intelectual y de trabajo. Su frecuencia se acentúa en las mujeres y la herencia recesiva es importante.

La sintomatología esta condicionada por los sitios de la lesión, se inicia con cambios de la personalidad , la disminución de la memoria, confusión y desorientación a la que le siguen trastornos del lenguaje; la persona desarrolla un cuadro psicótico orgánico que puede ser del tipo apático, más taciturno, inmóvil y sin iniciativa o bien de hiperactividad desordenada, complicándose y llevando a estados de agnosia y a la apraxia.

La demencia presenil de Alzheimer aparece entre los 60 a 65 años de edad, con frecuencia en el sexo femenino; cursa con trastornos amnésicos e instrumentales hacia un grave deterioro.

4.9 DEMENCIA SENIL

Es una encefalopatía generativa atrófica o un síndrome cerebral crónico o desequilibrio cerebral crónico. Se trata de un deterioro lento intelectual progresivo asociado con la vejez (70 años), el rasgo más notable es la atrofia extendida, es decir, la pérdida de células de la corteza cerebral, distinta de los efectos irregulares de la arteriosclerosis cerebral; el daño ocurre independientemente del cambio en los vasos sanguíneos. La causa es desconocida, los factores hereditarios probablemente intervienen de alguna manera, pero algunos investigadores creen que la personalidad y el ambiente también contribuyen. Se expresa en forma de un deterioro constante y gradual, el desorden mental severo o psicosis relacionado con la arteriosclerosis cerebral, muestra un rumbo menos predecible. Es más común en la mujer.

4.9.1 CUADRO CLÍNICO

El paciente pierde interés, tienen menos respuestas y pierde el sentido de emoción, es menos enérgico; empeora la memoria. En las primeras fases el paciente sufre depresiones, tiene ideas paranoicas transitorias y miedos morbosos, siente

culpas imaginarias; en fases finales pueden no reconocer a los familiares, pierden el control.

4.9.2 TRASTORNOS SOMÁTICOS

Temblores, trastornos de la marcha, alteraciones del lenguaje

4.9.3 FORMAS CLÍNICAS

- Con deterioro simple: debilidad mental lenta y progresiva, desorientación temporal y espacial completa.
- – Distímica (rara): síntomas maniacodepresivos, insomnio.
- – Confusional (requiere asistencia continua) –Paranoide: delirios de grandeza, persecución y erótico.
- – Presbifrénica: desorientación temporal y espacial, confabulación, trastornos mentales ligeros y comportamiento jovial.

La evolución origina decaimiento progresivo, con apatía y alteraciones de la conducta cada vez más graves, periodos de intranquilidad y somnolencia hasta llegar a la caquexia con incontinencia, úlceras por decúbito y muerte por complicaciones cardiopulmonares.

4.9.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causas tóxicas, exógenas, tumores cerebrales infiltrantes de evolución lenta y hematomas subdurales.

4.9.5 TRATAMIENTO

Evitar el estrés psicológico, estimular el interés por pasatiempos, actividades sociales, culturales y prácticas en un ambiente de asistencia sociopsicológica; el tratamiento de la enfermedad clínica es sintomática, sobre todo el insomnio, la inquietud, la tensión, la depresión, etc.

4.10 DEMENCIA SENIL DEGENERATIVA

La atrofia cerebral no es generalizada, sino frontal, temporal o parietal y no denota placas seniles. Cuadro clínico: es demencial, (falta de inhibición y mala conducta, que recuerda la parálisis general) con agnosia, apraxias, afasia y existencia vegetativa.

4.11 DEMENCIAS VASCULARES

Son denominados multiinfartos (DMIO) por ser infartos microscópicos múltiples los causantes del deterioro, su frecuencia es del 20%, es más común en hombres.

4.12 DEMENCIA ARTERIOSCLERÓTICA

Hay debilidad mental presenil y se relaciona con lesiones arterioscleróticas de los vasos cerebrales con signos de encefalopatía.

4.12.1 ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Arteriosclerosis de los vasos cerebrales y áreas de reblandecimiento inquémico o hemorrágico.

4.12.2 PERÍODO PRODRÓMICO

Se prolonga por meses o años, hay cefalea, vértigos, astenia psicofísica, disminución de la memoria y capacidad de concentración, irritabilidad, labilidad afectiva.

4.12.3 SÍNTOMAS CLÍNICOS

Disminución de la memoria, atención y asociación de ideas, incontinencia emotiva, depresión, crítica a veces conservada, afasia, crisis epilépticas y síndrome pseudobulbar (hipertonía, trastornos de la fonación o deglución, con las típicas manifestaciones de la risa y llanto espásticos por focos múltiples de reblandecimiento cortical y subcortical.

La evolución es variada, unos pacientes mueren con rapidez y en otros progresa con lentitud sin remisiones durante años.

4.13 DELIRIUM

Definido por el DSM III como un cuadro clínico de etiología generalmente orgánica en el que se encuentran alterados el nivel y contenido de la conciencia, con dificultad para mantener la atención; el inicio suele ser brusco y de evolución fluctuante con un período no superior a los tres meses. Es un estado confusional agudo, el 50% de estos trastornos sobrevienen en personas mentalmente bien conservadas, aparecen bruscamente y evolucionan en varios días o semanas.

4.13.1 ETIOLOGÍA

Enfermedades cardiovasculares, procesos metabólicos, neoplasias, infecciones, traumatismos, afectación del SNC, agentes farmacológicos potencialmente yatrogénicos.

4.13.2 CUADRO CLÍNICO

Aparece bruscamente, puede tener antecedentes de ansiedad y perplejidad pasando por obnubilación de la conciencia; suele haber desorientación temporo-espacial con incapacidad para fijar la atención y concentrarse. Son frecuentes las oscilaciones de la sintomatología a lo largo del día, empeorando por la noche el nivel de agitación y confusión, es variable este cuadro; puede ir desde horas hasta meses.

4.13.3 DIAGNOSTICO

Es clínico.

4.13.4 TRATAMIENTO

Se basa en el cuadro subyacente, se retiran todos los fármacos, sedación si la agitación psicomotriz lo exige (neurólepticos " Tioridazina ", Haloperidol por vía oral) no son recomendables las benzodiazepinas porque pueden aumentar el estado de confusión. Se recomienda mantener al paciente aislado, evitando visitas y que el personal sea siempre el mismo.

4.14 PSICOSIS

En las psicosis hay diferencia por el nombre que dan autores americanos y europeos a las alteraciones caracterizadas por un síndrome delirante paranoide en el anciano. Para unos, es trastorno esquizofrénico, para otros parafrenia senil. El diagnóstico se facilita al considerar que el trastorno esquizofrénico es previo o también que los síntomas en relación a las alteraciones del pensamiento, los afectos, las alucinaciones, los delirios paranoides, el pobre contacto con la realidad, etc. El tratamiento es farmacológico, manejado con prudencia.

Los tipos de psicosis son:

- Involutiva: se observan en varones de 60 años y mujeres de 50, puede considerarse como reacción a las frustraciones que en esta edad se presentan por las condiciones fisiológicas y ambientales que cambian.
- Orgánicas: Existe una alteración fisiológica: traumatismos craneoencefálicos, infecciones, neoplasias, procesos degenerativos propios de la senilidad; hay defectos de la memoria, de la orientación y el juicio.
- Seniles: Se presentan entre los 60 y 80 años, en personas con trabajo intelectual intenso en edades anteriores, pueden presentarse tardíamente o no aparecer; cuando se presentan hay pérdida progresiva de la memoria, tendencias paranoides o depresivas, el paciente se vuelve exigente o irritable, busca su conveniencia y comodidad.
- Arteriosclerótica: Es el resultado de la arteriosclerosis cerebral, empieza en la vejez más avanzada y puede ser grave o de corta duración, puede ser el resultado de fases isquémicas o síndromes apopléticos del tipo de ataque; produce destrucción más rápida y progresiva. Los signos evidentes son el fallo de la memoria como trastorno emocional y una mente delirante.
- Afectiva: Parece iniciarse con un cambio adverso en la vida del individuo (retirarse del trabajo, enfermedad física), se diagnostica una reacción

depresiva si el trastorno emocional parece no estar en proporción con la situación de esfuerzo actual o cuando el trastorno no desaparece a medida que mejoran las circunstancias del paciente. Las personas de edad deprimidas pueden empeorar en un corto período de unas cuantas semanas, se sienten progresivamente inquietos, angustiados e incapaces de dormir bien, a causa de sus ilusiones, las personas gravemente deprimidas pueden intentar suicidarse. El paciente puede presentar un historial de dolores de cabeza y pérdidas momentáneas de la memoria que la deterioran, fallos de concentración y una creciente pérdida de capacidad ante situaciones de control; destruye los rasgos más complejos y penetrantes de la personalidad, aunque sus juicios basados en la experiencia pueden permanecer relativamente intactos.

- Esquizofrénicas (forma parafrénica): Aparecen en las edades presenil o senil, se caracteriza por una disociación entre el individuo y el ambiente, disgregación de la personalidad y debilitamiento afectivo estados catatónicos y estados de perturbación.
- Parafrenia: Se caracteriza por un síndrome delirante de tipo paranoico, son frecuentes los casos de esquizofrenia crónica que llegan a la vejez constituyendo éstos una importante población en los asilos, los que reciben tratamiento farmacológico indiscriminadamente. Prevalecen las ideas delirantes y las ilusiones amnésicas.

El principal síntoma es el delirio de persecución, el paciente puede parecer pendenciero, celoso, arrogante y con falta de emoción y afecto hacia los demás. Comienza después de los 60 años de edad, las mujeres son más propensas que los hombres.

Los delirios paranoicos a menudo van unidos a alucinaciones, la conducta de la persona se hace socialmente inaceptable a causa de sus acusaciones, hostilidad y extrañeza.

4.15 NEUROSIS

Son trastornos en los cuales se presentan síntomas neuróticos específicos, no suelen caracterizarse por alteraciones de la función mental y trastornos graves del razonamiento. Existen distintos tipos de neurosis:

- Neurosis fóbica

Son frecuentes en los ancianos, existe un temor irracional ante una situación u objeto específico: claustrofobia: temor a los espacios cerrados, agorafobia: a los espacios abiertos, acrofobia: miedo a las alturas y la misofobia: miedo al polvo y la suciedad. Miedo a la calle, tiendas o caídas y el temor a la multitud que lo conducen a renunciar a toda actividad.

- Neurosis convertiva o conversión histérica

La angustia producida por el conflicto es convertida en síntomas: sordera cieguera, temblores, convulsiones, etc.

- Neurosis obsesivo-compulsiva

Representan con frecuencia la continuación y el aumento en la edad avanzada de un conflicto psíquico preexistente. Hay ideas persistentes en la conciencia contra la voluntad del sujeto y compulsión, como impulso irracional de repetir la acción.

- Neurosis de ansiedad

Son frecuentes en los ancianos, hay disnea, vértigos, trastornos cardíacos y fenómenos neurovegetativos.

- Neurosis de carácter

Pertencen a los trastornos de conducta que causan alteraciones de la personalidad y pérdida de intereses e iniciativas; se observan reacciones histéricas con tendencia a la somatización y las típicas desviaciones del comportamiento psíquico y social, la inseguridad y la conducta defensiva se incrementan.

- Neurosis institucional

Es yatrógeno, por lo tanto puede prevenirse, la llaman úlcera por decúbito mental.

- Neurosis histérica

Trastorno neurótico caracterizado por una amplia variedad de síntomas somáticos y mentales por disociación, ocurre más en mujeres.

- Neurosis hipocondríaca

Se caracteriza por preocupación acerca de funciones corporales y temor patológico a estar sufriendo una enfermedad grave. Se inicia a los 30 años en varones y 40 en mujeres.

En los ancianos, las neurosis se relacionan a la depresión manifestada por desinterés, pasividad y abandono, acompañada del apetito, del sueño y de la capacidad de trabajo (depresión neurótica).

CAPÍTULO V RECOMENDACIONES ODONTOLÓGICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES SENECTOS

El interés de la gerontopsiquiatría actualmente esta encaminada al estudio de las formas de compensación de edad avanzada frente a los cambios biológicos y sociales, a la detección precoz de los estados deficitarios y a los trastornos neuróticos.

En el futuro la medicina y la odontología preventiva podrán minimizar la deterioración física y psicológica que aparecen en las últimas épocas de la vida.

5.1. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL ANCIANO

En esta edad los trastornos mentales son degenerativos e involutivos, a las situaciones orgánicas se asocian la soledad, el abandono familiar, etc. La prevención se basa en:

- actividades físicas, recreativas y culturales

- terapia ocupacional
- prevenir desligarse de la familia
- atención necesaria recibida como la que brinda el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)

En cuanto a las enfermedades mentales:

- dirigirse a la familia, en cuanto a trato, cariño, comprensión, tolerancia.

5.2. CAMBIOS EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA BRINDAR UN BUEN SERVICIO A PACIENTES DE LA TERCERA EDAD.

El acceso a servicios médicos del anciano en una comunidad requiere instalaciones de fácil acceso y que se encuentren ubicados en un entorno que ofrezca seguridad; el número de personas de 80 años y más será mayor del 60% alrededor del año 2000, este grupo utiliza en su mayoría bastones o sillas de ruedas y requieren de atención odontológica, así es que hay que realizar ciertas modificaciones en el consultorio para brindar la atención a estos pacientes; hay que evitar riesgos en el consultorio.

Hay que brindarles una bienvenida calurosa ya que desde que entra al consultorio percibirá el trato que se les da, son personas muy susceptibles, la revisión y modificación cuidadosa del planteamiento y diseño del consultorio, proveen al paciente un medio seguro y agradable que fomenta la continua independencia funcional para el anciano en un ambiente comunitario.

5.2.1. EXTERIORES DEL CONSULTORIO DENTAL

Los exteriores son muy importantes para la atención de pacientes de la tercera edad, ya que desde aquí empieza el análisis que realiza el paciente con respecto a la

atención que se le va a brindar, evitando así emociones psicológicas preexistentes con respecto al cirujano dentista.

Dentro de estos se encuentran las instalaciones como son el estacionamiento, los pasillos y las escaleras: estos deben de ser modificados con espacios para personas discapacitadas, debe de estar cerca la puerta principal y grande (como para la silla de ruedas); los anchos deben de ser de preferencia sin escaleras y en caso de que las hubiera, emplear rampas o elevadores especiales siendo seguras al 100%, contar con barandales con mango firme para ambos lados de la escalera.

5.2.2. INTERIORES DEL CONSULTORIO DENTAL

Dentro de estos interiores encontramos:

- Sala de espera
- Cubículo
- Sanitarios

Los espacios deben de ser cómodos y agradables para los pacientes, así como el mobiliario y la decoración apropiada para este tipo de pacientes, debe de existir espacio para que las personas puedan andar sin dificultad (en el caso de incapacidad); hay que cuidar que la iluminación sea suficiente ya que los ancianos tienen problemas en la vista, los asientos deben de ser cómodos, alfombras gruesas de colores neutros ya que se sienten extraños e inseguros y adoptan conductas agresivas. Deben ser de fácil acceso los sanitarios sin emplear fuerzas, audífonos portátiles ayudan al dentista a comunicarse con los pacientes que tienen cambios auditivos vinculados con la edad.

Contar con revistas, periódicos, folletos sobre el cuidado de la salud y hojas informativas de letra grande y claras.

La seguridad es importante ya que en los pacientes de la tercera edad los accidentes pueden modificarles su vida como por ejemplo una caída que conlleva a una fractura: huesos delgados y frágiles, disminución en la marcha, disminución en los sistemas principales del anciano.

La atención de la salud bucal y la vigilancia odontológica son elementos importantes para conservar en la comunidad a la gente mayor.

El cuidado y la higiene de la boca son fundamentales, la primera fase de una correcta digestión es una buena masticación; aún cuando los problemas del sistema estomatognático del anciano son similares a los de otras edades pero son más frecuentes y de mayor trascendencia.

5.3. CUIDADOS DE PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS

Actualmente el interés de la psiquiatría geriátrica se encamina en la comprensión y el estudio de los mecanismos defensivos del anciano, utilizando en su proceso de adaptación a los cambios biológicos y sociales. Entre los cuidados que se deben brindar a pacientes de la tercera edad encontramos:

- Detección precoz de los estados deficitarios.
- Adecuar el ritmo de escucha del profesional al ritmo del paciente anciano, que suele ser más lento.
- Evitar confundir vejez con enfermedad.
- Escuchar siempre al paciente, no a los familiares o acompañantes.
- Diferenciar entidades psiquiátricas respecto a las orgánicas o sociales.
- Explicar al paciente el tratamiento que se efectuara dejándolo intervenir en nuestras conclusiones.

- Tener presentes nuestras propias dificultades y angustias frente al proceso del envejecimiento, para evitar actuar nuestros temores de forma inconsciente con los ancianos, con actitudes de evitación, sometimiento o agresividad encubierta.
- Mantener reuniones periódicas con el equipo interdisciplinario, para considerar todos los aspectos relativos a la comprensión de las actitudes del paciente y a las dificultades específicas del equipo en cada momento.

CONCLUSIONES

Durante muchos siglos, en muchas partes del mundo, la persona de edad avanzada era la encargada de transmitir la historia, los valores y la cultura, sin esta tradición, cada generación hubiera encontrado grandes obstáculos y hubiera intentado crear un mundo nuevo... Las personas de la tercera edad pueden hacer presente lo pasado, ayudándonos a valorar el lugar que ocupamos como miembros del antiguo peregrinar de la vida, es un ser humano auténtico, cuya existencia se extiende del pasado, al presente y al futuro.

La ancianidad constituye el marco adecuado para la maduración de la personalidad, cuando esta no se había realizado anteriormente; la ancianidad está muy socavada por factores ambientales, relacionados sobre todo con la lucha entre generaciones, que constituye la trama de la sociedad ante la longevidad.

Los ancianos tienen valor para ellos mismos y para nosotros, tienen logros reales, merecen respeto.

El envejecimiento es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando a lo largo de la vida y tenemos que evitar causarles problemas psicológicos ya que estos provienen principalmente de conflictos afectivos y frustraciones a lo largo de su vida.

Se deben descartar las políticas de segregación, que marginan al anciano de la sociedad, apartándolo de su medio ambiente habitual y que lo llevan a interactuar sólo con personas de su edad, separándolo de los jóvenes.

Los efectos de la edad abordan tanto la vida interna como la externa, pues son de naturaleza psicológico-social; el tipo de vejez que tendremos se organiza en función del pasado del individuo, cada cual lleva a la vejez características de su biología, de su psiquismo, de su cultura, de su salud, de su saber, de sus relaciones sociales, de sus mitos, etc., todos estos elementos favorecen a tener una vida más comfortable.

La conservación de la autoestima debe de estar presente el mayor tiempo posible para realizar trabajos útiles y prácticos y así la sociedad no los clasifique como "estorbos"; animémoslos, ayudémoslos, digámosles alegremente que hay que hacer un esfuerzo para alcanzar sus metas.

Los ancianos están sujetos a grandes cambios y presiones correspondientes a épocas anteriores de su vida, lo que predispone a sufrir, más que otros grupos, alteraciones o enfermedades físicas y mentales.

Las personas de la tercera edad que tienen voluntad propia, dominando los sentidos, sentimientos y facultades intelectuales, son dueños de su destino.

Al realizar una evaluación física, bucal o ambas en el anciano, debe ponerse atención a los signos normales del envejecimiento, estado funcional, capacidad mental, rango de movilidad, capacidad de entender y de cooperación; el odontólogo o médico, con base en factores psicológicos ayuda y enseña al paciente a ayudarse a sí mismo, con diferentes modelos de relación intenta satisfacer la demanda de atención en la enfermedad y en las situaciones que preceden y derivan de ella. Estos datos que obtenemos de la historia clínica y de la observación fomentan el alcance y la preservación de la salud.

Llegar a la tercera edad no implica estar edéntulo o con enfermedades bucales, muchos adultos mayores conservan su boca en excelentes condiciones debido a que cuidan su apariencia para una mejor integración social. No son cualquier paciente, son ancianos que atendemos sesión tras sesión; son individuos sensibles que merecen todo nuestro respeto, por lo tanto estamos obligados a brindarles una atención odontológica integral; hay que insistir en las revisiones periódicas por lo menos cada dos veces al año y esto lo obtendremos si les brindamos confianza, buen trato y explicándoles con claridad el motivo y las alternativas del tratamiento.

En tratamientos odontológicos, los efectos de la psicología de pacientes senectos, no deben de ser omitidos por el odontólogo, ya que al conocer al paciente, las sesiones son menos estresantes, difíciles e incluso pueden llegar a ser interesantes, exitosas y por que no, hasta dinámicas si se emplea material didáctico para lograr que los ancianos se interesen y motiven en el cuidado de su boca. Pueden ser valiosos aliados para prevenir enfermedades bucales a futuras generaciones.

El odontólogo que demuestra interés y toma en cuenta los trastornos psicológicos que afectan a algunos individuos senectos, cuenta con bases para poder comunicarse con este tipo de pacientes y tiene una mayor probabilidad de contar con un tratamiento exitoso.

El Cirujano Dentista, debe de estar preparado para tratar con adultos mayores, afortunadamente contamos con cursos y diplomados en Odontogeriatría donde se explora este campo aún complejo debido al desinterés que demuestra la comunidad odontológica.

El manejo psicogeriátrico del anciano es multidisciplinario y requiere de personal entrenado, por lo que hay que implementar los estudios en el país; el trabajo psicológico con los ancianos, depende de la multiplicidad de factores que pueden influir en el proceso de deterioro mental de los mismos. Estos factores intervienen en el proceso físico del envejecimiento, la enfermedad, los cambios que les afectan de forma especial a los cuales deben adaptarse.

GLOSARIO

Abrasión: Desgaste por medios mecánicos o químicos de los tejidos duros del diente.

Achacosidad: Propensión a padecer achaques.

Achaques: Indisposición o enfermedad habitual leve.

Afasia: Pérdida de la facultad de la expresión hablada, a causa de una lesión de los centros cerebrales.

Agnosia: Conjunto de trastornos que producen diversas manifestaciones, los enfermos no reconocen el destino de las cosas que los rodean.

Anorexia: Pérdida del apetito por razones psíquicas.

Apraxia: Incapacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar que la comprensión y la función motora están intactas.

Astenia: Decaimiento considerable de fuerzas, su origen puede ser variable por lo general obedece a una causa nerviosa, se le confunde con la neurastenia.

Atrofia: Disminución del volumen y peso de un órgano por falta de nutrición.

Bulimia: Sensación patológica de hambre intensa y difícil de saciar.

Caquexia: Mal estado del organismo caracterizado por una alteración profunda en la nutrición, que produce un extremado adelgazamiento.

Chochez: Incapacidad por decrepitud, en el periodo final de la vida.

Disnea: Dificultad de respirar.

Geriatría: Parte de la medicina que trata de los trastornos y enfermedades de la edad avanzada o del organismo envejecido comprendiendo el conocimiento de la patología del anciano.

Gerocultura: Se ocupa del estudio de los ancianos, tratando de aplicar los medios idóneos para mantenerlos activos.

Gerontología: Estudio de la vejez, momento de reflexión secular de la humanidad sobre la ancianidad.

Geroprofilaxia: Estudia los mecanismos para evitar o retardar el envejecimiento

Homeostasis: Mantenimiento, equilibrio y conservación del medio interno.

Inteligencia: Conjunto de los actos y pensamientos de la vida, es una especie de potencial determinado en un principio por la genética y luego por el ambiente.

Labilidad: Inestabilidad química, frágil.

Libido: Inclinação al acto sexual.

Limítrofe: Se aplica a las provincias, naciones, etc., que confinan con otras.

Menesterozo: Falto, necesitado y que carece de una cosa o de muchas.

Narcisismo: Excitación sexual producida por la contemplación del propio cuerpo.

Obnubilación: Visión de los objetos como a través de una nube. Síntoma grave que a veces acompaña a las enfermedades nerviosas.

Patológico: Propio de la enfermedad, anormal, enfermizo.

Práxico: En oposición a teoría.

Resorción: Absorción de materias excretadas o de un humor natural o patológico en el seno de los tejidos.

Senectud: Capacidad de adaptación a cambios de la vejez normal.

Senilidad: Deterioro progresivo en el pensamiento y en el comportamiento, asociado con el daño irreversible del cerebro.

Tercera edad: Edad trágica en la que se encuentran unos y hacia la que caminamos todos, se consideran 75 años en las mujeres y 73 años en el hombre, teniendo una edad media de 70 años.

Vejez: Estado de una persona que por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- TRATADO ELEMENTAL DE HIGIENE. Aguilar Gilberto, Barrena Carlos y col. Cuarta edición. Editorial Porrúa. México 1958
- MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE. Gernez Rieux Cl. y Gervois M. Editorial Limusa. México, 1983
- EPIDEMIOLOGÍA DE LA VEJEZ. Hernán San Martín, Pastor Vicente. Editorial Interamericana. Madrid, 1990.
- ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA. Franks A.S.T. Editorial Labor. Barcelona, 1976
- CLÍNICAS DE NORTEAMERICA. Vol. 1 (Odontología Geriátrica) Editorial Interamericana. México, 1989.
- ESTOMATOLOGÍA GERIÁTRICA. Ozawa Deguchi José, Editorial Trillas. México, 1994.
- MANUAL DE GERIATRÍA. Salgado Alberto, Guillén Francisco, Editorial Salvat. Barcelona, 1990.
- SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. Alvarez Alva Rafael. Segunda edición, Editorial El Manual Moderno. México, 1998.

- ANCIANIDAD, FAMILIA E INSTITUCIÓN. García Pérez María del Carmen, Pérez Fiz Alberto, Editorial Amaru. España, 1994.
- GERONTOLOGÍA (Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer). Francesc-Xavier. Editorial Boixareu Universitaria. México, 1992
- GERIATRÍA. De Nicola. Editorial El Manual Moderno. México, 1985.
- PSICOLOGÍA DE LAS EDADES (del nacer al morir). Katz David. Editorial Morata. Madrid, 1985.
- LA PSICOLOGÍA Y TU VEJEZ (años de plenitud). Kastenbaum Robert. Editorial Harper&Row. México, 1980
- EL DADO DE LA VEJEZ Y SUS SEIS CARAS. Motlis Jaime. Editorial Altalena. Madrid, 1985.
- EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO. Mishara B.L. y Riedel R.G. Editorial Morata. Madrid, 1986.
- ENVEJECER JUNTAS. Drown Doress Paula y col. Editorial Paidós. Barcelona, 1993.
- PSICOPATOLOGÍA DEL ANCIANO. Ferrey G. Le Goves y col. Editorial Masson. Barcelona, 1994.
- TERCERA EDAD. Aguirre José Antonio y col. Editorial Karpos. Madrid.
- EL MANUAL MERCK (de diagnóstico y terapéutica). Editorial Interamericana. México, 1986.
- INTRODUCCIÓN A LA GERIATRÍA. Lozano Cardoso Arturo. Editorial Méndez. México, 1992.
- GERIATRÍA. Coni. Editorial El Manual Moderno. México, 1990.
- DICCIONARIO ODONTOLÓGICO. Durante Avellanal Ciro, Editorial Mundi, cuarta edición, Argentina 1982.
- EL ENVEJECIMIENTO Y SUS REPERCUSIONES ODONTOLÓGICAS. Robles, C., García, S. y col. Publicaciones odontológicas, Vol.17 No. 9 pág. 20-23.
- EL TRABAJO SOCIAL EN LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO. M.S.P. Casas Torres Graciela.

Revista de Trabajo Social, Año 2, No. 6-7, julio-diciembre, Vol. 2, 1994 pág. 62-70.

- ENVEJECIMIENTO Y CAVIDAD BUCAL. Pinzón Tofiño María Eugenia, Gaitán Cepeda Luis A. Publicaciones Odontológicas, Vol. 10 No. 3, pág. 33-35.
- DEPRESIÓN EN JUBILADOS NO ACTIVOS. Leyva González Félix y col. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx) Vol. 33, No. 1, 1995, pág. 51-54.
- SUICIDIO: FACTORES DE RIESGO. Jiménez Genchi Alejandro, Díaz Ceballos Moreno María de los Angeles. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, Vol. 41 No. 3, mayo-junio, 1998; pág. 104-106.
- PSIQUIÁTRIA CLÍNICA MODERNA. Lowrence C. Kolb, Editorial La Prensa Médica, México 1983.
- PSICOLOGÍA MÉDICA Y SOCIAL. Fernández Francisco Alonso, Editorial Salvat, Barcelona 1989.