

La depresión en la vejez

Psicología

Alicia Margarita
Treviño de Marcos

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la vejez. Los ancianos viven un sinnúmero de pérdidas, como la muerte del cónyuge, de un familiar o amigo cercano, disminución o pérdida de capacidades físicas y/o mentales, jubilación, casamiento de los hijos, cambio de vivienda, pérdida de roles etc. Aunado a lo anterior, el aislamiento familiar de que son objeto muchos de ellos, es tierra fértil para la aparición de los cuadros depresivos en la vejez. En ocasiones, las pérdidas son a nivel de fantasía, lo cual dificulta más el reconocimiento de la depresión, ya que a simple vista no existe ningún motivo real que pueda desencadenar el trastorno depresivo.

CAMBIO DE ESQUEMA

En la actualidad, muchos ancianos no corresponden a la imagen que se tiene de ellos como personas enfermas, inactivas, quejumbrosas, sentadas en un sillón de la casa dormitando gran parte del día.

La vida moderna ha traído consigo



ancianos que continúan trabajando, hacen ejercicio, tienen vida social, visitan a la moda, manejan su automóvil y son independientes. Son personas que se fortalecen en su infraestructura laboral, social y familiar y que, a pesar de que también pasan por pérdidas, logran enfrentarlas y reaccionar ante ellas de diferente modo, es decir, sin presentar cuadros depresivos.

La diferencia entre unos y otros ancianos radica en la forma como se ha vivido a lo largo de toda la vida, es decir, quien ha sido una persona depresiva o con tendencia a la depresión y

que además no cuenta con el apoyo de su familia y del medio social en el que vive, fácilmente puede presentar un trastorno depresivo en la vejez; en cambio, aquella persona que se ha caracterizado por su fuerza de carácter, deseos de lucha, vida activa, capacidad para disfrutar y para relacionarse y cuenta además con el apoyo de su familia, no necesariamente va a presentar algún trastorno depresivo en la vejez.

La depresión no se presenta en la vejez en forma automática o por definición, más bien depende del caso en

particular, así como de los factores familiares, sociales y culturales en los que está inserto el anciano. Cada sociedad se rige por sus propias normas, sin embargo, la mayoría de las estructuras sociales determinan el retiro de la vida laboral a personas que muchas veces están en óptimas condiciones para seguir desempeñando su trabajo y que, además, no desean jubilarse.

Esto puede generar cuadros depresivos, ya que se sienten desplazados o inútiles, por lo que es muy importante que se mantengan activos, que convivan en familia y con sus amistades para evitar sentimientos de soledad y rechazo.

HAY PROBABILIDAD

Es probable que los cuadros depresivos se presenten tarde o temprano en la mayoría de los viejos, pero va a ser diferente su duración y la capacidad de recuperación de cada anciano según sea su situación de vida, tanto presente como pasada, así como la pronta y oportuna detección del cuadro depresivo y su adecuado tratamiento.

La psicoterapia proporciona a los ancianos la oportunidad de sentirse escuchados y comprendidos, así como también aprender a aceptar esta etapa última de la vida.

Puede ayudarlos también a lidiar



con enfermedades y miedos a la muerte.

No importa cuánto tiempo les reste de vida, lo importante es que ese tiempo lo vivan lo mejor posible, en armonía consigo mismos y con los demás.

Psicoterapia y Psicodiagnóstico. Niños, adolescentes y adultos.
CELULAR: 044 (81) 8656.9861.

El psicoanálisis

Camilo E. Ramírez Garza

Sigmund Freud (1856-1939) creador del psicoanálisis, definió al mismo en tres aspectos: como método de investigación del psiquismo (del Inconsciente); como tratamiento de las afecciones neuróticas; y al conjunto de teorías psicoanalíticas -en constante cambio y desarrollo- que intentan explicar el funcionamiento psíquico de los sujetos.

Cada uno de los aspectos guarda estrecha conexión con los demás. Pues el tratamiento mediante el psicoanálisis, implica ya una labor de investigación, al mismo tiempo que las teorías psicoanalíticas se ponen "en movimiento" contrastándolas, sea refutándolas, modificándolas, completándolas, etc. De tal forma, la vitalidad de los aportes del psicoanálisis consiste en ser un pensamiento en constante movimiento, -planteando más preguntas que respuestas ya acabadas- de difícil reducción en formulas o "recetas" desgastadas, de qué significa que cosa y qué hacer en determinada circunstancia.

Pero ¿Cómo es que se logra eso? Alrededor de 1895 Freud trataba a personas afectadas por diversos padecimientos aparentemente "neuróticos"; como anestesia sensoriales (no poder sentir) o motoras (inmovilidad de alguna parte del cuerpo); cegueras; vómitos y ascos histéricos; miedos (fobias) aparentemente inexplicables, entre muchos otros; entonces encontró que en ellos el cuerpo se comportaba con otras "leyes".

En dichas personas el cuerpo no funcionaba de acuerdo a su anatomía. Si padecían de cierta enfermedad neurológica, sus síntomas se presentaban de forma extraña e inexplicable, por lo que para muchos se tomaban como pacientes que fingían sus síntomas y por ende les hacían perder tiempo a los médicos que los trataban.

Definitivamente no fue la postura que Freud tomó, pues dichas situaciones inexplicables, más bien le planteaban muchas preguntas.

Eso le permitió ir desarrollando hipótesis al respecto: en las personas afectadas por estos

padecimientos el cuerpo -su anatomía y funcionamiento fisiológico-, está representado en el psiquismo del sujeto, y éste se comporta en función de dichas representaciones.

En ese sentido todo el cuerpo tiene un significado y representación Inconsciente. Dichas hipótesis fueron confirmadas durante e los tratamientos: ir conociendo el o los significados que dichas representaciones tenían para el paciente.

Entonces encontró que los síntomas guardan relación con cierta "escena traumática", y que al ser recordada podía conocerse la razón de su sufrimiento y por consiguiente curarse.

RELACION CON LA SEXUALIDAD

Posteriormente Freud descubrió que dichas escenas tenían relación con la sexualidad (el sentido psicoanalítico de sexualidad es más amplio que el referente común de sexualidad como exclusivamente lo genital y las relaciones sexuales).

Hace referencia al conjunto de representaciones -Conscientes e Inconscientes- que del cuerpo se tienen, los vínculos con los demás, los afectos, genitalidad etc.); y que no siempre habían sido situaciones reales, sino también fantaseadas conscientemente, peligrosas y posteriormente reprimidas (pasando a formar parte de los contenidos reprimidos del Inconsciente) en ese sentido, algo de su sufrimiento tenía implicaciones sexuales y se había hecho Inconsciente.

Aun y que de entrada pareciera lo contrario. Incluso rechazado por el sujeto mismo.

Hallazgos que desde su descubrimiento hasta la actualidad no han dejado de causar polémica y rechazo.

Por otro lado, la vitalidad del Psicoanálisis radica también en las características de su método, el ¿Cómo se investiga? ¿Cómo se realiza el psicoanálisis?.

El método que se utiliza en durante el mismo se llama Asociación Libre. Su desarrollo tomó diversas etapas, ensayos y ajustes.

Finalmente se constituyó debido a la comprobación de su eficacia y congruencia con lo descu-



bierto: los síntomas que hacen sufrir conscientemente, no son sino una manifestación del conflicto de los cuales el sujeto no sabe; es decir sus causas y significados son Inconscientes; y no con decirselos se harán conscientes, sino que tienen que ser descubiertos y reconocidos por la propia persona mediante un proceso de análisis.

LA FUNCIÓN DEL PSICOANALISTA

Por ello la función del psicoanalista no consiste en hacer una explicación, sino en permitir que el analizando la realice.

Por ello, el método consiste en que el psicoanalista solicite al analizando (la persona que desea analizarse no es entendida como paciente, sino como alguien que busca ir ampliando el conocimiento de sí-mismo y su entorno, así como las implicaciones de su sufrimiento, a través del conocimiento de su propio inconsciente) que hable de cualquier cosa que se le ocurra.

Aún y que la considere sin importancia, una trivialidad que no viene al caso decir; o le dé vergüenza o pena.

El proceso consiste en no descartar nada y en no seleccionar nada. Evitando dichos juicios, simplemente se va diciendo lo que se vaya "cruzando" por el pensamiento.

Pueden ser recuerdos, ideas sueltas, opiniones, proyectos a futuro, quejas, fantasías, sueños, preocupaciones, problemas... La postura del psicoanalista es promover y acompañar el proceso de análisis mediante su neutralidad: no sugiriéndole nada al analizando, sino ayudándolo a ir encontrando y planteándose preguntas, respues-

tas, etcétera.

De tal forma que, de acuerdo al método, éste -analizando- decide que decir, por dónde dirigirse para ir realizando su propio análisis, con el apoyo del psicoanalista.

En ese sentido la persona puede al tiempo que va ganando mayor conocimiento de sí mismo, adquirir cierta autonomía sobre quién es y su deseo.

Dicho proceso no es fácil y rápido, pues con semejante regla: asociar libremente, el analizando va encontrándose con dificultades de decir tal o cual cosa (resistencias), ya sea por vergüenza, pena, etcétera.

Después de todo hay cosas que incluso para sí mismo son difíciles de reconocer que se han vivido, pensado, sentido como propios; Desgastarse o desmotivarse por los "aparentes limitados" resultados del análisis; así como por la relación que se establece con el psicoanalista.

En donde éste va ha formar parte de su vida y de su sufrimiento; y en algunas personas esto es vivido y sentido como peligroso, pues se puede llegar a pensar que tiene la culpa de tal o cual cosa.

El motor del análisis consiste entonces en que el analizando, analice todo lo que vaya sintiendo y vivenciando en su relación con el psicoanalista.

Y así reconocer las características básicas de sus relaciones con las personas "afuera" del consultorio y conocer el significado de su sufrimiento, de sus síntomas: ¿Cómo es que sufre?, ¿Cómo es que siempre le sucede tal o cual cosa? ¿Cómo es que sueña con tales situaciones?

Para así poder situarse en una posición más autónoma, desde donde puede decidir sobre su

Efectos y tratamiento del alcoholismo

Aída Ramos Álvarez

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico. Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado; esto último contrasta con los síndromes de abstinencia de los opiáceos como la heroína, que aunque muy aparatosos rara

vez son fatales. Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso, poco frecuente, se llama síndrome de alcoholismo fetal.



TRATAMIENTO

El tratamiento primario comienza con el reconocimiento del alcoholismo como un problema que necesita atención específica, en vez de considerarlo secundario a otro problema subyacente como se hacía antaño. Se están desarrollando rápidamente residencias especializadas para su tratamiento y unidades específicas en los hos-

pitales generales y psiquiátricos. A medida que la sociedad se concientiza de la verdadera naturaleza del alcoholismo, disminuye su consideración como estigma social, los enfermos y sus familias lo ocultan menos y el diagnóstico no se retrasa tanto. Los tratamientos más precoces y mejores están produciendo unas altas y esperanzadoras tasas de recuperación.

Además de resolver las complicaciones orgánicas y los cuadros de abstinencia, el tratamiento pasa por los consejos y entrevistas individualizados y por las técnicas de terapia de grupo encaminadas a conseguir una abstinencia no forzada de alcohol y otras drogas. La abstinencia es el objetivo deseado, a pesar de que algunas opiniones muy discutidas manifiestan que es posible volver a beber con moderación

en sociedad sin peligro. La adicción a otras drogas, sobre todo tranquilizantes y sedantes, es muy peligrosa para los alcohólicos. El Antabús, fármaco que produce intolerancia grave al alcohol, se utiliza a veces como adyuvante. Alcohólicos Anónimos, grupo de apoyo para enfermos sometidos a otros tratamientos, puede servir a veces para la recuperación sin necesidad de recurrir al tratamiento psiquiátrico formal.

A pesar de los resultados esperanzadores del tratamiento actual, se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcohol. En la Federación Rusa un 12 por 100.000 de la población ingresa anualmente en los hospitales para ser tratados de intoxicaciones etílicas agudas. El Plan Europeo de Acción contra el Alcohol de la OMS pretende reducir en un 25% el consumo de alcohol entre 1980 y el año 2000, prestando especial atención a la Europa oriental. En los últimos años, España ha pasado a ocupar el segundo lugar en el mundo en tasa de alcoholismo.

En México, y según las últimas encuestas, el porcentaje de hombres dependientes del alcohol es de 12,5%, mientras que el de las mujeres es de 0,6%. El grupo de edad que manifestó una incidencia más alta fue de 18 a 29 años. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1988).