



UNIVERSIDAD QUETZALCOATL

ASOCIACIÓN MEXICANA DE BIOÉTICA Y
DERECHOS HUMANOS
NETEMACHILIZPAN

DIPLOMADO DE TANATOLOGÍA

T E S I N A

**ENVEJECIMIENTO, TANATOLOGÍA
CASO CLÍNICO**

PRESENTA:

FLORENTINA LÓPEZ TORRES

MÉXICO, D.F. 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I.	
ENVEJECIMIENTO	
1.1 ¿Qué es envejecer?	5
1.2 Edad Cronológica	6
1.3 Envejecimiento Físico	9
1.3.1 Las teorías del envejecimiento físico	9
1.3.2 Cambios típicos de la vejez	12
1.4 Edad Psicológica y Emotiva	16
1.5 Aspecto Social del Envejecimiento	19
CAPITULO II.	
TANATOLOGÍA	
2.1 Concepto de Tanatología	22
2.1.1 Antecedentes	22
2.1.2 ¿Qué es un tanatólogo?	23
2.2 Muerte.....	24
2.3 Duelo	26
2.3.1 Tipos de duelo	27
2.3.2 Expresión del dolor	28
CAPITULO III.	
CASO CLINICO	
3.1 Datos generales	29
3.2 Antecedentes Heredofamiliares	30
3.3 Antecedentes Psicodinámicos (historia familiar)	30
3.4 Datos Biográficos	31
3.5 Pruebas Aplicadas	32
3.6 Resultado de las pruebas	32
3.7 Examen Mental	33
3.8 Diagnóstico	33
3.9 Pronóstico	33
3.10 Sugerencias	33
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación tiene el propósito de analizar cuanto sucede en el momento en que iniciamos la última parte de nuestra vida y, posteriormente, durante la vejez.

El desarrollo es un proceso que implica cambios cualitativos y cuantitativos, los cuales se van dando en forma progresiva, de manera ordenada y coherente.

Nuestro cuerpo se modifica. Percibimos los cambios físicos que se producen en nosotros así como en quienes nos rodean, y reaccionamos consecuentemente.

Sobrevienen también cambios psicológicos que influyen en nuestros pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y en nuestra manera de comportarnos con los demás.

Con el tiempo cambia también el mundo que nos rodea. Se transforman los antiguos barrios. Evolucionan la moda y las costumbres. Los héroes del mundo deportivo y las estrellas de cine alcanzan su apogeo y declinan después, reemplazados por los recién llegados. Nos esforzamos por hallar los objetos familiares a los que nos sentimos unidos y en su lugar no encontramos más que el “progreso”.

A medida que maduramos y que nos transformamos interiormente, lo que llegamos a hacer está ligado de forma inexorable a la naturaleza de nuestro mundo exterior. Reaccionamos en efecto ante las influencias culturales y sociales, por ejemplo, al estilo de vida relacionado con un lugar específico, con una determinada época, en una sociedad concreta, con sus actitudes, sus creencias, sus leyes y sus reglamentos. Experimentamos también la influencia del entorno, como es el caso del régimen alimenticio, la vivienda, la higiene, las ocasiones que se nos brindan de divertirnos, de instruirnos, de trabajar, y todo lo demás.

Es por ello que la presente investigación la integro en tres capítulos:

En el primer capítulo estudiaremos el complejo juego de las influencias físicas, psicológicas, sociales, culturales y materiales en la medida en que conciernen al envejecimiento y examinaremos la influencia de los factores sociales así como el entorno sobre la maduración física y psicológica.

En el segundo capítulo comprenderemos el concepto de tanatología y lo que conlleva el proceso de muerte y duelo, lo cual es necesario expresar ya que en el

envejecimiento es más notorio la aproximación del límite existencial. Es por ello que se recomienda el apoyo tanatológico para aprovechar la vida que aún gozamos y que puede ser favorable hasta el último minuto de vida.

En el tercer y último capítulo expongo un caso clínico en donde se confirma que es necesario este apoyo tanatológico y que a partir de un diagnóstico y un pronóstico se puede comenzar a trabajar de tal forma que la persona logre una mejor calidad de vida.

Recordando que en esta disciplina tanatológica la finalidad principal es “curar” el dolor de la muerte y dar la esperanza que se requiere al paciente de modificar en cuanto a sus emociones y en cuanto a su visión de la vida.

CAPITULO I

ENVEJECIMIENTO

1.1 ¿Qué es envejecer?

El envejecimiento *normal* muestra los signos de: disminución de la fuerza de los músculos, el deterioro de la capacidad del sistema inmune para responder a las enfermedades, la pérdida de la densidad de los huesos, la caída de pelo, las arrugas y la disminución de algunas funciones psíquicas complejas.

Envejecer no es una enfermedad, es el efecto de la *senescencia* que ocurriría aunque todas las enfermedades desaparecieran de la tierra. La senescencia empieza un poco después de la pubertad con pequeños cambios, como el depósito de placas de ateroma en las arterias mayores, y se va instalando con mayor magnitud a medida que transcurre el tiempo.

El envejecimiento es una de las pocas características que nos unifican y definen a todos en nuestro mundo pleno de diversidad y tan cambiante. Todos estamos envejeciendo. Tengamos 25 o 65 años de edad, 10 o 110, también estamos envejeciendo y esto significa que estamos vivos y es motivo de celebración.

Uno de los principales logros de todos los tiempos es el aumento en la expectativa de vida del ser humano conseguida en el curso de estos últimos cien años. En el siglo XX, la expectativa media de vida en los países desarrollados aumentó de unos 47 años a más de 75 años. El promedio de edad de la población en los países desarrollados crece a un ritmo sin precedentes y esta tendencia se observa en la mayoría de los países en desarrollo, a pesar de haber comenzado más tarde. La expectativa de vida para los que nacen hoy es de más de 82 años.

Al adentrarnos al siglo XXI, la tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado el fenómeno del envejecimiento de la población una importancia sin precedentes.

Más allá del envejecimiento “biológico”, existe también un envejecimiento “social”, que se refiere al papel que impone la sociedad a la persona que envejece. Ambos tipos de envejecimiento son responsables de los problemas que aquejan a las personas de edad avanzada.

En nuestras sociedades, frente al envejecimiento tenemos prejuicios y caracterizamos a las personas ancianas como pasivas, crónicamente enfermas, sin deseos sexuales o con necesidad desmedida de atención y cuidados constantes, estigmatizando a los ancianos y condenándolos a la marginalidad social.

La mayoría de las personas no manifiesta alteraciones que influyen marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social hasta que pasan los 70 años. A pesar de que al aumentar la edad los procesos motores, cognoscitivos y sensoriales se hacen más lentos, la motivación y la práctica permiten superar esas desventajas y hacen que las personas de edad se desempeñen con eficiencia.

La vejez es cada vez menos sinónimo de dependencia; a pesar de que el riesgo de enfermedad crónica y de discapacidad se incrementa con la edad, solamente una de cada cinco personas en la edad de setenta años presenta alguna discapacidad funcional importante.

Respecto de que la *sexualidad* es cosa de la juventud, nada está más lejos de la verdad. Después de los setenta años existen por supuesto deseos y fantasías. Lo que cambia en todo caso son las formas y los valores. En esta época de la vida, la sexualidad es genitalidad, pero no abrazos, compañía, caricias. La sexualidad sigue tan viva como antes y, en todo caso, ha madurado.

Según José Fernando, “se ha descubierto que la sexualidad muere un día después de que lo entierren a uno”.

Desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolos de experiencia, sabiduría y respeto, y contribuir al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones, constituye también un reto en nuestra sociedad: eliminar la discriminación y la segregación por motivos de edad. Según el actual paradigma de la vejez, los hijos se vuelven tarde o temprano padre de sus padres: consideran la vejez como una etapa “dependiente” de la vida.

1.2 Edad Cronológica

De manera más simple de definir la vejez consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento. De forma general las estadísticas sobre los ancianos fijan su comienzo, arbitrariamente en los 65 años.

En ciertas personas la transición se efectúa gradualmente mientras que en otras es rápida y traumática. En el caso de una persona obligada a jubilarse, el 65 aniversario puede significar una entrada brutal en la vejez. En otros el envejecimiento se produce suavemente, jalonado por los cabellos que se vuelven grises, los hijos que abandonan el hogar, los amigos que mueren y otros signos cada vez más frecuentes.

En el momento de la pubertad y la adolescencia comienza uno a darse cuenta del paso de una edad a otra. Por lo general esta acompañada de cambios físicos notables como la aceleración del crecimiento, la aparición de vello pubiano, el comienzo de las menstruaciones y el crecimiento de los senos en la chica, el cambio de voz y las primeras eyaculaciones en el varón. Al mismo tiempo, producen cambios de orden social: paso de la enseñanza primaria a la secundaria, lo que representa para algunos el inicio de una nueva existencia. Cambian las actividades. Chicos y chicas comienzan a reunirse y en algunas ocasiones este periodo resulta muy difícil de atravesar.

Pero los cambios tan notables de la pubertad presentan unas variaciones individuales. Así el comienzo de la transformación física, por ejemplo, se sitúa en una edad que, según los sujetos, pueden variar de 5 a 6 años. Estas modificaciones físicas dependen en gran parte del “reloj biológico”, pero también están influidas por factores diversos y numerosos como la alimentación y el ejercicio físico. Algunas mujeres empiezan a menstruar antes de los 10 años mientras que en otras no acontece hasta los 16 (NCHS, 1973).

La importancia de estos cambios reside en su valor indicativo. Señalan en efecto que pronto aparecerán nuevas reacciones. Algunos perciben estos mensajes y modifican en consecuencia su manera de vivir, pero otros los compensan en exceso y tratan de demostrar su juventud a ellos mismos y a los demás, manteniéndose “en la ola”. Las diferencias individuales no sólo se manifiestan al comienzo de la transformación física, sino también durante toda ella. En algunos, por ejemplo, esa transformación queda concluida al cabo de 6 meses mientras que en otros dura 6 años.

En nuestra sociedad, el segundo paso importante sobreviene a la edad de 21 años. La costumbre de hacer que se inicie la maduración a los 21 años, se remonta a una vieja tradición establecida por Aristóteles hace dos mil años. Sólo recientemente han sido modificadas las leyes en varios países para establecer, en el terreno jurídico el comienzo de la edad adulta a los 18 años.

Los otros pasos significativos son, en la mayoría de los casos, los que marcan el final de un decenio y el comienzo de otro, por ejemplo, de los 29 a los 30 años, de los 39 a los 40 años, de los 49 a los 50 años, de los 59 a los 60 años. Es evidente que estas etapas no tienen ni la misma importancia ni igual significación para todo. En algunos la transición de los 29 a los 30 años pasa casi desapercibida, mientras que la de los 39 a los 40 produce un efecto dramático; porque el cambio de decenio supone el riesgo de acentuar el efecto de acontecimientos producidos en el curso de los 10 años anteriores. En otros términos, este aniversario puede obligar súbitamente al sujeto a tomar conciencia de las transformaciones iniciadas durante los últimos 10 años. La menopausia, que marca una etapa importante, puede, al igual que la pubertad, ser más o menos precoz o tardía, apareciendo, a veces, al final de la treintena o bien al comienzo de la cincuenta.

En nuestra sociedad las edades de 65 o 70 años marcan el comienzo de la vejez porque coinciden frecuentemente con el momento de la jubilación. En parte, el ingreso en la vejez se halla establecido por decreto. En razón del hecho de que la edad arbitraria y obligatoria de la jubilación, que se produce normalmente a los 65 años, puede a veces ser retrasada hasta los 70, algunas personas envejecen, jurídicamente al menos, antes que otras. Aunque más allá de los 65 o de los 70 años no quede señalado el envejecimiento por jalones oficiales, el grupo de los “viejos” engloba un amplio abanico de edades.

Teniendo en cuenta la gran dispersión de edades comprendidas en el período llamado vejez, período que engloba fácilmente la tercera parte de nuestra vida, es cómodo distinguir dos grupos de personas de edad: los “viejos jóvenes” y los ancianos propiamente dichos. Con frecuencia los viejos jóvenes se muestran todavía activos y están libres de los problemas asociados con el envejecimiento. En nuestra época se prolonga constantemente la duración de la vida activa y de otras características de la juventud.

La edad cronológica viene generalmente acompañada de un fenómeno de identificación con los estadios tradicionalmente reconocidos como constituyentes de la juventud, la edad madura y la vejez. Los primeros estudios sobre el envejecimiento mostraron que las personas tienen conciencia de ser primero jóvenes, después adultos, de envejecer, de tornarse en individuos de edad y finalmente viejos (BURGESS, CAVAN Y HAVINGHURST, 1948). Posteriores investigaciones indican que la identificación con el grupo de los jóvenes, de los adultos, de las personas de edad madura o de los viejos no dependen exclusivamente de la edad del sujeto sino también de su estado de salud y de su

raza, así como de su manera de comprender los términos empleados para designar los estudios de la vida. Estas variaciones se hallan determinadas por una diversidad de causas, incluidas de la clase socioeconómica, la instrucción y el grupo étnico.

Si se pretende que la edad cronológica sirva de criterio para la evaluación de los acontecimientos de la vida, sería deseable llegar a un acuerdo respecto de la edad en la que éstos se producen. De esta manera, NEUGARTEN y sus colaboradores (1964) pidieron a sus sujetos que dijieran a qué edad habían sucedido determinados acontecimientos. Sus resultados ofrecen un acuerdo satisfactorio aunque presenten variaciones individuales. Hay unanimidad, con una desviación débil de apenas 2 años, sobre la edad ideal para terminar la escolaridad y comenzar a trabajar; pero en otros puntos, por el contrario, dista de haberse logrado un acuerdo. Así, entre los hombres, se registra una desviación de unos 15 años para el momento en que se sitúa la plenitud de la vida, lo que supone un desacuerdo considerable.

En resumen, parece que existe una relación entre la edad cronológica y la serie constituida por los acontecimientos de la vida. Sin embargo los umbrales arbitrarios establecidos conforme a la edad resultan a menudo engañosos, porque son frecuentes las diferencias individuales y los cambios suelen ser graduales, produciéndose rara vez el mismo día del cumpleaños. Tanto como el número de cumpleaños, parece entrar en la concepción de la edad numerosas variables como la salud y los factores sociales y económicos. Puesto que se envejece de manera diferente desde el punto de vista físico, económico y social, la edad cronológica sirve, todo lo más, para marcar la edad “objetiva”.

1.3 Envejecimiento Físico

Durante la historia los hombres han buscado siempre la “fuente de la eterna juventud” que les permitiera “reparar de los años el irreparable ultraje”, es decir, conservar la belleza física. Es por ello que científicos se han dado a la tarea de investigar respecto a las causas de la maduración física; de ahí la diversidad de teorías que tratan de explicarla.

1.3.1 Las teorías del envejecimiento físico

Fueron cuatro las teorías sobre las “causas del envejecimiento” presentadas y comparadas en el congreso de la *American Association for the Advancement of Science*

celebrado en 1974. Tales causas serían: 1) el disfuncionamiento del sistema inmunológico; 2) unos mecanismos de envejecimiento inherentes a la célula; 3) las alteraciones del sistema endocrino y 4) unos desencadenantes genéticos. Además de estas teorías referentes a la maduración física, B. L. Mishara y R. G. Riedel presentan otras dos: 5) la teoría del desgaste y 6) la teoría de los desechos. Esta lista engloba principales modelos actuales del envejecimiento físico. Comenzaremos, pues, por presentar estos seis modelos o teorías.

1) La teoría del debilitamiento del sistema inmunológico: nuestro sistema inmunológico destruye ciertas partes sanas de nuestro cuerpo: “El sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales” (EISDORFER, 1971).

Con el tiempo el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en su lucha contra la enfermedad; las personas de edad, disminuyen los mecanismos corporales de defensa, y pueden sucumbir más fácilmente a las enfermedades. Por añadidura, cabe que el sistema de defensa ya no sepa distinguir entre las partes sanas del organismo y los invasores.

2) Las teorías de envejecimiento celular: es la pérdida de información que sufren las células del cuerpo en el nivel de la molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico) donde es responsable de ciertos procesos del metabolismo y de la reproducción de las células, toda pérdida de información o toda codificación puede provocar la muerte de las células. La investigación ha demostrado que las células no se pueden reproducirse y sólo pueden sufrir un determinado número de divisiones. Este límite se halla “programado” en su bagaje genético.

Los programas de funcionamiento del ADN no son las únicas causas de la muerte celular. La acumulación de desechos en las células y la reducción de la tasa de oxidación celular provocan igualmente una pérdida de función y la muerte celular. Tales cambios celulares son fácilmente apreciados a medida que se envejece. Sin embargo, no es seguro que estas modificaciones sean las causas determinantes del envejecimiento: podría suceder que sólo fuera el *resultado* de otros procesos físicos asociados con él.

3) *Las teorías de las modificaciones del sistema endocrino:* consiste en el debilitamiento de los ovarios los cuales, tras la menopausia, dejan de producir estrógeno. El envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo. Los científicos centran sus nuevos estudios en los efectos de las glándulas endocrinas sobre el metabolismo de los neurotransmisores, como las catecolaminas (sustancias que facilitan la transmisión de los impulsos neurales).

4) *Las teorías genéticas:* Se basa en que los animales procedentes de ciertos troncos genéticos viven más que otros. Se sabe también que, en los seres humanos, la edad a la que fallecieron los padres y los abuelos, constituye un índice de la esperanza de vida de los descendientes. Por estas razones, los teóricos de la genética creen que para comprender el envejecimiento es preciso entender el “código” genético que determina nuestra longevidad. Los padres y los hijos no sólo tienen genes semejantes sino que también presentan una misma tendencia a nutrirse de la misma manera, a vivir en ambientes comparables y a adoptar los mismos hábitos sanitarios.

5) *La teoría del desgaste:* esta teoría señala que las partes del cuerpo acaban sencillamente por gastarse. Sin embargo, la actividad y los ejercicios físicos pueden influir en la salud y en la longevidad puesto que ejercen un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo. SELYE (1974) ha hablado de actividades negativas y positivas, pero el carácter positivo o negativo de una determinada actividad podría depender de la forma en que es percibida más que de su propia naturaleza. La misma relajación puede tornarse angustiada. Todo reside en la manera de percibir la actividad.

6) *La teoría de los desechos:* se cree que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular normal, sino el mismo proceso de purificación. Según esta teoría, el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados de nuestras propias funciones corporales.

1.3.2 Cambios típicos de la vejez

Al envejecer, comprobamos y sentimos que en nosotros y en quienes nos rodean se producen ciertos cambios, aunque nadie envejezca exactamente de la misma manera y sean considerables las variaciones de un sujeto a otro. Vamos ahora a analizar las transformaciones físicas que sobre vienen en el curso del envejecimiento, bien sea en la *apariencia, en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo.*

De apariencia

Nuestra apariencia varía al envejecer. El cambio se produce lentamente y no puede ser percibido con facilidad más que si se comparan fotos tomadas en diversas épocas de la vida. Los principales cambios superficiales se hallan ligados a las variaciones estructurales subyacentes.

Modificaciones del sistema piloso. Los cambios de este sistema afectan a la distribución, el color, el espesor y la fuerza del vello y de los cabellos. Los hombres se ven afectados por la calvicie con mayor frecuencia que las mujeres, pero también estas pueden quedarse calvas.

Cambios de estatura. La vejez llega acompañada de una disminución de la talla. Los huesos se tornan más porosos (osteoporosis), se acentúa la curva natural de la columna vertebral (cifosis) y la cavidad torácica disminuye de volumen mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y hacia delante. El repliegue del cuerpo sobre sí mismo reduce la talla, altera radicalmente la apariencia y estorba la movilidad. La talla comienza a disminuir entre los 30 y 40 años.

Estructurales

Al aumentar la edad el cuerpo experimenta unas transformaciones en su estructura metabólica y celular así como en la distribución de sus diversos elementos. A partir de los 30 años quienes no modifican su régimen alimenticio y no hacen más ejercicio que antes empiezan a acumular grasa, que se concentrará sobre todo en torno a la cintura. Estas transformaciones tienen repercusiones en la dispersión de las sustancias en el cuerpo; de éstas la más importante concierne a su distribución.

Algunas sustancias resultan eliminadas del sistema sanguíneo gracias a la acción metabólica del hígado, mientras que otras lo son por las funciones renales.

Los cambios celulares. Consiste en analizar el ciclo y la división celular, la longevidad de las células y las relaciones de los cambios celulares con el envejecimiento biológico.

Se denomina ciclo celular a la serie de acontecimientos que se producen entre la mitosis de una célula (la división de una célula en dos nuevos núcleos) y la mitosis de la nueva célula procedente de la división inicial. Numerosas investigaciones biológicas consagradas a la longevidad celular parecen indicar que existiría una acumulación de los errores sobrevenidos en el curso de la reproducción a la que se añade una reducción de la capacidad de restauración.

Las modificaciones del sistema de los tejidos orgánicos. La aparición de las arrugas y de la pérdida de elasticidad de la piel, se advierte una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, especialmente en las partes no protegidas de la epidermis, que producen manchas coloreadas llamadas “Lentigo seniles”. Las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian, lo que proporciona a la piel su apariencia reseca y obstaculiza el proceso normal de sudación, de suerte que se ve disminuida la tolerancia al calor.

Las modificaciones de los huesos. Los huesos conservan generalmente su forma, pero se tornan menos sólidos. La osteoporosis se haya estrechamente asociada al envejecimiento. Cuando la osteoporosis ha alcanzado un estadio avanzado, ciertos traumatismos ligeros como los estornudos pueden provocar lesiones benignas de los tejidos óseos, muy especialmente los de la columna vertebral.

Funcionales del cuerpo

Aquí lo que cuenta ante todo es el buen funcionamiento de los órganos y de los miembros. La cuestión consiste en saber en qué medida afectarán éstas en la vida cotidiana de las personas y qué remedios pueden aportarse.

La alteración de las funciones sensoriales y el envejecimiento. Las funciones sensoriales no se limitan a los 5 sentidos tradicionalmente reconocidos, la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato. Comprende también la posición cinestésica del cuerpo, el equilibrio, el movimiento y las sensaciones internas.

Las alteraciones de la vista. Con el envejecimiento, la córnea del ojo pierde una parte de su elasticidad y de sus capacidades de enfoque. La anomalía de presbiopía se desarrolla con la edad. Los ojos pierden gradualmente la capacidad de localizar los objetos muy próximos o muy alejados, lo que obliga a usar gafas bifocales. Las cataratas es causada por el amarilleamiento o la decoloración de la córnea que produce proporcionalmente la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina, falsea los colores y torna más difícil la visión y la percepción precisa de los objetos.

Las alteraciones del oído. La pérdida de audición se manifiesta con la edad y las causas son múltiples. La exposición continuada a sonidos intensos provoca la pérdida permanente del oído. Las fuentes de ruido se clasifican en dos categorías: fuentes voluntarias e involuntarias. La pérdida de las altas frecuencias tiene consecuencias porque modifica la percepción de la voz. La pérdida de la capacidad para percibir las altas frecuencias se denomina “presbiacusia; el número de casos aumenta con la edad.

Las alteraciones de la motricidad fina y global. La motricidad se halla estrechamente ligada a las capacidades sensoriales y puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, del incremento de los tejidos grasos con relación a los tejidos delgados, de la osteoartritis y de otros procesos físicos deficientes. Experimenta también la influencia de las modificaciones que se operan en el metabolismo basal, la capacidad torácica vital y el buen funcionamiento del sistema cardiovascular. A medida que se envejece los movimientos motores globales se tornan más lentos los músculos se fatigan más rápidamente y se recuperan de una tensión con mayor lentitud. Los movimientos de motricidad fina se vuelven también más lentos y menos precisos por razones idénticas.

Las modificaciones de los sistemas pulmonar y cardiovascular. El envejecimiento viene, por lo general acompañado de una disminución de la capacidad y de la eficacia de los pulmones y del sistema cardiovascular. Los efectos de la osteoporosis y la modificación de los tejidos musculares reducen la capacidad torácica disminuyendo así el volumen de aire que puede ser absorbido. Disminuye la capacidad máxima del corazón y el número total de latidos. Los vasos sanguíneos y en especial las arterías, pierden su elasticidad y ofrecen el peligro de quedar parcialmente bloqueados por la aterosclerosis causada por la formación de plaquetas.

Los cambios en la nutrición, la digestión y la eliminación. Por obra de la disminución de las actividades y de los ejercicios físicos, el cuerpo necesita menos alimentación para mantenerse en un peso conveniente.

Las necesidades nutricias cambian lentamente y las exigencias de calorías, lípidos, proteínas, minerales y vitaminas se modifican muy poco si es que llegan a alterarse. Las carencias alimenticias que se aprecian en ellas están asociadas a ciertos factores físicos así como a factores sociales y emotivos como la depresión, las dificultades económicas y el esfuerzo necesario para preparar una comida equilibrada con destino a una sola persona.

Disminución y modificación de la ración alimenticia. La pérdida del apetito como consecuencia de una depresión altera la calidad del régimen alimenticio entre las personas de edad. El precio de los alimentos, la dificultad de obtenerlos y de prepararlos son otros tantos factores que influyen sobre la calidad de este régimen. La frecuencia y el volumen de las deposiciones decrece con la edad, en parte porque disminuye la cantidad de alimentos ingeridos; algunas personas ven en esta reducción natural un signo de estreñimiento y toman laxante que resulta en realidad inútil.

Las dificultades de absorción y de digestión. Aunque sean ligeros los cambios de la capacidad de absorción o de digestión asociados al envejecimiento, ciertas sustancias como la B12 resultan más difíciles de absorber y, por ello pueden presentar un déficit en el organismo aunque se encuentren en cantidad suficiente en la alimentación.

1.4 Edad Psicológica y Emotiva

Al envejecer todas nuestras experiencias y comportamientos se hallan determinados e influidos por procesos psicológicos.

Estos cambios psicológicos pueden dividirse en dos grupos:

1) Los **cognitivos** o sea las funciones y capacidades intelectuales; es decir los que afectan a la manera de pensar, entre ellas se encuentran los cambios sensoriales y perceptivos, la memoria y la inteligencia, la metacognición y la creatividad.

2) Los que conciernen a la **afectividad** y a la **personalidad**; como las emociones, la motivación y los cambios de la personalidad así como los rasgos específicos de las personas de edad.

1) Cognitivos

Cambios de la percepción sensorial

En estos cambios se observa una reducción en la capacidad de recibir y de tratar las informaciones concernientes al entorno. Son deficiencias como la presbiacusia (pérdida del oído en la zona de las altas frecuencias) y la presbiopía (disminución de la plasticidad del cristalino y de su poder de acomodación, lo que exige el empleo de gafas bifocales) que influyen en la realización del trabajo cotidiano.

Los otros sentidos cambian también con la edad. El gusto y el olfato tienden a disminuir. Estos cambios pueden perturbar la calidad nutritiva del régimen alimenticio. Diversas causas entre las que figura la situación económica, el aislamiento, el esfuerzo y la depresión pueden sumarse a la atrofia del gusto y provocar unas carencias alimenticias.

La memoria

En las investigaciones muestra que tiene un modelo que comporta tres etapas: la entrada de datos, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales contestando muchas veces “no sé” como efecto negativo debido a que sienten demasiada impaciencia al responder, ya que la excitación de ellos es superior a la de los jóvenes.

La inteligencia

Se ha comprobado en los tests que disminuye con la edad (a partir de la mitad de la veintena); no por eso las personas de edad son unos disminuidos mentales y las diferencias que han podido apreciarse entre sujetos jóvenes e individuos más viejos se han revelado ligadas a diversos factores externos.

Entre los factores externos susceptibles de afectar a los resultados obtenidos en los tests de inteligencia cabe citar: la diferencia de escolarización entre las generaciones, la rapidez de las respuestas en los tests cronometrados, en el conservadurismo, la falta de hábito con los tests, las privaciones de todo género, los déficit sensoriales o de otro tipo.

Existen dos tipos de inteligencia: fluida y cristalizada.

La inteligencia fluida representa la forma de inteligencia capaz de resolver los problemas nuevos y la inteligencia cristalizada la que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

La reducción de las capacidades fluidas está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y que éstas se hallan determinadas por la genética. Por el contrario la inteligencia cristalizada se encuentra íntimamente ligada a la experiencia que a su vez se relaciona estrechamente, no sólo con el tiempo vivido, sino también con las ventajas de las que el sujeto haya podido beneficiarse.

Metacognición

Es la conciencia que tienen los sujetos de sus funciones mentales. Investigadores suponen que la memoria y la inteligencia están ligadas al comportamiento a través de mecanismos conscientes que nos permiten darnos cuenta del modo en que actuamos y pensamos así como ejercer una cierta forma de autorregulación.

Las investigaciones sobre las aplicaciones de la teoría metacognitiva se hallan aún en sus comienzos y se refieren, en la mayoría de los casos, a la adquisición de las capacidades metacognitivas por parte de los niños, capacidades que les permiten utilizar unos mecanismos autorreguladores para mejorar los resultados que obtienen en la realización de diversas tareas de orden cognitivo.

Creatividad

Las investigaciones han estado referidas la mayor parte de las veces, a la cantidad de obras producidas más que a su calidad. LEHMAN (1953) Estudio sobre el porcentaje de obras de calidad y descubrió que los años más productivos son los de la treintena, tras la cual la calidad de la producción disminuye de una forma bastante regular.

La creatividad es un producto del cerebro pero también es un estado de espíritu.

2) Afectividad y personalidad

Emoción

La afectividad ocupa un lugar importante en psicología, las principales revisiones de trabajos de investigación sobre gerontología sólo la mencionan de pasada. Sin embargo, es fácil evocar todo un conjunto de imágenes poco halagadoras que representan a las personas de edad como difíciles, irritables y a menudo desagradables o de humor melancólico.

La emoción es un estado de excitación fisiológica; el amor, el odio, el júbilo etc., pueden ser considerados como emociones parecidas desde el punto de vista de la excitación.

Motivación

Se refiere a los siguientes tres elementos:

- a) El móvil o el objeto del comportamiento,
- b) El nivel de excitación del organismo,
- c) El estado fisiológico o psicológico que estimula al organismo y le impulsa a tender hacia un objetivo.

He aquí cómo imaginan este proceso: una necesidad psicológica hace nacer una pulsión (un impulso) que da lugar a unas actividades dirigidas hacia fines específicos.

Cambios de la personalidad del envejecimiento

ALLPORT formula que “la organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno”.

Las teorías sobre la personalidad se distribuyen en tres grupos:

- a) Las teorías psicodinámicas (incluidas las de los freudianos) insisten en los determinantes inconscientes e históricos de la personalidad.

- b) Las teorías conductistas, en las condiciones de aprendizaje y del entorno.
- c) Las teorías humanistas, en la libertad y en los objetivos de la persona.

La personalidad del anciano se halla caracterizada por un complejidad o diferenciación más grande que la de los jóvenes.

Las personas de edad tienen menos papeles que antaño y éstos les confieren también menos poder e importancia, lo que modifica su comportamiento y su propia percepción.

Rasgos característicos de la edad madura:

- Sentimiento de sí, bien desarrollado.
- La capacidad de mantener relaciones cordiales con otro, tanto si el trato es íntimo como si no lo es.
- Una seguridad emotiva fundamental aliada a la aceptación de sí.
- Una disposición a percibir, pensar y actuar con entusiasmo respecto de la realidad exterior.
- La auto-objetivación, la penetración (insight) y el sentido del humor.
- Una vida conforme a una filosofía unificante de la vida.

1.5 Aspecto Social del envejecimiento

La pertenencia a un grupo específico, una familia o una cultura,, se halla regida por un conjunto de reglas y comporta numerosas obligaciones que varían enormemente según el grupo la persona, la situación e incluso la edad. Sin embargo, sigue siendo objeto de controversia la naturaleza exacta de la influencia ejercida por el medio social.

La condición social de las personas de edad y los cambios sociales

CWGILL (1974) ha identificado en el desarrollo de una sociedad moderna cuatro tendencias que contribuyen al descenso de la condición de ancianos:1) el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, 2) el desarrollo y la eficacia de la tecnología económica, 3) la urbanización y 4) los progresos de la instrucción.

En una sociedad evolucionada la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos; el valor de las personas de edad se encuentra consecuentemente disminuido y aumenta en proporción el de los jóvenes. La necesidad de

renovar sus conocimientos a fin de realizar determinadas funciones coloca a las personas de edad en una posición de inferioridad dentro del mercado de trabajo y debilita su posición económica.

La posibilidad de jubilar a los trabajadores comporta aspectos a la vez positivos y negativos. Constituye un aspecto positivo el hecho de que una parte importante de la población activa puede abandonar el mercado de trabajo y ser mantenida por la productividad incrementada de quienes continúan trabajando. Por el contrario el hecho de abandonar el medio laboral, con la casi inevitable reducción simultánea de los ingresos y del prestigio del individuo. Constituye un aspecto negativo. Como ha mostrado CUTLER (1972) basta con añadir la palabra “jubilado” a la designación de la función para que inmediatamente se encuentre disminuido el prestigio de que disfrutaba la función designada.

En el momento actual, el paradigma de COWGILL parece capaz de explicar la condición de las personas de edad en muchos países. Puede suceder, sin embargo, que este modelo se vuelva en el futuro cada vez menos útil si se tienen en cuenta las tendencias evolutivas actuales, es decir si:

- 1.- La esperanza de vida no sigue aumentando de manera significativa;*
- 2.- Los cambios tecnológicos provocan la reconversión de los trabajadores en vez de su licenciamiento;*
- 3.- Se reduce la tendencia a la urbanización e incluso se invierte si disminuye la tasa de crecimiento demográfico;*
- 4.- Se aminora la diferencia de nivel de instrucción entre los diversos grupos.*

La vida familiar durante la vejez

No sólo aumenta el número de las personas de edad sino que éstas constituyen una proporción cada vez más considerable de la población.

Como disminuye la tasa de natalidad, cada anciano tiene menos descendientes capaces de cuidarle; en efecto, las familias tienen menos de la mitad de los miembros que tenían al comienzo del siglo.

Los sociólogos han centrado recientemente su atención en dos sectores de investigación relativos a la familia, es decir:

1.- La modificación de los lazos de parentesco y su incidencia sobre la interacción entre las generaciones; La aparición de nuevas formas de familias.

Los problemas reales que padecen las personas de edad sigue siendo cierto a pesar de todo que la mayoría de los miembros de la familia, jóvenes y viejos, desean comportarse como una familia; es decir optan por “intimidad a distancia”: en donde las familias desean mantenerse en contacto pero no vivir necesariamente en la misma casa. A menudo se cree también que las personas de edad que viven en una institución no tienen familia o que ésta ya no se interesa por ellas. La verdad es sin embargo lo contrario. La familia en sentido amplio, “los parientes”, desempeñan por lo general el papel de intermediario entre la persona de edad y la burocracia.

La evolución del papel de la familia influye también en las relaciones entre sus miembros. Su interdependencia ha sido modificada por el paso de la familia organizada en función de la producción, a la familia sostenida por el trabajo en el exterior. La evolución demográfica significa también que hay menos hijos que trabajen en una empresa familiar para cuidar de los padres ancianos. Puesto que el matrimonio y los nacimientos sobrevienen mucho antes que antaño, la generación de personas de edad madura puede tener a la vez hijos, nietos, padres y abuelos, todos vivos y todos necesitados de algún tipo de ayuda.

Puede que halla familias en las que sean los miembros de más edad quienes ayudan a los más jóvenes y otras en donde las personas de edad acudan en ayuda de los demás sin recibir nada a cambio. Finalmente hay familias en donde la ayuda mutua y la comunicación resultan casi inexistentes.

CAPITULO II

TANATOLOGÍA

2.1 Concepto de Tanatología

Tanatología, palabra derivada de los vocablos griegos thanatos, muerte y logos, tratado, es la disciplina que estudia el proceso de la muerte, cuyo objeto es llegar al conocimiento de la muerte por sucesos.

La tanatología es, el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, en especial de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico y espiritual de los enfermos terminales, así como la aprensión, los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares y amigos, y a su vez evitar la frustración del personal médico.

Según Campione, la tanatología es ciencia pero no “una ciencia”, porque es también sabiduría, experiencia, y la define como un campo de reflexión e investigación unificado por la perspectiva de la muerte.

Algunos autores le llaman arte; por lo tanto, la tanatología es el arte de ayudar al hombre que se está enfrentando a su propia muerte o a la de un ser querido. También puede decirse es una auténtica relación de ayuda, o sea el vínculo entre una persona que necesita (paciente en estado terminal) y otra persona que puede y quiere dar (el tanatólogo) la ayuda.

En todas las disciplinas científicas está presente la tanatología, porque todos los seres humanos nos enfrentamos a la muerte en algún momento de nuestra vida.

2.1.1 Antecedentes

La tanatología moderna comienza en los años sesenta con la Dra. Elizabeth Kubler-Ross, médica psiquiátrica suiza, profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago. Fue considerada como una de las primeras tanatólogas en el mundo en comenzar con la atención sistemática de los enfermos terminales, proponiendo modos de aproximación a sus ansiedades.

En 1969 publica su primer libro: “sobre la muerte y los moribundos”. Describe en los pacientes terminales cinco estados psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones como la negación, aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

El Dr. Alfonso Reyes fue alumno de la Dra. Elizabeth Kubler- Ross, y es considerado como el pionero de la Tanatología en México. Fundó la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. el 18 de noviembre de 1998.

Esta asociación empieza a hacerse presente en hospitales, grupos, conferencias y al cumplir su primer aniversario, en abril de 1990 se cuenta con la asistencia de la Dra. Elizabeth Kubler- Ross

2.1.2 ¿Qué es un Tanatólogo?

El tanatólogo es el especialista en enfermos terminales, su misión es ayudarlos a tener una muerte adecuada.

El tanatólogo sabe de antemano que no aumentará los días de vida de una persona desahuciada, ya que la persona tendrá que morir. Pero sí le ayudará a que los días que le quedan de vida, los viva a plenitud. El tanatólogo dará plenitud de vida y cuando la enfermedad vaya ganando, le dará calidad de vida. Cuando llegue el momento de enfrentarse a la muerte, el paciente ya habrá hecho conciencia de la trascendencia de vida eterna. Es decir, el tanatólogo en ningún momento mencionará la muerte y siempre hablará de vida.

El tanatólogo “cura” al paciente terminal del dolor de la muerte y de la desesperanza. Al enfermo terminal se le ayuda a través de la Tanatología a que siga siendo productivo, para que tenga una calidad de vida real y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y totalmente en paz consigo mismo.

La persona con tendencias suicidas también es un paciente del tanatólogo.

El suicida es una persona que vive una desesperanza, se mata no porque sea cobarde, o porque sea valiente, o sea loco, sino porque vive en una desesperanza total ; en un pozo negro en el que no brilla la menor luz de esperanza y así no se puede vivir. El compromiso del tanatólogo es tratar de ayudarlo, dándole esperanza real para que viva.

Los tanatólogos le dan a la familia, calidad de vida personal para que se enfrente a la muerte del ser querido, y ya cuando muera le ayuda a manejar el duelo.

2.2 Muerte

Si a veces resulta difícil distinguir la muerte de la “vida”, aún lo es más aclarar la cuestión del proceso de la muerte, porque algunos creen que ésta es el último estadio de la vida.

Antiguamente a la muerte se le relacionaba con la serpiente y con el cambio de piel que para muchos pueblos representa la transmutación de la vida.

Se dice que el concepto proviene de tribus salvajes en donde se piensa que la muerte es un cambio de estado esencial (alma o espíritu).

La concepción se diversifica a lo largo de la historia en función de las respuestas encontradas para la pregunta más antigua sobre la muerte: ¿Cuál es el origen y la causa de la muerte? Se tiene registro que la mayor parte de los rituales alrededor del concepto de muerte tiene que ver con evitar el contagio de los males espirituales.

El origen de la imagen de la muerte fue hasta el año 450 a.c. La autoría se debe a Eurípides en su tragedia “Alceste”. La describe como una mujer horrible, alada, vestida de negro y blandiendo un cuchillo.

En la edad media se representa a la muerte vestida de negro y era asociada al Demonio y a la brujería. Tiempo después, se instaura la moda del color negro como parte del luto.

Freud postuló en su teoría el instinto de muerte como la tendencia de la vida orgánica a regresar al estado inorgánico del cual ha surgido. Esta teoría presentaba una pareja de impulsos contrastados: *eros*, o instinto de vida, y *thanatos* el instinto de muerte. El hombre se encuentra siempre un impulso hacia la muerte. La enfermedad produce sentimientos de peligro. En el envejecimiento aparece un desamparo que surge cuando la ilusión de ser inmortal pierde certeza.

Definición de muerte

Proviene del latín *Mors*, *Mortis*, Cesación o término de la vida, fin de la existencia, dejar de vivir, separación del cuerpo y del alma, destrucción, aniquilamiento. Muerto que ha perdido la animación. Apagado, apacible, pálido, cadáver humano.

El modelo propuesto por la Dra. Elizabeth Kubler- Ross para interpretar el proceso de la muerte es desde luego el más generalmente aceptado, pero su teoría de los estadios atrae, al parecer, cada vez más críticas en los medios profesionales. Este modelo supone

cinco estadios: 1) Negación y aislamiento, 2) Ira, 3) Pacto, 4) Depresión y 5) Aceptación, Esperanza.

1) Negación y aislamiento: La negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia esperada o inesperada y que impacta en cada persona de forma deferente.

Es una defensa temporal y pronto será sustituida por la aceptación parcial.

2) Ira: La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los porqués.

Es una fase difícil de afrontar para los familiares y todos los que le rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente.

Se responde con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. Los enfermos en esta etapa necesitan expresar su rabia, y hasta que no lo hacen no consiguen liberarse de ella.

3) Pacto: Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

Realiza acuerdo con su Dios.

4) Depresión: La respuesta es una profunda tristeza, es un estado temporal y de preparación para la aceptación de la realidad, se debe facilitar expresar su duelo y lo lleve a la aceptación.

En esta etapa, es imprescindible para el enfermo expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor.

5) Aceptación, Esperanza.: Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos, su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida y la depresión, contemplará el próximo devenir con más tranquilidad.

Se comienza a sentir una cierta paz, se puede estar bien sólo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

La esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido.

Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

2.3 Duelo

Duelo del latín dolos, por dolor. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.

Demostraciones del pensar o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

Reunión de parientes, de amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, al entierro o a los funerales. (Diccionario enciclopédico en color. Larousse. 1998)

Se conoce como duelo en términos de tiempo, al periodo que sigue tras la muerte de alguien afectivamente importante. El duelo se refiere a un proceso de adaptación y resistencias frente aun gran cambio. El duelo es un proceso afectivo y activo, no un estado, de adaptación a la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las reacciones de tipo físico, emocional familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta a él.

El duelo humano se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar, casi todos, los seres humanos.

Características del duelo

Es inevitable, conlleva sufrimiento y es portador de crecimiento.

Es un proceso único e irreplicable, dinámico y cambiante momento a momento, persona a persona y entre familias, culturas y sociedades. No es un proceso que siga unas pautas universales.

Se relaciona inequívocamente con la aparición de problemas de salud: El riesgo de depresión en viudos/ as se multiplica por cuatro durante el primer año. Casi la mitad de viudos/as presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia en el primer año.

Aumenta el abuso de alcohol y fármacos; la mitad de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses de duelo.

Fases del duelo

1. *Aflicción*: Es el hecho objetivo de la pérdida y con ella se da inicio al proceso de duelo. Provoca cambios en la vida del doliente: de ser esposa se es viuda; de tener padres se es huérfano; etc.

2. *Luto*: Es el comportamiento social de la persona afligida. Es una respuesta, una costumbre que rodea al doliente.

Su objetivo es codificar la tristeza y su expresión fijándole un término. El luto es sano, un rito de salida que nos ayuda a plasmar un sentido de sierre y a socializar el duelo con los demás.

3. *Penas*: Es la respuesta emocional de la persona afligida desencadenada por una pérdida.

2.3.1 Tipos de duelo

Duelo normal

Es la pena que sigue a la pérdida cuando la persona afligida acepta la realidad. Se van dejando gradualmente los vínculos con la persona desaparecida y no poner en escena una imitación cotidiana de lo que sucedía antes.

Tiempo de duelo normal:

1ª Etapa; desde el entierro hasta 8 semanas después.

2ª Etapa; de 8 semanas a un año después.

3ª Etapa; de 12 a 24 meses después del fallecimiento.

Termina el reajuste cuando la cicatriz ya no duele.

Duelo anticipatorio

Es el que se vive anticipadamente, es decir antes de la muerte; tanto por enfermos como familiares, especialmente en el caso de las enfermedades terminales.

Duelo retardado

Cuando existe una reacción diferida en aquellas personas que en fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.

Duelo crónico

Cuando una persona o varias prolongan más allá del tiempo esperado el duelo y que además se acompañan de idealización, rituales y regresiones que nada aportan a la solución del duelo.

Duelo patológico

Reacción ante la pérdida que es llevada a tal intensidad que debe recurrirse a la ayuda profesional y terapéutica. Se caracteriza por la agudización de las reacciones, la distorsión o exageración de las mismas, paralizando el crecimiento de la persona y Disminuyendo su capacidad para elaborar un duelo.

2.3.2 Expresión del dolor

El dolor se manifiesta por los sollozos y la depresión pero las personas afligidas pueden también presentar síntomas parecidos a la enfermedad. Las lágrimas y la depresión son los síntomas más frecuentes.

Estudios efectuados en culturas diferentes presentan resultados análogos. Uno de los más interesantes mostró que el número de los síntomas físicos agudos aumenta sensiblemente en los viudos, pero no en las viudas, mientras que en el de los síntomas crónicos no experimenta cambios. Sólo aumentan en números determinados síntomas como la depresión como el insomnio y la pérdida del apetito. Un análisis más detenido mostró que el único diagnóstico asociado al duelo era “la depresión reactiva”.

Síntomas de la muerte: Sollozos, humor depresivo, perturbaciones del sueño, dificultad de concentración o pérdidas de la memoria , falta de apetito o pérdida de peso, calmantes o somníferos, fatiga, pérdida de interés por la televisión, las noticias y amigos, auto acusación, síntomas somáticas (3 o más), irritabilidad, pérdida de la esperanza, ataques de angustia, cólera ante la pérdida, pérdida de interés por el trabajo y la religión, alucinaciones, despersonalización y temor a la locura.

CAPITULO III

CASO CLÍNICO

3.1 Datos generales

Ficha de identificación

Nombre: M.T.R.R

Edad: 85 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Viuda

Fecha de nacimiento: 02 de Diciembre de 1925

Lugar de nacimiento: Puebla Pue.

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Primaria, Piano, Bordado y Corte

Lugar de residencia: México D.F.

Religión: Católica

Fuente de información

Directa y proviene de 9 entrevistas

Motivo de consulta

Motivo de consulta (manifiesto) "para tener con quien platicar", aunque en el motivo latente demuestra que se siente sola y le gustaría que la viese.

Descripción del paciente

MTRR se encuentra vestida con blusa color claro y falda oscura con sandalias y vendados los pies, mide aproximadamente 1.60 cm., es de complejión robusta, tez clara, ojos café oscuro, cabello cano y corto, su apariencia coincide con la edad cronológica, su carácter es afable.

Actitud frente al estudio

MTRR presentó una actitud cooperadora en general durante las entrevistas, se mostró interesada con respecto a la realización de los diferentes test aplicados. Con respecto al relato de su historia clínica mostró algunos síntomas de euforia y ansiedad, ya

que se baso en un álbum de fotos que tenia a la mano; siendo arrojada la mayoría de información clínica por una de sus hijas que se mostró siempre muy cooperadora.

3.2 Antecedentes heredofamiliares

De los abuelos paternos y maternos de MTRR, no recuerda que presentaran ninguna patología que sea relevante de mencionar, encontrándose los dos fallecidos. De la madre y el padre refiere lo mismo. Ella por su parte menciona tiene problemas varicosos agudos que iniciaron hace 57 años, ha tenido pérdida severa de la vista desde los 60 años, ha perdido la audición paulatinamente iniciando aproximadamente a los 78 años. Temporalmente ha tenido problemas en la marcha desde hace 2 años y actualmente tiene problemas digestivos, perturbaciones del dormir, de comer y enuresis; uno de sus hijos tiene diabetes desde hace 6 años.

3.3 Antecedentes psicodinámicos

MTRR es originaria de el Estado Puebla Pue., se encuentra dentro del esquema familiar como la hija más pequeña de un total de 10 hermanos; los padres de la paciente se encuentran fallecidos desde hace 70 , 80 años .

El padre de MTRR se encuentra fallecido desde que ella tenía 5 años. La madre, al parecer fallece cuando ella tiene 15 años de edad. Solo le vive una hermana que se encuentra fuera del país y que casi no se llaman.

Actualmente se encuentra en su hogar y hace actividades recreativas cuando puede y quiere, sus hijos y nietos la visitan aunque a ella le gustaría que estuvieran sus nietos más tiempo juntos.

En general su familia trata de estar unida y en comunicación, se lleva bien con todos, sus hijos la apoyan en todo lo que pueden tanto económicamente como físicamente; la paciente es un poco reservada y trata de no dar molestias, le gusta arreglarse y verse bien pues no le gusta que la vean derrotada, ya que siempre ha tenido una imagen de autosuficiencia.

3.4 Datos biográficos

Características de la concepción y de la gestación

MTRR menciona fueron normal sin complicaciones, teniendo una duración de nueve meses; pues los padres no planeaban a los hijos ya que eran los que Dios les mandara, pero sí fue aceptada de buena manera.

Características del nacimiento

Al parecer todo fue normal. Por parte del padre fue muy aceptada sobre todo por ser la más pequeña de la familia volviéndose la consentida; aunque si trataron de darle buena formación

Desarrollo psicomotor temprano, infancia, niñez y adolescencia

Se cree transcurrieron normalmente las etapas de desarrollo en las fases oral (en donde conocen el mundo a través de la boca), anal (reteniendo el control de esfínteres), fálica y latencia en la infancia y niñez; así como en la adolescencia que surgen los cambios físicos y psíquicos y emocionales.

Desarrollo en la vida adulta

Tiene su primer novio a los 19 años de edad y se casa a los 21 con la misma pareja única que ha tenido.

Se desarrolla siempre como una persona muy activa, siempre en casa pero tratando de aprender nuevas cosas y participando en actividades religiosas (físicamente). Es autosuficiente.

Senectud

A partir de los 82 años inicia un declive notorio en su salud; comienza a depender física y emocionalmente más de la familia.

Antecedentes de sexualidad

Su menarca fue a los 14 años. La actitud de la paciente hacia el crecimiento sexual al parecer fue orientada en la escuela primaria pues menciona no haber tocado el tema con sus padres. Mantuvo vida activa sexual hasta el matrimonio.

Antecedentes escolares

MTRR curso la primaria hasta sexto grado tranquila y sin competencia siendo responsable y excelente en lo que hacía. También tomó varios cursos como piano, bordado, y corte.

Antecedentes laborales

Trabaja fuera de casa durante ocho años aproximadamente, de los 60 a los 68 años junto con el su esposo para un negocio de comida.

3.5 Pruebas aplicadas

- Tests de la Figura Humana de Karen Machover
- Tests Proyectivo HTP de John Buck
- Tests de la Familia Kinética de Luis Corman
- Tests Proyectivo Dibujo Libre
- Cuestionario Desiderativo de Celener de N.G.

3.6 Resultados de las pruebas

Area afectiva

Su relación con sí misma es que tiene una auto imagen devaluada quiere llamar la atención pues se siente sola, cree que no la toman en cuenta, tiene baja autoestima, y su mundo interno está fragmentado, busca identidad propia para poder relacionarse. Muestra aislamiento emocional y debilidad. Trata de compensar su imagen mostrando firmeza.

Ella como individuo maneja intolerancia en la situación de dependencia.

El contenido emocional y el afecto trata de controlarlo de manera omnipotente.

La imagen de la madre lo muestra como fantasía independiente e intolerante sin identificación alguna, restrictiva y con elementos de rigidez.

La imagen del padre lo muestra frío con desequilibrio de personalidad con tendencias a evitar o diferir la satisfacción emocional.

La dinámica de la familia la percibe fría, con falta de afecto con tendencias regresivas, no existe relación entre ellos pues cada uno vive en su propio mundo, se siente culpable por

no tener la familia perfecta y trata de compensarlo rescatando en la fantasía viendo a sus nietos como hijos propios junto a su esposo.

El tipo de vínculo que presenta es simbólico lo cual le crea una estructura inadecuada, por lo tanto sus relaciones interpersonales son ambivalentes, frustrantes, de separación y de huida. Se siente excluida y aislada tiene dificultad para relacionarse con las personas principalmente con el sexo masculino.

3.7 Examen Mental

Paciente femenino, cuya edad aparente coincide con la edad cronológica, se presenta con aliño e higiene adecuados, mostrando buena cooperación. Orientada en las tres esferas: tiempo, lugar y persona, sin alteraciones en la línea del pensamiento. Su atención y concentración son de alerta, su lenguaje en tono, volumen y velocidad ligeramente inadecuados, llega a meta con ayuda, su discurso es coherente y congruente, su memoria no es del todo buena, su juicio es autocrítico, presenta alteraciones en la percepción, su afecto es depresivo, su talante es preocupada, presenta alteraciones en la marcha, se establece un buen rapport.

3.8 Diagnóstico

MTRR presenta estructura neurótica donde predominan los rasgos depresivos y orales.

3.9 Pronóstico

Es favorable dado que hay conciencia de sus limitaciones y conflictos.

3.10 Sugerencias

Se sugiere continuar con tratamiento Tanatológico y Psicoanalítico para que le permita fortalecer la figura yoíca, ya que de acuerdo con Melanie Klein los factores decisivos para el desarrollo mental son las emociones humanas y las fantasías que las expresan con el amor y el odio, de tal forma que pueda integrarlos en un todo. También la estructura del mundo interno en donde la versión que el paciente tiene de su propia historia personal cambie durante el tratamiento.

La etapa de envejecimiento en la que se encuentra la paciente unido a las enfermedades hace que la pérdida de salud sea más dolorosa y tienda a caer continuamente en depresión.

La consejería y acompañamiento Tanatológico son herramientas para apoyo en intervención en Crisis y para ayudar a los familiares de los pacientes por medio de una orientación a sobre llevar la pena que los marga. Sin perder de vista que los grupos de apoyo son básicos.

CONCLUSIONES

Generalmente cuando hablamos de pérdidas nos enfocamos a la muerte, pero debemos abrirnos a un sin fin de posibilidades.

Por pérdida entendemos la carencia o privación de lo que se poseía, pero también engloba el no conseguir lo que se espera, desea o ama.

Desde que nacemos sufrimos una gran alteración, perdemos nuestro espacio seguro y protegido para adaptarnos a lo nuevo y poner en práctica el instinto de vida que ya traemos.

Durante nuestro crecimiento, tenemos etapas de desarrollo normales que hacen vallamos perdiendo momentos de nuestra vida que son gratos y que quisiéramos conservar, pero, lo cierto es que tenemos que dejarlos, aunque, muchas veces nos aferremos a ello.

La cultura, las tradiciones, los lugares, el idioma, la familia son pérdidas que hacemos, y tenemos opción de evitarnos sufrimientos, sin embargo no siempre lo hacemos.

Las pérdidas, materiales, la libertad, los lazos afectivos, nuestra identidad de imagen hace que nos sintamos diferentes y nos detengamos a dolernos de aquello que hemos decidido cambiar ya sea para bien o para mal.

La salud, el proyecto de vida, lo que no se ha tenido nunca, la **muerte** como fin último permite responsabilizarnos de nuestra existencia. Nosotros somos nuestro juez y verdugo. Nuestro bien y mal.

Las pérdidas son la materia prima del quehacer tanatológico, por ello es que el tanatólogo facilita el proceso de vivir el deterioro humano hasta la muerte, siempre buscando la calidad de vida, estableciendo alternativas de adaptación para la familia durante el duelo hasta su aceptación.

El tanatólogo no resuelve el pasado, ni solventa el futuro; actúa en el presente canalizando y optimizando las decisiones y recursos del ser ante la muerte, trabaja el área emocional, social y espiritual del paciente y la familia con previo conocimiento del proceso de vivir la muerte y adaptarse a las pérdidas, a través de técnicas humanísticas.

¿Y TÚ QUÉ ESPERAS?

BIEN VENIDO A LA VIDA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **BELL J.E.** (1980) *“Técnicas Proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad.”* Ed. Paidós. Buenos Aires
2. **BUCAJ J.** (2007) *“El camino de las lágrimas”*. Ed. Océano. México
3. **BUCK J.N.** (1991) *“Manual Y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo Proyectivo H.T.P.”* Ed. Manual Moderno. México
4. **CAMACHO MANRIQUE M.;** *“ introducción a la Tanatología”* . Consejo Nacional difusión y apoyo en Tanatología A.C.
5. **CELENER DE N.G., GUINZBOURG DE B.** (1990) *“El Cuestionario Desiderativo.”* Ed. lugar. Argentina
6. **CORMAN L.** (1967) *“El Test del dibujo de la Familia en la Practica Médico - Pedaqógica.”* Ed. Kepelusz. Argentina
7. **DR. ESCRIBANO J.** (1992) *“Test de la Figura Humana de Karen Machover. Manual de valoración.”* Biblioteca Nueva. Madrid.
8. **DR. PORTUONDO J.** (1 992) *“Test Proyectivo de Karen Machover. (La Fiaura Humana)”* Biblioteca Nueva. Madrid
9. **HAMMER E. F.** (1 976) *“Test Proyectivos Gráficos”* Ed. Paidós. Buenos Aires
10. **KÜBLER-ROSS E.** (2008) *“Sobre la muerte y los moribundos”*. Debolsillo.México
11. **MISHARA B. L., RIEDEL R.G.** (1920) *“El proceso de envejecimiento”*. Ed. Morata. Madrid
12. **SIQUIER DE O. A.L., GARCÍA A.M., Y GRASSANO E.** (1987) *“Las Técnicas Proyectivas y el Proceso psicodiagnóstico.”* Ed. Nueva Visión. Argentina