

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

CATEDRA: PSICOLOGIA FORENSE

PROFESOR TITULAR: JUAN CARLOS DOMINGUEZ LOSTAÑO (PSIC. CLINICO)

PROFESOR ADJUNTO: HECTOR LUIS OTTOLINA (PSIC. CLINICO)

JEFE DE TRABAJOS PRACTICOS: JUAN ATILIO FERNANDEZ (PSIC. CLINICO)

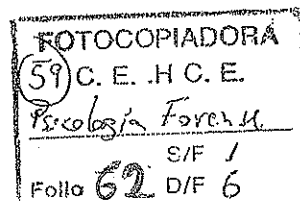
FICHA DE CATEDRA: "GERIATRIA".

Material bibliografico para el Trabajo Practico Nro 8.

Lic. MONICA THEMTHAM

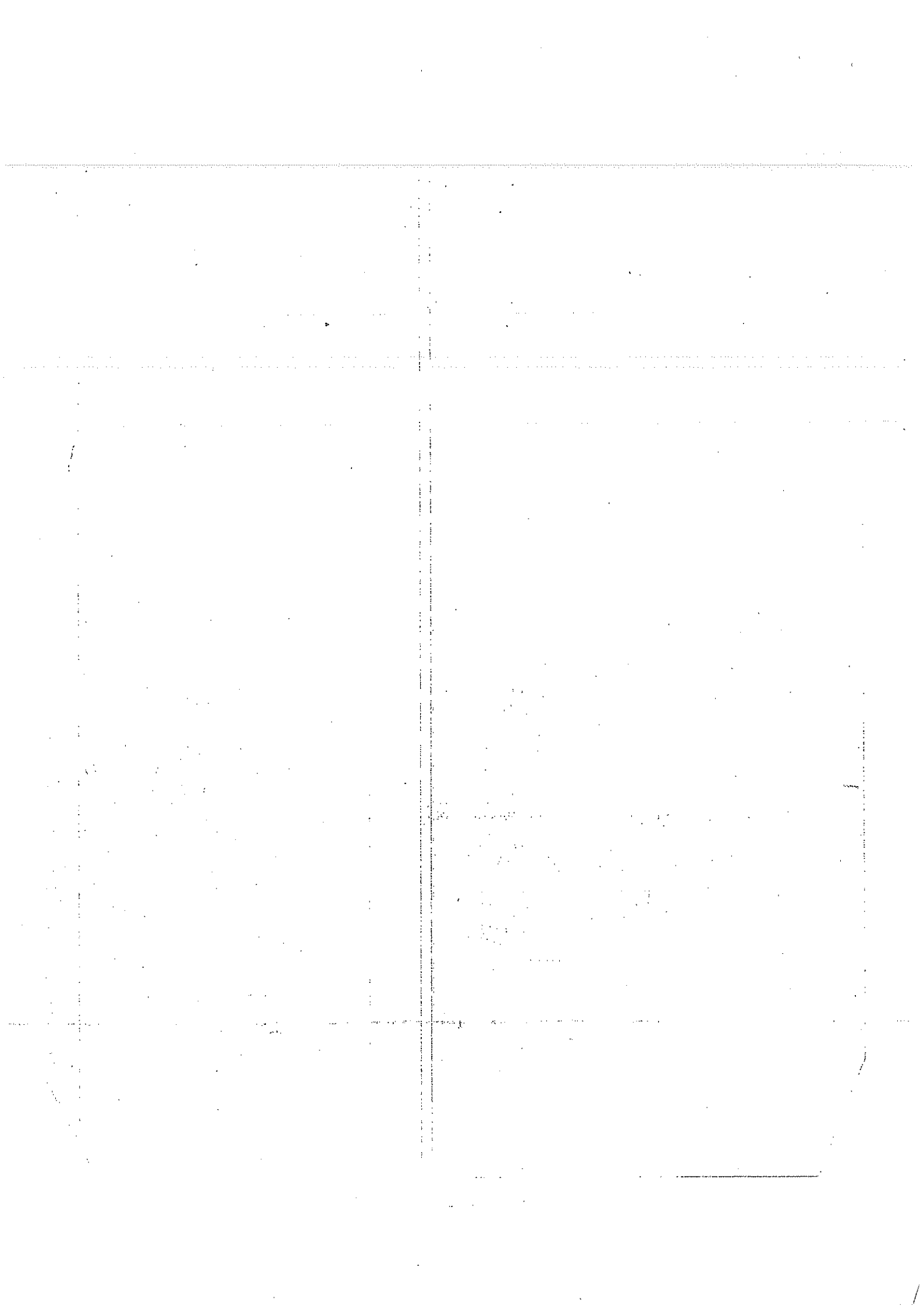
Lic. MARICEL ZAPATA

OCTUBRE, 1994



59--35

(1)



## INTRODUCCION

La variedad de raíces culturales dificultan la generalización de un modelo único de imagen de la VEJEZ. En ciertas áreas urbanas de mayor desarrollo tecnológico predomina el modelo de vejez donde se enfatizan los aspectos negativos, mientras que en áreas rurales y en particular en los grupos indígenas, prima el modelo del "viejo sabio", viejo que se admira, del que se quiere aprender, modelo positivo.

La edad cronológica es un dato generico y el término "anciano" cubre una realidad muy extensa ya sea por la forma de vida urbano-rural, por pertenecer a distintas subculturas y etnias, por estratos socio-económicos diferentes o por desigual capacidad funcional.

El término anciano es heterogeneo tanto a nivel de países, de clases sociales, de salud, etc. No hay una única forma de envejecer, aunque sabemos que ese es el destino de todos. Se reconoce que existen factores psico-sociales y ambientales que influyen en el tipo y calidad de envejecimiento. Si bien el envejecimiento es un destino universal se manifiesta en forma distinta a nivel de órganos y sistemas, individuos y grupos poblacionales.

Si hablamos de variaciones individuales que incluyen criterios biológicos, psicológicos y clínicos particulares, también deberían incluirse otros criterios como la capacidad productiva (qué posibilidades de desempeño en la sociedad tiene por sus características particulares) la integración familiar y social y el estado económico en que se encuentra.

El proceso de modernización de la sociedad parece irreversible, el anciano estorba, molesta, ocupa tiempo, implica una atención particular que impide a los más jóvenes seguir produciendo. Surge así una imagen deteriorada del anciano como resultante de dicho proceso.

Los estereotipos socio-culturales que enfatizan el deterioro, la incapacidad, la inutilidad y la obsolescencia afectan a toda la sociedad y especialmente a los ancianos que introyectan estos modelos. "A los viejós se los aparta, después de habernos servido bien.", cantó Serrat alguna vez.

"La clase pasiva" es el rótulo que llevan como una carga pesada porque les pasó por encima el tiempo de integrar las fuerzas laborales.

¿Qué lugar tienen en nuestras sociedades, en nuestros discursos, en los pequeños y grandes proyectos esos seres a quienes se llama "los viejos", "la tercera edad", "la ancianidad", "los gerontes", "los seniles"? ¿Qué lugar se les propone y desde qué modelo, desde qué marco de referencia?

Los ancianos tienen en alguna medida el lugar de los desechos, se promueve un modelo deficitario del viejo que "ya no sirve para nada", su valor de uso y de cambio se ha anulado.

Nuestra cultura, asume una actitud de rechazo y de

FOTOCOPIADORA	
(59) C. E. H. C. E.	
Folio 35	S/F
	D/F

59 - 35

(2)

1

descalificación ante la vejez y esto se constituye en un factor agravante para el anciano.

Desde lo social aparece como una especie de mandato que invita a su depositación en lugares (más cómodos !) donde se convierten en un capital ya muerto: "que no molesten, que no demanden atención"; así se oye ese discurso que vocifera: "Para estar así mejor que se muera". ¿Mejor para quién? ¿A qué ética responde ese bien para el otro que aún está sostenido por sus pulsiones de vida, luchando contra Thánatos y muchas de las veces a pesar del sufrimiento más cruento?

La clase pasiva, así es llamada dando cuenta de un ordenamiento social que divide a la población en dos aguas, en dos clases contrapuestas: ACTIVA y PASIVA ¿No podría acaso pensarse esta situación como relativa respectivamente al sadismo y al masoquismo?

La sociedad, los que los rodean, exigen que adecuen sus conductas al rol o imagen social que se tiene de ellos, sin importar lo que el individuo quiere para sí; parece ser que el ser viejo trae aparejado el no poder decidir por sí mismo... Así la tercera edad sufre los tabúes de la sociedad más que la carga de los años. Lo cierto es que los viejos de hoy quedan atrapados, pegados, sometidos a un destino que los mata antes de la muerte.

La euforia de las postmodernas consignas del mercado de humanos, nos hace despreciar el hecho de que los ancianos SON nuestra historia viva, que son aquellos que si desaparecieran todos los libros de las bibliotecas, algo podría ser recuperado de nuestro pasado, y tal parece, eso no es muy bueno...

Es así como el "viejo" permanece excluido del sistema de producción y excluido también del sistema efectivo: "No podemos ocuparnos de él, está mejor atendido en el geriátrico con especialistas y con gente de su edad".

El geriátrico se constituye así en una alternativa posible y "convenientemente tentadora" cuya última finalidad es que el viejo no ocupe tiempo de atención de los que aún están en edad de producir.

Los cambios sociales tienden a modificar las estructuras familiares tradicionales; en una sociedad de corte netamente capitalista el viejo queda "afuera" del sistema porque no produce y queda fuera de la familia porque estos están ocupados en producir.

Hay una creciente tendencia a la FAMILIA NUCLEAR por lo tanto no hay lugar para el viejo, lo que crea una demanda de otros lugares que suplan a la familia. Los distintos miembros de ésta se incorporan rápidamente al mercado de trabajo, por lo que el anciano es apartado del rol que venía desarrollando en el seno de esa familia a la que estaba integrado.

Contradictoriamente, se reconocen como reales determinadas necesidades del viejo:

-Se enfatiza en la importancia del medio ambiente y del entorno del anciano para la preservación de su identidad y de la red de relaciones sociales.

- La satisfacción de necesidades afectivas y comunicacionales.
- El mantenimiento de una identidad y rol social (activo y significativo para él y para la comunidad) de un lugar positivo que le permita "sentirse útil". La pérdida del rol laboral en el viejo, de mayor significación en las áreas urbanas, genera aislamiento, marginación y pérdida de la autoestima.
- Una digna seguridad económica que le permita vivir y no subsistir; apuntando al menos a la satisfacción de sus necesidades básicas, incluyendo entre otras, el derecho a la atención médica, a los medicamentos, etc.
- El cuidado, respaldo y contención familiar en situaciones de enfermedad v/o conflictos.
- La importancia de sostener y apuntalar el vínculo entre las personas de edad y su familia, con el objeto de que el anciano pueda continuar viviendo en su hogar cuando pueda y desee hacerlo, con o sin su familia. Es interesante observar cuán negativamente influye sobre el anciano el desarraigo y distanciamiento vivido cuando debe abandonar su hogar, barrio, vecinos, etc.
- La creación de roles y espacios sociales alternativos que suplan de alguna manera los que venían desarrollando, ya que cuando una persona se jubila y deja de ser activa, surgen problemas tales como no saber que hacer con su tiempo libre, etc.

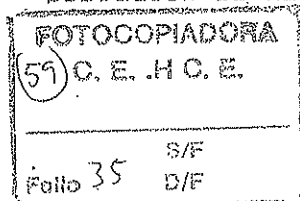
El viejo aparece atrapado en un entrecruzamiento psicopatológico (que sostiene que la degradación y deterioro de lo "bio" justifica el aislamiento y la segregación) y político-social ya que el aumento acelerado de los grupos de edad más avanzada, obstruyen las posibilidades de trabajo de los más jóvenes.

En Argentina tenemos el 9% de la población demográficamente envejecida (mayor de 65 años). La expectativa de vida en nuestro país es de 64 años para las mujeres y 68 para los hombres. El índice de natalidad decrece cada vez más; hoy los hijos que una pareja desea tener, cuando se puede, se los "programa", ya el modelo de hombre y mujer en la sociedad actual es esencialmente productivo: el hombre trabaja y la mujer "moderna" y "liberada" también debe poder "valerse por sí misma", quedando más o menos relegado el rol de madre y la crianza de los hijos. En consecuencia de esto, queda una brecha amplia de adultos que van envejeciendo, y pocos jóvenes que crecen.

#### ALGUNOS MITOS Y PREJUICIOS...

Existen distintos prejuicios que nos habitan cuando hablamos de vejez o ancianidad. Borges definía la vejez así: "La longevidad es el horror de ser en un cuerpo cuyas facultades declinan". Es cierto en general, que determinadas funciones decaen a medida que los años avanzan (oído, vista, etc.) pero de allí a equiparar vejez = enfermedad, hay un largo trecho...

Este es el "modelo" que se vende y que sirve de excusa abandonada para una sociedad capitalista donde la salud mental de la población se halla estrechamente relacionada con que esa



59-35

3

población sea activa o pasiva en la producción: "Es sano el que trabaja".

En relación a esto hay grupos que son menospreciados y sumidos en categorías especiales: los viejos, los locos, los presos, y los menores, que van a recibir del Estado una atención particular en salud, bienestar, etc. por no participar del ciclo productivo. Concluimos que la marginación del aparato productivo produce la marginalidad social como efecto. Si, el viejo es un marginado, es un olvidado. Es en este punto que resulta interesante destacar el papel crucial que juegan los medios de comunicación masiva como creadores y difusores de una determinada imagen cultural del viejo.

Decíamos entonces que igualar vejez a enfermedad sería totalmente erróneo porque partiríamos de una premisa equivocada al pretender hacer un modelo universal del viejo, cuando bien dijimos, la vejez es un destino pero hay formas y formas de ser, estar y sentirse viejo.

Se ha dado en llamar "viejismo" a un conjunto de prejuicios que implican la segregación de los viejos por diversas razones. El prejuiciar implica caer en una trampa porque todos vamos a envejecer o "morir prematuramente". (como dice Simone de Beauvoir) no hay otra alternativa, y voy a ser en algún momento objeto del mismo prejuicio que me habita; el prejuicio y la segregación no me libra después de estar en el mismo lugar.

Esos "otros" no son otros sino nosotros mismos en un futuro no tan lejano, y quizás es por eso que resulta tan rechazada esta temática, tan poco estudiada e investigada.

Otro prejuicio es el tema de la sexualidad. El envejecimiento determina cambios en los ancianos y la imagen corporal sufre transformaciones difíciles de asimilar, esto determina que en muchas ocasiones la sexualidad sea rechazada o negada. Es frecuente que la "actividad sexual" se modifique durante la senescencia, pero no cabe inferir de ello una determinación biológica neta. La capacidad sexual no desaparece con la edad porque la pulsión sexual sigue viva y presente, tampoco se agota con los años. Si bien sabemos que decrecen ciertas funciones orgánicas, deberíamos, a esta altura, poder diferenciar "sexualidad" de "genitalidad".

Otro prejuicio es la TEORÍA DEL DESAPEGO que se halla desarrollada y conceptualizada y que indicaría que el envejecimiento es un proceso donde el viejo "naturalmente" se distancia de lo que quiere, de lo que desea, de sus intereses, de sus cosas. Esto se supone que es Universal, inevitable y que es producto de una determinación psico-biológica; que es intrínseco y no varía en ninguna circunstancia social. En realidad es completamente "operativo" y justificador este discurso acerca de la casi abolición del deseo del viejo, así por ejemplo, se les puede pagar una jubilación paupérrima, total a esta altura que van a querer, si ya están hechos en la vida !!! Obviamente esta teoría al ser absolutamente generalizadora y desconocer diferencias entre las personas, cae en la invalidez

científica.

Los portadores de los prejuicios hacia la vejez son varios, entre ellos podría mencionarse, por citar solo a algunos:

- \*Los médicos (enfermeras y demás agentes de la salud)
- \*La familia de los viejos, que están habitados por esto de "va para qué", de lo que ya no quieren y de la suposición de saber exactamente lo que él necesita; que hacen carne esto de que los viejos son un estorbo y de que hay lugares en donde se lo puede cuidar aún mejor que su familia...
- \*Los propios viejos, que en su gran mayoría aprendieron el "mensaje" de que ya cumplieron su ciclo, no son útiles, y encima molestan.

\*Nosotros, los agentes de salud mental que a veces sostenemos que no vale la pena trabajar con los viejos, pensando que la cronología y el paso del tiempo es un límite para nuestro trabajo. Se parte en general de la premisa de que "al viejo le queda poco", de que nada vamos a cambiar en él que justifique nuestro esfuerzo, trabajando habitualmente desde la muerte, desde lo que ya no es, desde lo que ya no puede ser ni hacer, desde la imposibilidad. Todo esto parece justificar el escaso interés en la problemática gerontológica. Si bien la enfermedad y la muerte suelen aparecer como un real más próximo en la vida del viejo, aún hay vida y mientras ésta se sostenga hay mucho por hacer. También aparece el tema de que para trabajar con viejos, es preciso "tener muchas cosas claras", tales como lo que implica el envejecer, la enfermedad y la muerte que parece, no todos tenemos tan asumido.

En relación a nuestra función específica como agentes de salud, cuando se trabaja con viejos, es importante atender al cuerpo tanto como poder escucharlo a él y a su familia. Si solamente nos quedamos con la palabra, estamos negando o restándole importancia a la cronología, a los años, que es crucial tener en cuenta. Desde nuestro lugar será incluso necesario e imprescindible dar indicaciones precisas (a la familia o a la institución que lo tenga a su cargo) sobre cómo tratar a determinado paciente (indicando por ej. rehabilitación cuando ésta sea necesaria, indicar interconsultas por ej. neurólogo, psiquiatra, cardiólogo, etc.). Hay tiempos y urgencias del cuerpo que no pueden postergarse, se deben atender prioritariamente a veces, más allá de la palabra o la tramitación significativa, o más allá de la contención.

Resulta interesante señalar también que cuando los hijos o la familia deciden la internación del anciano, ahí también se juegan relaciones de poder y de cierta dominación, si se quiera, porque los que pagan, ya sea un tratamiento o un geriátrico son los más jóvenes, la clase activa.

Podríamos distinguir cuatro tipos de instituciones que se relacionan con la tercera edad:

- HOGARES GERIÁTRICOS (asilares)
- HOGARES PSIQUIÁTRICOS (que albergan sujetos con enfermedades orgánicas y psíquicas).

FOTOCOPIADORA	
(59)	C. E. H. C. E.
Folio 35	S/F D/F

59-35

(4)

- HOSPITAL DE DIA (donde el viejo pasa algunas horas de su tiempo con planes terapéuticos alternativos, terapias corporales, etc.).
- INSTITUCIONES CON FINES RECREATIVOS (Clubes de la tercera edad, agrupaciones de jubilados, que se congregan por lo menos por una característica que los iguala y que es la edad cronológica o el estar apartado del sistema productivo. Estas actividades, se consideran terapéuticas en sí mismas).

#### PRINCIPALES CUESTIONES PSICOLÓGICAS DE LA VEJEZ

Pasaremos ahora a enunciar algunas de las características de esta etapa de la vida que denominamos VEJEZ.

En la vejez deben realizarse claramente al menos tres duelos:

- \*Duelo por la pérdida del cuerpo erótico adulto. La autoimagen relacionada con el concepto de lo corporal sufre alteraciones que resultan difíciles de asimilar provocando una disminución de la autoestima.

- \*Duelo por la identidad adulta (ej. por el trabajo que realizaba; la jubilación implicaría un pasaje de activo a pasivo).

- \*Duelo por la pérdida de los objetos y vínculos libidinizados (muerte de seres queridos, cónyuge, migración, separación de los hijos del hogar, abandono de su hogar, etc.).

Fuertes modificaciones en el medio afectan las respuestas individuales. Hoy los hijos abandonan, cada vez más temprano y de manera más abrupta, el hogar paterno. Mientras los padres son jóvenes existe la posibilidad de redistribución de la libido en el área laboral, en los contactos sociales, etc.; pero a medida que se va afirmando el proceso de envejecimiento, las sucesivas pérdidas van acentuando la vivencia de soledad y desamparo.

El no poder preservar elementos en el afuera: trabajo, intereses, amigos, con la inversión y ligazón libidinal aparejados, acentúa los sentimientos de incompletud y soledad; los proyectos van disminuyendo en cantidad y envergadura. El tiempo de realización se va acortando y los que no se han podido llevar a cabo se sumarán a los motivos de insatisfacción personal. Estas renuncias engrosan el bagaje de pérdidas a aceptar.

Siempre y cuando pueda realizarse de alguna manera la redistribución libidinal, estos duelos podrán de alguna manera elaborarse, por ej. adquiriendo nuevos objetos en quienes ligar la libido, tales como otras ocupaciones, nietos, etc.).

El deterioro de importantes funciones sensoriales como el oído y la vista favorecen las características de la vejez tales como el olvido de palabras y la dificultad de concentración.

La caída de la represión favorece que determinados contenidos representacionales accedan libremente a la conciencia, lo que explicaría la recuperación de recuerdos muy lejanos en el tiempo, mientras que el debilitamiento del yo real da cuenta de alteraciones en la distribución de las cargas de atención, lo que se manifiesta en olvidarse de hechos o acontecimientos recientes.

Tenemos un viejo transitando una verdadera crisis a nivel de la



estructura narcisística, de la identidad y de la sexualidad enfrentado a su realidad de ser y por lo tanto sujeto a transformaciones en la sexualidad y en la posición que ocupa dentro de la estructura familiar, en las relaciones interpersonales y en el macro-contexto social. Lo que deberíamos tener en cuenta, es que la vejez no es una enfermedad inhabilitante, es un proceso que se inicia junto con la vida y que forma parte de nuestro devenir. La vejez trae aparejada una paulatina y simultánea restricción de las funciones, pero este proceso no tiene un grado de generalidad absoluto, ya que puede o no acompañarse de un deterioro físico general o de la enfermedad de algún órgano (aunque como ya dijimos, no puede abstraerse la implicancia de lo biológico en este proceso) depende de la inserción socio-económica y de las vicisitudes psíquicas que han determinado una personalidad previa y una estructura psíquica particular. A cada persona le aguardaría entonces, una vejez particular, así como fue singular su historia vital. Claro que un envejecer paulatino, sin dano orgánico, permite acomodaciones autoplásticas. Los procesos agudos, en cambio, rompen la homeostasis. También algunas enfermedades generan situaciones complejas de dependencia psíquica y/o económica de los más jóvenes, lo cual afecta a las personas afeas, sumergiéndolos a veces, en crisis depresivas. Debemos tener claro que aunque el envejecimiento puede ser asincrónico en distintos aspectos, mientras lo biológico involucre, lo psíquico puede evolucionar, desarrollando nuevos intereses y ocupaciones. Envejecimiento no es igual ni equivalente a declinación, sino pensemos en Freud que escribe a los 64 años "Más Allá del Principio del Placer", a los 67 años "El Yo y el Ello", a los 81 años "Análisis Terminable e Interminable" y a los 82 años "Esquema de Psicoanálisis"; con esto queremos decir que a pesar de las pérdidas de los seres amados que lo afectaron profundamente y de un severo sufrimiento físico que lo acosó durante los últimos 16 años de su vida; Freud siguió activo y productivo hasta su muerte a los 83 años, dando un vivo ejemplo de la capacidad creativa en la vejez.

PRINCIPALES CUESTIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LA TERCERA EDAD.

Las llamadas DEMENCIAS PRESENILES; El término "presenil" ha sido objeto de algunas críticas, debido a que el periodo que se considera presenil es el que va de los 40 a los 60 años, y no en todos los casos estas demencias comienzan a esa edad. Lo que es característico de este tipo de demencias es la discrepancia entre la buena conservación física y el deterioro mental que se produce, y es por eso que se ha querido reducir estas enfermedades a un criterio cronológico, si bien se sabe y es necesario tener en cuenta, que existen personas seniles antes de los 60 años, y otras de edad mediana a los 70.

FOTOCOPIADORA  
 (59) C. E. H. C. E.  
 Folio 35 S/P D/P

59-35  
 (5)

Los dos principales cuadros de demencias preseniles son:

#### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

En relación a la etiología, los factores genéticos son determinantes, y se presentan a consecuencia de ellos malformaciones cerebrales.

Los aspectos clínicos característicos son: La enfermedad comienza con fallas en la memoria, especialmente en relación a sucesos recientes. Pueden existir cambios en el aspecto físico, siendo estos especialmente notorios en las personas que anteriormente habían sido cuidadosas y prolijas. Es típico que pierdan la orientación en el espacio y tiempo en lugares que les son familiares. Presentan fluctuaciones entre estados de ánimo que van desde una hiperactividad hasta estados depresivos. En relación a esto, no faltan los casos de intentos de suicidio. Cuando la demencia está muy avanzada, existen alteraciones en el lenguaje y pueden presentarse convulsiones.

En el estado terminal de la enfermedad, caen en una profunda demencia y en una existencia puramente vegetativa.

#### ENFERMEDAD DE PICK:

No es tan frecuente como la primera. También están presentes un componente hereditario y alteraciones en el cerebro.

Aspectos clínicos: La enfermedad comienza de un modo insidioso, con defectos intelectuales que toman la forma de pensamientos lentos y laboriosos, dificultades de concentración y fatigabilidad fácil.

Existen cambios a nivel del afecto, pareciendo atontados unas veces, o riéndose todo el tiempo otras.

En oposición a la enfermedad anterior, se desmorona el "gobierno" ético y moral de la conducta, cayendo muchos en el alcohol, aventuras sexuales o robos.

Son menos frecuentes que en la de Alzheimer los trastornos en el lenguaje y en la marcha. En el estado terminal, se parece mucho a la anterior.

#### ENFERMEDADES MENTALES EN LA SENILIDAD:

Estadísticas recientes sobre las enfermedades mentales de la vejez han delineado un cuadro alarmante del aumento en la frecuencia de entradas en los hospitales.

Los principales grupos de estas enfermedades son:

**DEMENCIA AFECTIVA:** La afección comienza luego de algún disgusto o del retiro del trabajo. Es notorio el cambio en el estado de ánimo que se produce en consecuencia, de una intensidad grandísima. La mejora del estado social y familiar del enfermo no lo afectan, sino que al contrario, comienza a desarrollarse un estado depresivo, y en el curso de pocas semanas aparecen desesperación, pérdida del apetito e insomnio. El enfermo no se figura otro futuro que el de la deterioración total.

Es importante diferenciar el tipo de estado depresivo que se presenta aquí del que aparece en las enfermedades con base orgánica, donde los síntomas son más fragmentarios y fugaces.

Las ideas delirantes que pueden aparecer aquí son de tipo claramente depresivo, a diferencia de las que aparecen en la parafrenia.

En relación a la posibilidad de mejorías en esta afección, debido a que no se trata de una enfermedad con base orgánica, dependerá de la historia particular de cada persona el que mejore o no, así como del apoyo afectivo que obtenga del entorno.

DEMENCIA SENIL: En esta enfermedad existe una desintegración progresiva y gradual del intelecto, embotamiento, falta de respuesta emocional y reducción de la iniciativa. Aunque pareciera que estas son características de todo proceso de envejecimiento, la diferencia es que acá existe una rápida desorganización de la personalidad.

En relación a la etiología, el principal factor es de índole hereditario.

La edad en la que generalmente comienza es a los 70 años, y puede parecer una aceleración brusca del proceso de envejecimiento, pero luego la enfermedad avanza con tanta rapidez que en el término de seis meses el enfermo ha cambiado totalmente su aspecto físico.

No existen pronósticos favorables, sino que el nivel de mortalidad es altísimo, ya que se producen alteraciones terminales del organismo.

Es necesario establecer la diferencia con respecto a la DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA: en esta última existe mejor conservación de la personalidad y síntomas cerebro-vasculares.

#### DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA:

Comienza en el sexto decenio, pero hay casos en que se presenta ya a los 45 años. En la mayoría de los enfermos, los síntomas hacen su aparición después de uno o varios accidentes cerebro-vasculares. La mitad de los enfermos presentan hipertensión. En relación al cuadro clínico, la primera alteración que se produce es en la memoria para los sucesos recientes. También se pueden alterar aspectos intelectuales como la capacidad de concentración. Lo importante es que la personalidad básica se conserva, e inclusive hasta comprende la naturaleza del cambio que le está sucediendo.

El cuadro de desintegración total de la personalidad no aparece hasta muy avanzada la enfermedad, y esto ocurre cuando hacen su aparición ciertos trastornos debidos a trombosis cerebrales. Finalmente la muerte se debe a un accidente cerebrovascular o a una neumonía.

#### PARAFRENIA TARDIA:

Un grupo de trastornos paranoides de los viejos se presentan sobre el fondo de una personalidad bien conservada. En el sistema delirante tienen importancia las ideas sobre sus propiedades, su dinero, la atención hostil de los vecinos o la intención sexual de las personas. Al principio de la enfermedad, el paciente se

FOTOCOPIADORA	
(59) C. E. H. C. E.	
Folio 35	S/F D/F

59-35

(6)

se vuelve más tranquilo y solitario y evita los amigos. No lee diarios ni cartas, la leche que le llevan está envenenada. Pero aparte del campo delirante, su capacidad de juicio y de razonamiento no se hallan alteradas. Las ideas delirantes presentan mayor sistematización que en la demencia senil y no son tan fluctuantes como en la arteriosclerosis. El pronóstico en cuanto a la vida es más favorable que en la demencia senil. No es favorable el pronóstico en cuanto al restablecimiento.

#### CUESTIONES FORENSES EN RELACION A LA GERIATRIA

La INSANIA será lo que se buscará detectar para poder realizar la internación. Esta es codificable en el Código Civil, y determina la pérdida al derecho de la posesión de bienes y libre circulación; se priva al anciano de su LIBERTAD y se INTERDICTAN sus bienes, vale decir, no puede disponer libremente de ellos, no puede viajar, vender ni comprar nada. Se lo institucionaliza y recluye.

Existen cuatro cuadros que obligan a la internación y la JUSTIFICAN:

- DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA
- DEMENCIA SENIL
- PARAFRENIA TARDIA
- DEMENCIAS PRESENILES (Alzheimer y Pick).

Se considera que en estos cuadros, no hay forma posible de abordaje, porque hay un deterioro regresivo grave del sistema nervioso, donde la enfermedad aparezca como irreversible y anula la cura como cuidado.

CURA, viene del alemán y significa "cuidar", por eso se dice que alguien está CURADO cuando se puede cuidar a sí mismo. El psicólogo, tiene aquí que DEMOSTRAR ante el Juez y ante el Tribunal, que la persona es capaz o no de valerse por sí misma. Aquí los Test adquieren gran importancia como medio de comprobación y validez científica. Si el psicólogo determina la INSANIA, debe dejarlo en manos de la CURADURIA, se asigna un CURADOR, que no es quien va a devolverle la salud al sujeto enfermo, el curador es quien va a administrar sus bienes y lo va a acompañar. Nombrar un CURADOR, es nombrar "quien cuida DE" y no "quien le devuelve la salud A".

Para que se nombre un Curador entonces, es necesario que se compruebe la insania, CONDICION POR LA CUAL SE CONSIDERA AL SUJETO "ENFERMO" DE MANERA DURADERA O DEFINITIVA.

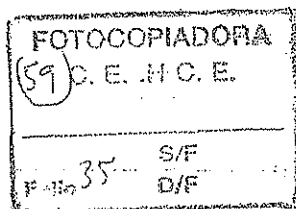
"ENFERMO", significa INFIRME: no está firme quien por alguna razón se siente mal, esto implica haber perdido la firmeza. Podemos concluir, entonces, que se le asignará un Curador a quien no está firme (enfermo) y se considere que tampoco tendrá posibilidades de recuperar su salud.

Nuestro lugar de Psicólogos apunta no solo a detectar esto en lo que incumbe al ámbito de entrecruzamiento de lo legal y lo

psicológico, no apunta solo a la consideración del sujeto, sino también a la posibilidad que tenemos de hacer uso de los recursos familiares y amistosos de que el sujeto dispone.

Se trataría de consolidar una red de contención y sostén para el anciano, que le permita mejorar o al menos sostener sus condiciones de vida. se tratará por todos los medios y recursos, evitar la institucionalización al menos que esta se imponga y sea realmente necesaria.

Debemos tratar de evitar esas internaciones compulsivas, donde la familia solo pretende delegar sus responsabilidades a las instituciones, convirtiéndolas en verdaderos asilos y depósitos. Hay que evaluar objetivamente cual es el pedido que se hace y que hay detrás de eso cuando se solicita una internación.



59--35

(7)

#### OBRAS CITADAS

- "PSIQUIATRIA CLINICA", W. MAYER-GROSS, E. SLATER, M. ROTH. Volúmen 3. Editorial Paidós. (1958).
- "CONFERENCIA LATINO-AMERICANA Y DEL CARIBE DE GERONTOLOGIA". Bogotá, 9-13 de junio de 1986. Organizada por el Centro Internacional de Gerontología Social y el Instituto de Desarrollo Educativo Latino-Americano. En colaboración con la D.N.U, el F.N.U.A.P y la O.M.S.
- Artículo del Diario "PAGINA 12": "VIEJOS SON LOS TRAJOS". Los problemas de la tercera edad. Por Ana María Gómez, Psicoanalista. (septiembre, 16 de 1993.)
- "APROXIMACION A LA VEJEZ", Graciela Petriz (1991).
- "SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD", Nora P. de Pszemirower (Psicóloga), Pszemirower, Santiago (Médico Geriatra). 1989.
- "EL VINCULO CONYUGAL EN LA TERCERA EDAD". Lic. Solchi Lifac. En Actas Cuartas Jornadas anuales A.A.P.P.G. (Bs. As. 1988)
- "PSICOLOGIA DE LA VEJEZ", Adicci Eduardo.
- Teórico de Juan Carlos Domínguez del 25/10/93
- Seminario de "CLINICA CON VIEJOS", a cargo de la Lic. M. Laura Dagostino. (Mayo, 1994).