

Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento

*Nuevos aportes al campo de la intervención
e investigación en psicogerontología*

**DIRECTORA DE LA
INVESTIGACIÓN**

Dra. Graciela Zarebski

INVESTIGADORES

**MG Carmen De Grado,
Dra. Alicia Kabanchik,
MG Silvia Kanje,
Lic. Aracelli Marconi,
Dra. Myriam Monczor
Dr. Ricardo Tornatore**



Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento

Nuevos aportes al campo de la intervención e investigación en psicogerontología

Compiladora
Aracelli Marconi

Autores
*Graciela Zarebski - Alicia Kabanchik - Silvia Kanje - Myriam Monczor
Ricardo Tornatore - Carmen De Grado - Aracelli Marconi*

Índice general

Prólogo..... 7

NARCISISMO, RESILIENCIA Y FACTORES PROTECTORES EN EL SUJETO ENVEJECIENTE.

Aracelli Marconi

A. Introducción

B. Materiales y método

B.1 Muestra

B.2 Diseño de investigación

B.3 Instrumentos utilizados

B.4 Procesamiento y análisis de datos

C Resultados iniciales

C.1 Narcisismo

C.2. Factores Protectores en el Envejecimiento

C.3 Resiliencia

C.4 Diferencias según género

C.5 Diferencias según lugar de residencia

D. Reflexiones finales

Bibliografía

ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO. Silvia A. Kanje

A. El envejecimiento poblacional

B. Presentación de la muestra

Bibliografía

FACTORES PROTECTORES PARA EL ENVEJECIMIENTO. Graciela Zarebski

A. Introducción

B. Factores de Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico
y Factores Protectores

C. Inventario de Factores Protectores para el Envejecimiento (FAPREN)

C.1 Dimensiones evaluadas

C.1.1. 1 Flexibilidad y disposición al cambio

C.1.2. 11 Auto-cuestionamiento

- C.1.3. III Auto-indagación, reflexión y espera
- C.1.4. IV Riqueza psíquica y Creatividad
- C.1.5. V Pérdidas, Vacíos, Compensación con ganancias
- C.1.6. VI Auto-cuidado y Autonomía
- C.1.7. VII Posición anticipada respecto a la propia vejez \
- C.1.8. VIII Posición anticipada respecto a la finitud
- C.1.9. IX Vínculos inter-generacionales
- C.1.10. X Diversificación de vínculos e intereses
- D. Resultados a partir de la aplicación del FAPREN en el presente estudio
- E. Reflexiones Finales
- Bibliografía

PERSONALIDAD, NARCISISMO Y ENVEJECIMIENTO. Alicia B. Kabanchik

- A. La evaluación del narcisismo en el presente estudio
- B. Personalidad
 - B.1. Concepto de personalidad madura (Allport 1977)
 - B.1.1. Características
- C. Rasgos de personalidad
- D. Trastorno General de la Personalidad
 - D.1. Clasificación de los trastornos de personalidad
- E. Trastorno narcisista de la personalidad (TNP)
- F. Narcisismo. Aportes Psicoanalíticos
 - F.1. Autores post freudianos
- G. Narcisismo y Envejecimiento
 - G.1. Autoestima
 - G.2. Envejecimiento
 - G.3. Envejecimiento activo
- H. Reflexiones Finales
- Bibliografía

LA RESILIENCIA EN EL ENVEJECIMIENTO. Myriam Monczor

- A. Resiliencia
- B. Respuesta al estrés
- C. Estrés y cuerpo

D. La evaluación de la resiliencia en el presente estudio

Bibliografía

DEPRESIÓN VERSUS FACTORES PROTECTORES PARA UN ENVEJECIMIENTO

SALUDABLE. Carmen de Grado

A. Depresión y Factores Protectores en el envejecimiento

B. Yo Ideal versus Ideal del Yo

C. El sentido de la vida

Bibliografía

FUNDAMENTACIÓN DE LA INCLUSIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA INVESTIGACIÓN. Ricardo Tornatore

A. El deterioro cognitivo leve en la presente investigación

B. Descripción del deterioro cognitivo leve

C. Fundamentación del instrumento: Addenbrooke's Cognitive Examination

D. Resultados de nuestra investigación

E. Reflexiones finales

Bibliografía

CONCLUSIONES

NARCISISMO, RESILIENCIA Y FACTORES PROTECTORES EN EL SUJETO ENVEJECIENTE

*Aracelli Marconi*¹

A. Introducción

La revolución demográfica ocurrida a partir del siglo veinte enfrenta a la Psicogerontología -al igual que a otras disciplinas científicas- con importantes desafíos para la investigación e intervención. La modificación de la pirámide poblacional y el aumento significativo de personas mayores en la comunidad, requieren de profesionales especializados que puedan responder a las nuevas demandas surgidas de esta población envejecida y de la dinámica de su entorno.

Este escenario poblacional actual es sin duda consecuencia del avance de la ciencia y la tecnología a lo largo de los últimos decenios. Implica a nivel individual, la extensión del límite biológico y otorga al sujeto envejeciente una mayor expectativa de vida. Sin embargo, es injerencia de los profesionales que actúan en el campo interdisciplinario de la gerontología, generar propuestas que favorezcan la salud psicofísica, dignidad social y calidad de vida de las personas mayores ya que en muchos casos, el envejecimiento se asocia a la enfermedad, la dependencia y la marginalidad.

Por otro lado, el proceso de envejecimiento en tanto fenómeno poblacional e individual requiere de investigaciones e intervenciones psicogerontológicas que consideren no sólo la problemática social actual, sino las necesidades de las nuevas generaciones que próximamente devendrán adultos mayores. Siendo funda-

1. Psicóloga UBA. Especialista en Psicogerontología. Participó de diferentes investigaciones UBACyT. Actualmente integra el equipo de docentes e investigadores de la Escuela de Ciencias del Envejecimiento, Universidad Maimónides. Directora de diferentes Tesis de Maestría y de Beca de Investigación SACyT. Coautora de artículos científicos en revistas nacionales e internacionales y de capítulos de libros.

mental para su análisis, la participación de diferentes enfoques y miradas que se engarcan en un modelo multidimensional basado en variables de la persona mayor y de su entorno.

En este sentido y tomando los aportes de Morín (2004) respecto a la epistemología de la complejidad, el presente escrito se asienta en una concepción psicogerontológica que no fragmenta el estudio del entramado vital, sino que considera el abordaje integral de todo el proceso de envejecimiento.

El acercamiento holístico al sujeto envejeciente involucra necesariamente reconocerlo como *una totalidad* que funciona de manera integrada y que se encuentra en constante interacción con su medio. Aproximarse a sus problemáticas y recursos, implica no sólo considerar su historia vital, los acontecimientos vividos y los deseos atemporales, sino también explorar el contexto de su vida cotidiana incorporando sus ámbitos familiares y comunitarios de inserción. En definitiva, reconocer el entramado biológico, social y subjetivo que lo constituye.

Es imposible analizar entonces el envejecimiento desde una sola perspectiva. Dado que constituye un objeto de estudio complejo, requiere de una mirada interdisciplinaria que tenga en cuenta aspectos somáticos, psicológicos, históricos y ambientales. Una óptica que abarque la diversidad y sea superadora posiciones reduccionistas.

B. El presente estudio

Traspassando las fronteras disciplinarias y engarzando múltiples perspectivas, surge este escrito como resultado de una investigación multicéntrica, dirigida por Graciela Zarebski con sede en la Universidad Maimónides, Especialización y Maestría en Psicogerontología. El equipo investigador está formado por Alicia Kaban-chik, Silvia Kanje, Myriam Monczor, Ricardo Tornatore, Carmen De Grado y Aracelli Marconi. Todos profesionales de diferentes ciencias que confluyen en el campo de la Psicogerontología y realizan sus aportes desde una mirada interdisciplinaria e integral como manera de entender la complejidad del sujeto envejeciente.²

Dado que no sólo el soma se ve afectado como consecuencia del paso del tiempo sino que también ocurren cambios psicológicos, cambios en la relación con los otros y en la posición que ocupa la persona mayor en su ambiente, el presente estudio entiende al envejecimiento como un proceso normal y vital del ser humano que va más allá de los aspectos cronológicos marcados por la edad y la biología.

2. Agradecemos la colaboración de los profesionales del Área de Adultos Mayores y de Consultorios Externos de Proyecto SUMA, -Caba. También un agradecimiento especial a las licenciadas Silvia Bidart, Rut Fidel, Paula Huarte e Ivana Pucheta de la Clínica de Psicopatología del Mar- Mar del Plata.

La variabilidad en la calidad del envejecimiento observada en las diferentes áreas de atención psicogerontológica, pone en evidencia que el desgaste de lo orgánico por el paso del tiempo o las condiciones culturales adversas no son los únicos determinantes del devenir del sujeto envejeciente. Aspectos personales tales como la fortaleza emocional, la plasticidad frente a los cambios, la apertura a lo nuevo, los intereses variados y la búsqueda del intercambio con los otros funcionarían como facilitadores del afrontamiento de las dificultades cotidianas y del sostenimiento de la salud psicofísica.

Tal como plantea Zarebski (2005) el envejecimiento involucra no sólo un *proceso* sino también un *trabajo psíquico*. Por un lado, los planos social y biológico denotan la temporalidad a partir de sus marcas, hitos y rituales. Y por otro lado, el trabajo psíquico del envejecer realizará el esfuerzo de elaborar esas huellas mientras se intenta sostener la propia identidad. El devenir de esta labor totalmente atemporal, pondrá en marcha distintas alternativas o maneras de posicionarse frente al envejecimiento.

Siguiendo la propuesta de la autora mencionada, consideramos básicamente dos modalidades principales: una que llevará al sujeto a un envejecimiento normal y otra que expresará la patología en el camino del envejecer. Aquellos sujetos que cuentan con los recursos psíquicos necesarios para un envejecimiento normal, pueden procesar anticipadamente su propia vejez incluyéndola como un ideal a alcanzar. Logran elaborar gradualmente los cambios que conlleva el paso del tiempo, incorporando la idea de finitud y el sentido de trascendencia. Afrontan las dificultades de la vida diaria tomando experiencia de lo vivido, adaptándose positivamente aún en situaciones desfavorables. Diversifican sus intereses y puntos de apoyo a partir del intercambio con la comunidad y con su contexto inmediato. Admiten las diferencias generacionales y son capaces de autocrítica.

Quien desarrolla estos recursos a lo largo de su vida o tiene la suficiente flexibilidad como para realizar los cambios necesarios a tiempo, devendrá en un adulto mayor capaz de hacerse cargo de su autocuidado. Podrá reflexionar sobre sus propios prejuicios y cuestionar el lugar que socialmente se le otorga. Tendrá posibilidades de reconocer sus angustias y temores a la vez que logrará poner en marcha las estrategias de afrontamiento necesarias para superarlos (Zarebski 2011).

Los diferentes ámbitos de atención psicogerontológica reciben cotidianamente personas mayores que cursan un envejecimiento patológico como desenlace posible de su vejez; por eso es de suma relevancia avanzar en la comprensión de las condiciones psíquicas que facilitan uno u otro posicionamiento. El conocimiento de estas condiciones y sus relaciones, preparará el camino para una mejor tarea preventiva.

Sostenemos que explorar el entramado de factores biológicos, sociales, psíquicos

cos, de personalidad -con eje en la calidad del narcisismo-, historia de vida individual y capacidad resiliente, permitirán comprender mejor cómo se construye una u otra alternativa aún desde momentos previos a la vejez. El aumento de conocimiento sobre dicha integración biopsicosocial, unido a la mayor expectativa de vida, otorgan la posibilidad de realizar un trabajo psíquico anticipado y desplegar los recursos necesarios para un buen envejecer.

En consecuencia, nos proponemos reflexionar sobre las condiciones de vulnerabilidad emocional -factores de riesgo psíquico, problemática narcisista- y de resiliencia -factores protectores- que van armando el devenir particular de cada sujeto. Consideramos que detectar el riesgo a tiempo permitiría intervenir de manera adecuada sobre aquellos aspectos psíquicos que obstaculizan el camino hacia el envejecimiento saludable. A la vez que nos ayudaría a potenciar los factores protectores predominantes.

Si bien los aportes teóricos que sustentan la presente investigación son el resultado de largos años de práctica profesional y estudio de casos clínicos de los investigadores que forman parte de este equipo de trabajo, nos propusimos llevar adelante una investigación enmarcada en un enfoque metodológico cuantitativo, que permita observar empíricamente el comportamiento de algunas de las variables mencionadas.

En síntesis, nos interesa reflexionar sobre la relación empírica existente entre el narcisismo como rasgo de personalidad, la resiliencia en tanto cualidad positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual y los factores protectores como características psíquicas detectables en un individuo que reducirían el riesgo de envejecimiento patológico, en la población de personas mayores.

Ha sido nuestra intención explorar si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las cualidades personales que benefician la adaptación individual resiliente y en cuanto a los factores protectores en el envejecimiento, entre aquellos sujetos más narcisistas y los sujetos con menor prevalencia de rasgos narcisistas. También nos propusimos indagar si se presentan diferencias de acuerdo al género y el lugar de residencia. Y realizar un primer aporte para comenzar la adecuación de los instrumentos utilizados, al grupo poblacional en estudio.

C. Materiales y Método

C.1 Muestra

Se evaluó un total de 129 adultos mayores, mujeres y hombres de más de 60 años, que habitan en el Área Metropolitana (CABA y Gran Buenos Aires) y en el

Partido de General Pueyrredón (Mar del Plata y Miramar), provincia de Buenos Aires. Provenientes de diferentes ámbitos de atención psicogerontológica. Dichos sujetos fueron seleccionados de manera no probabilística y aceptaron voluntariamente participar de la presente investigación.

Las consideraciones en torno a esta muestra general se analizarán en el primer capítulo, referido a aspectos sociodemográficos.

Cabe aclarar que el 74% (N 96) de la totalidad de sujetos evaluados no presenta deterioro cognitivo (=sujetos ‘normales’ o con deterioro cognitivo leve) ni depresión severa de acuerdo a los criterios del *Addenbrooke’s Cognitive Examination* (ACE) y la versión abreviada del *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Yesavage. El 60% (N 58) de este grupo son mujeres y el 40% (N38) hombres. Con una media de edad de 74 años y un desvío de 8,668.

Las reflexiones presentadas a partir del capítulo dos, articulan los desarrollos teóricos con los resultados obtenidos en este grupo muestral.

C.2 Diseño de investigación

El estudio propuesto se inscribe dentro de un enfoque metodológico cuantitativo. Se basa en un diseño de corte transversal y pretende un alcance de tipo descriptivo correlacional, en función del establecimiento de las relaciones entre las variables evaluadas.

C.3 Instrumentos utilizados

Cuestionario Sociocultural. A fin de evaluar un rango amplio de variables sociodemográficas se elaboró un instrumento que permite indagar sobre aspectos tales como edad, nivel de escolaridad, sexo, estudios alcanzados, condición laboral, algunos índices socioeconómicos, enfermedades agudas o crónicas, sucesos de vida y hábitos, entre otros aspectos que se consideraron relevantes para la investigación.

Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage (1983). La valoración del estado de ánimo depresivo, se realiza a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La escala original es autoadministrable y está formada por 30 preguntas dicotómicas que se responden por sí o por no. En esta investigación se utilizará la versión abreviada, de 15 preguntas (SheiKh & Yesavage 1986). La ventaja de esta versión está en la reducción de la fatiga y de la pérdida de atención. En una investigación de Martínez de La Iglesia, Onís Vilches, Dueñas Herrero, Albert Colomer, Aguado Taberné, Luque Luque (2002) la cual tiene como objetivo adaptar y validar al castellano la versión abreviada de la GDS, se ha encontrado que las medidas de confiabilidad y validez para la versión adaptada han resultado aceptables y similares a las del cuestionario original.

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE. Mathuranath *et al.* 2000). Esta prueba consiste en una batería que puede ser administrada en un tiempo breve y que permite evaluar seis dominios cognitivos: orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidades visuoespaciales. Incluye también los 30 puntos del MMSE y amplía su información. Sarasola, Calcagno, Sabe, Caballero, Manes (2004) realizaron un estudio en nuestro país que demuestra que el ACE en español es confiable para detectar demencia y orientar el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemoral en la práctica clínica de rutina.

Narcissistic Personality Inventory (NPI. Raskin y Terry 1988. Adaptación de la versión abreviada: García Garduño y Cortés Sotres 1998). El objetivo fundamental del NPI es estimar en qué grado los individuos difieren en narcisismo como rasgo de personalidad, en poblaciones normales. Evalúa un constructo general y siete componentes: a) Autoridad (dominancia, asertividad, liderazgo, criticidad y autoconfianza); b) Exhibicionismo (búsqueda de sensaciones, extraversión y falta de control de impulsos); c) Superioridad (capacidad para tener estatus, presencia social, autoconfianza e inflación del ego); d) Vanidad (creencia de que uno es físicamente atractivo), e) Explotación (rebeldía, inconformidad, hostilidad y falta de consideración y tolerancia hacia otros); f) Pretensión (ambición, necesidad de poder, dominancia, hostilidad, dureza y falta de autocontrol y tolerancia hacia otros) y g) Autosuficiencia (asertividad, independencia, autoconfianza y necesidad de logro). En la investigación realizada por García Garduño y Cortés Sotres (1998) en México, a todos los participantes se les aplicó el formato de 40 ítems del NPI (Raskin y Terry, 1988) en su versión traducida al español. De acuerdo a los adaptadores, el comportamiento del NPI en español es relativamente similar la versión en inglés y presenta características psicométricas semejantes.

Escala de Resiliencia (ER. Wagnild y Young 1993. Adaptación: Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli, y Labiano 2009. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina). Es una escala diseñada para identificar cualidades personales que benefician la adaptación individual resiliente. Los autores definen a la resiliencia como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual. El instrumento está formado por 25 ítems con opciones de respuesta que varían desde 1: totalmente en desacuerdo a 7: totalmente de acuerdo. Los adaptadores afirman que esta Escala de Resiliencia traducida al español hablado en Argentina, posee las propiedades psicométricas necesarias para su utilización en nuestro país.

Inventario de Factores Protectores en el Envejecimiento (FAPREN. Zarebski y Marconi 2013). Este instrumento fue elaborado con el fin de evaluar los factores psíquicos protectores del envejecimiento patológico. Consta de 80 ítems agrupados

en 10 dimensiones. Los factores de riesgo psíquico son aquellos que producen un aumento en la probabilidad de ocurrencia del envejecimiento patológico, siendo los factores protectores aquellos que disminuyen esta probabilidad, favoreciendo el desarrollo psicosocial y la mejor calidad de vida. Las características detectables por este instrumento que reducirían la vulnerabilidad al envejecimiento patológico se evalúan siguiendo las presentes dimensiones o factores: FI. Flexibilidad y disposición al cambio. FII. Autocuestionamiento. FIII. Auto-indagación, reflexión y espera. FIV. Riqueza Psíquica y creatividad. FV. Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias. FVI. Autocuidado y autonomía. FVII. Posición anticipada respecto a la propia vejez. FVIII. Posición anticipada respecto a la finitud. FIX. Vínculos intergeneracionales. FX. Diversificación de vínculos e intereses.

C.4 Procesamiento y análisis de datos

Se trabajó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS 22.0 (versión 12).

Se evidencian valores de medias, mediana, asimetría y curtosis que muestran que la mayor cantidad de observaciones no se concentran en los valores intermedios de la variable, dando lugar a una ‘distribución anormal’ de puntuaciones.

La prueba de normalidad de Shapiro Wilk efectuada para cada variable mostró que las distintas distribuciones se apartan significativamente de un modelo normal ($p < .001$). Dada esta situación, se determina trabajar con pruebas no para métricas a fin de responder a los objetivos del presente estudio.

Se efectuaron análisis descriptivos para conocer valores medios y desvíos estándares, entre otras medidas de tendencia central y variabilidad. Dado que la distribución no es ‘normal’ se consideraron más representativas las medidas de posición (mediana y puntajes percentilares).

Se realizó análisis de asociación entre las variables de interés a través de la prueba de correlación *Rho* de Spearman fijando el error de tipo I en .05 y considerando la fuerza de la asociación para estimar el tamaño del efecto y controlar de modo indirecto el error de Tipo II.

Las diferencias entre grupos respecto de las variables de interés, fueron analizadas con la Prueba U de Mann-Whitney. Los criterios para establecer cuándo un puntaje es bajo, moderado o alto en narcisismo, resiliencia y factores protectores fueron determinados considerando los cuartiles (01, 02 y 03) y son los que se presentan en cada uno de los capítulos siguientes.

También se analizaron las diferencias según género y lugar de residencia para todas las variables de interés, con la Prueba U de Mann-Whitney.

D. Resultados iniciales

Se presenta a continuación, a modo de resumen, una breve descripción de los principales resultados hallados. Los mismos serán luego retomados, ampliados y discutidos en los siguientes apartados de este libro.

Dentro de las reflexiones de cada capítulo, la información se organiza exponiendo para cada variable a) los estadísticos descriptivos y b) la distribución de puntajes por variable según cuartiles (01, 02 y 03). Se discuten e) los principales análisis de correlación que resultaron significativos en función de los supuestos del presente estudio y d) la distribución percentilar.

D.1 Narcisismo

- Si bien se realizó una revisión lingüística del NPI luego de la prueba piloto inicial, los sujetos evaluados tuvieron dificultades para responder a la dicotomía presentada por la herramienta para cada una de las afirmaciones. Planteando esta situación un importante sesgo en el estudio y cuestionando la fiabilidad y validez de los datos.

- En términos generales, los puntajes medios obtenidos para narcisismo fueron menores que los de la muestra normativa (García Garduño y Cortés, Sotres 1988). La situación ‘de distribución anormal’ de puntuaciones referida en el apartado anterior se agudiza en la variable narcisismo y sus componentes, dada la acentuada asimetría positiva.

- Tomando los puntajes de corte según cuartiles, no se observan diferencias significativas en el sentido supuesto entre los sujetos con elevado y bajo narcisismo.

- Cabe preguntarse si esta situación responde a las características propias de los sujetos que integran la muestra, o a las dificultades presentadas con el instrumento para esta población específica de personas mayores. Lo cual destaca una vez más, la relevancia de la variabilidad contextual.

Junto a los aspectos universales que pudieran caracterizar a variables tales como el narcisismo se ponen de manifiesto las particularidades de un determinado grupo cultural -o ‘lo émico’ al decir de Marín (1986)-. Planteo que no sólo implica estudiar los aspectos distintivos de nuestro contexto en particular sino también del momento vital que atraviesan las personas evaluadas.

A partir de los patrones observados en la ejecución de las respuestas, es intención de este equipo de trabajo, continuar profundizando en las singularidades encontradas y seguir analizando las características idiosincráticas que adquiere el narcisismo en personas mayores de nuestra cultura. Con la finalidad de avanzar en mejores equivalencias conceptuales, lingüísticas y métricas (Marín 1986).

- En los capítulos siguientes se reflexiona sobre esta situación y se discuten los resultados de interés, a nivel empírico y teórico.

D.2 Factores Protectores en el Envejecimiento

- La mediana del Total de factores protectores en el envejecimiento corresponde a 59, en un rango de 40 a 75 puntos obtenidos por los sujetos evaluados.

- Los puntajes bajos, moderados o altos considerando los cuartiles (01, 02 y 03) quedaron establecidos de la siguiente manera:

* Escasa prevalencia de factores protectores: puntaje bruto total 52 o inferior.

* Moderada prevalencia de factores protectores: puntaje bruto 53 a 63.

* Elevada prevalencia de dichos factores: puntaje bruto superior a 63.

- La distribución en porcentaje de los sujetos evaluados, dentro de cada diagnóstico, se presenta en el apartado correspondiente.

- Lo mismo que las correlaciones con otras variables de interés, que resultan significativas y relevantes a nivel empírico y teórico.

D.3 Resiliencia

- La mediana para resiliencia es de 144,50 en un rango de 96 a 165 puntos obtenidos por los sujetos evaluados. De acuerdo a los diagnósticos propuestos por el instrumento, el mayor porcentaje de sujetos que conforman la muestra presenta de moderada a elevada resiliencia.

- Los puntajes de corte bajos, moderados o altos considerando los cuartiles (Q1, Q2 y Q3) quedaron establecidos de la siguiente manera para esta muestra en particular:

* Escasa resiliencia: puntaje bruto 133 o inferior.

* Resiliencia moderada: puntaje bruto 134 a 152.

* Resiliencia elevada: puntaje bruto superior a 152.

- La distribución en porcentaje de los sujetos evaluados, dentro de cada diagnóstico, se presenta en el apartado correspondiente.

- Lo mismo que las correlaciones con otras variables de interés, que resultan significativas y relevantes a nivel empírico y teórico.

A las variables anteriormente mencionadas, se agregan el desempeño cognitivo y la depresión, por considerarse que revisten interés teórico para la problemática planteada. Los últimos dos capítulos de este libro reflexionan sobre su incorporación en el estudio y los resultados obtenidos. Interesa principalmente la asociación con las otras variables analizadas.

D.4 Diferencias según género

Hasta el momento, se observa una sola diferencia significativa entre mujeres y

hombres que corresponde a la subescala Pretensión del NPI. Para el resto de las variables las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

D.5 Diferencias según lugar de residencia

No se han observado diferencias significativas en función del lugar de residencia (CABA y área metropolitana; Gral. Pueyrredón) en relación a las principales variables de interés.

E. Reflexiones finales

Tal como se mencionó con anterioridad, el proceso de envejecimiento debe ser estudiado desde la perspectiva de la complejidad. El presente escrito parte de esta premisa y plantea la reflexión en torno a la construcción de resiliencia en el sujeto envejeciente. Pretende ser un aporte al conocimiento de las condiciones psíquicas relevantes para el logro de una longevidad saludable, a pesar de las adversidades que pudieran presentarse en el curso de la vida.

En este sentido, los capítulos siguientes articulan la experiencia clínica, los desarrollos teóricos en el campo de la Psicogerontología y el camino de investigación iniciado por este equipo en torno a las asociaciones entre narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento. Se espera generar un espacio de diálogo interdisciplinar y abrir nuevos interrogantes.

También destacar la relevancia de integrar el campo psíquico a los campos biológico y social de modo de no poner sólo el acento en aspectos parciales (factores sociales, biológicos, sanitarios, etc.). Entendemos las limitaciones del estudio presentado, pero confiamos que sea de utilidad como disparador de nuevas investigaciones en el área.

Bibliografía

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998), *Test Psicológicos*. México OF: Prentice Hall Fernández Ballesteros (2002) *Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García Garduño, J. M., Cortés, Sotres J. F. (1988) *La medición empírica del narcisismo*. *Psicothema*, Vol.10, n° 3, pp. 725-735.
- Marín, G. (1986) *Consideraciones metodológicas básicas para conducir investigaciones en América Latina*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. N°32. 183-192.
- Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M.C., Dueñas Herrero R.C., Albert Colomer A., Aguado Taberné C., Luque Luque R. (2002) Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDI-FAM* Vol.12, N° 10, 620-630.
- Morín E. (2004), *El Método*, Tomo 6. La Ética, Paris: Seuil, col. Points.

- Morín E. (2004) *La epistemología de la complejidad*, *Gazeta de Antropología*, 20, artículo 02. Online en <http://hdl.handle.net/10481/7253>
- ONU (2008) *Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. N.York: Naciones Unidas, mayo 2008. www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/papers/guide-es.pdf-2009-12-02
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Envejecimiento Activo: un marco político*. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2): 74-105.
- Quintanar, F., (coord.) (2011), *Atención Psicológica de las Personas Mayores*, México: Pax.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré M., De Bortoli M. & Labiano L.M. (2009) *Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina*. *Evaluar*, 9, 72 - 82.
- Salvarezza L., (1998) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Bs. As.: Paidós.
- Salvarezza L., (ed.) (2005) *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Bs. As.: Paidós.
- Sheikh JL, Yesavage JA. (1986) *Geriatric Depression Scale (GOS). Recent evidence and development of a shorter version*. *Clin Gerontol* 5: 165-72.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. (1983) *Development and validation of a geriatric depression scale: A preliminary report*. *J Psychiat Res* 17 (1): 37-49.
- Zarebski, G. (2005). *El curso de la vida: diseño para armar*. Bs As: Universidad Maimonides.
- Zarebski, G. (2005). *Hacia un buen envejecer*. Bs.As.: Universidad Maimónides.
- Zarebski, G. (2011) *El futuro se construye hoy*. Bs.As.: Paidós.
- Zarebski, G. Knopoff, R. Santagostino, L. (2004) *Resiliencia y Envejecimiento*. En: *Resiliencia y Subjetividad*, Suárez Ojeda, E. N. Melillo, A. (edit.) Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld R., Zonis Zukerfeld R. (1999) *Psicoanálisis, Vulnerabilidad Somática y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Lugar Edit.
- Zukerfeld R., Zukerfeld R., (2005) *Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Bs. As.: Lugar Edit.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

*Silvia A. Kanje*³

A. El envejecimiento poblacional

Dada la perspectiva integradora asumida para cumplir con los objetivos planteados en el presente estudio, se debe abordar el análisis del contexto para ampliar desde una mirada compleja la conceptualización que se sostiene sobre la interacción entre el sujeto y su entorno social.

La importancia de la demografía radica en que los datos que ésta disciplina aporta son fundamentales para evaluar la demanda potencial que permita diseñar y planificar programas de salud pública que satisfagan los requerimientos que el envejecimiento poblacional provoca.

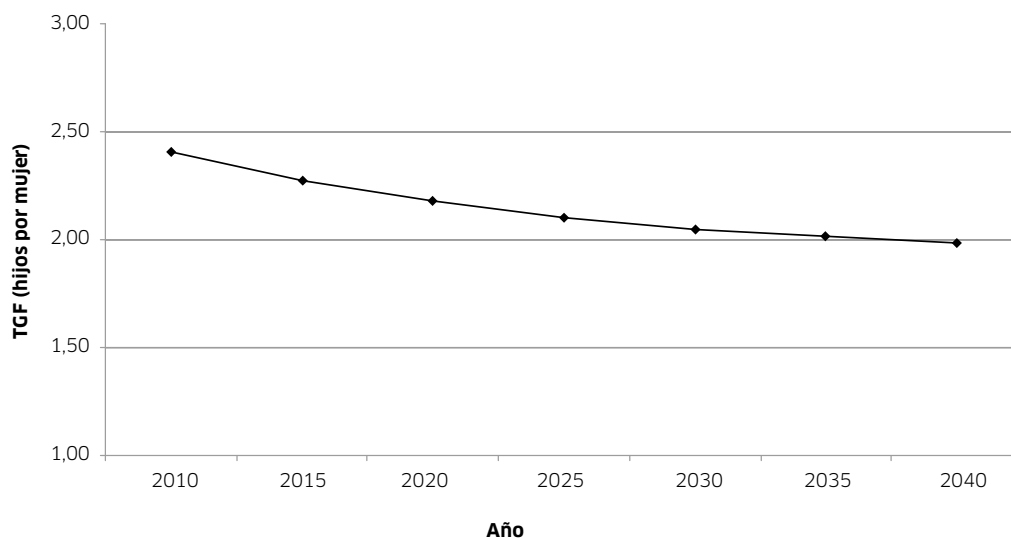
El envejecimiento poblacional es el proceso de modificación de la estructura de edad de una población, en este caso el aumento de la cantidad de personas de más edad en relación a las de menos edad.

La fecundidad, la mortalidad, la migración, son los componentes determinantes de los cambios en la estructura poblacional.

A continuación se presentan los gráficos y tablas que permiten visualizar la incidencia de los mismos en la estructura poblacional (INDEC 2013).

3. Licenciada en Gerontología (Universidad Maimónides) Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología (Universidad Isalud). Docente de Grado, Especialización y Maestría de la Escuela de Ciencias del Envejecimiento de la Universidad Maimónides. Socia Fundadora de Gerontólogos Argentinos Asociación Civil. Presidente período 2012-2014.

**Gráfico 1. Tasa global de fecundidad.
Total País. Período 2010-2040**



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Centro Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

**Tabla 2. Esperanza de vida al nacer.
Total País. Período 2000-2001 y 2008-2010**

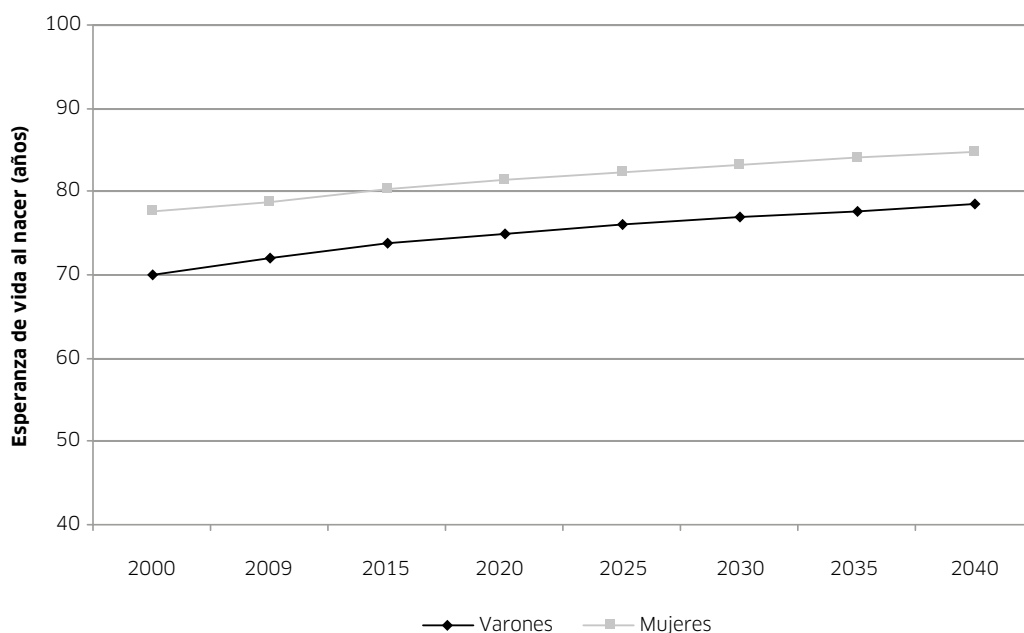
Período	Esperanza de vida al nacer		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
	Años		
2000-2001	73,77	70,04	77,54
2008-2010	75,34	72,08	78,81

Fuente: INDEC. Tablas de mortalidad. Períodos 2000-2001 y 2008-2010.

En la Tabla 2, puede observarse la ganancia en años de la esperanza de vida de los períodos seleccionados la cual es de 1,6 años en ambos sexos. Los varones han aumentado 2 años en la esperanza de vida mientras que las mujeres lo han hecho en 1,3 años, lo que muestra una reducción de la brecha entre los dos sexos llevando la diferencia entre los mismos de 7,50 años a 6,74 años.

Dicho dato es relevante para la generación de dispositivos adecuados dado que la feminización de la vejez se ve reducida, cómo se puede visualizar en el Gráfico 2.

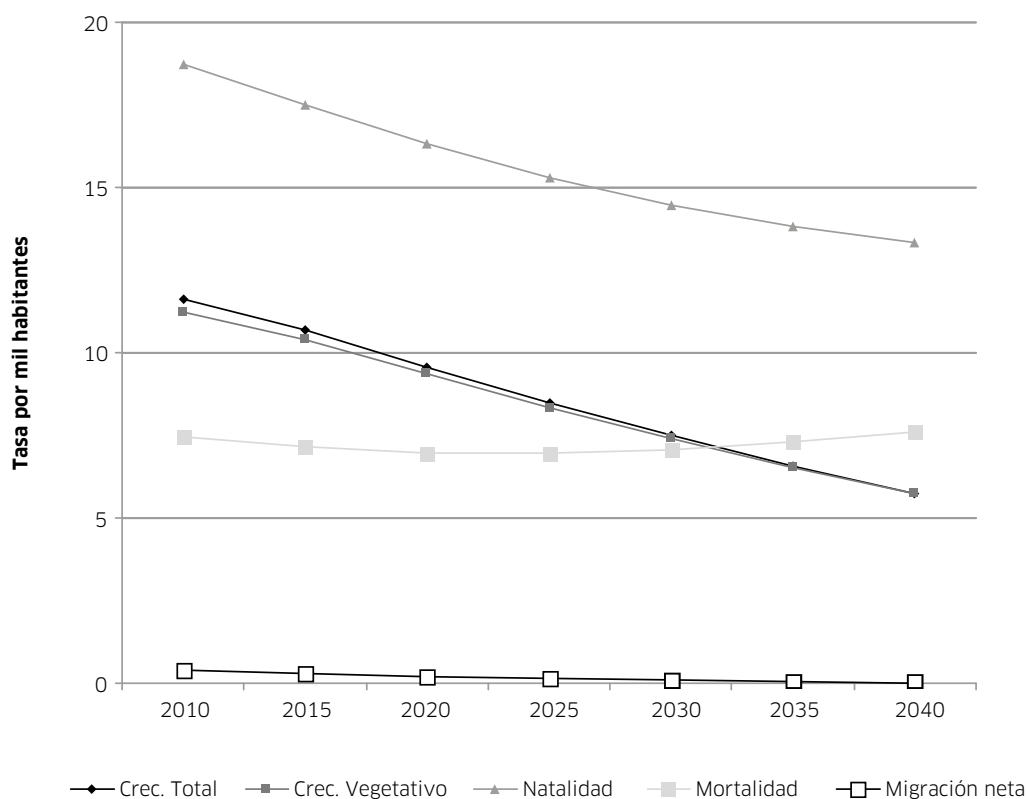
**Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer por sexo.
Total país. Período 2010-2040.**



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

A continuación se presenta el Gráfico 3, que permite visualizar la articulación de todas las variables y su proyección hasta el año 2040. Se puede observar el enlentecimiento del ritmo de crecimiento total y el descenso de la tasa bruta de mortalidad acompañando el aumento de la esperanza de vida; posteriormente la mortalidad aumenta levemente por que dicho indicador está relacionado con el envejecimiento poblacional incrementado.

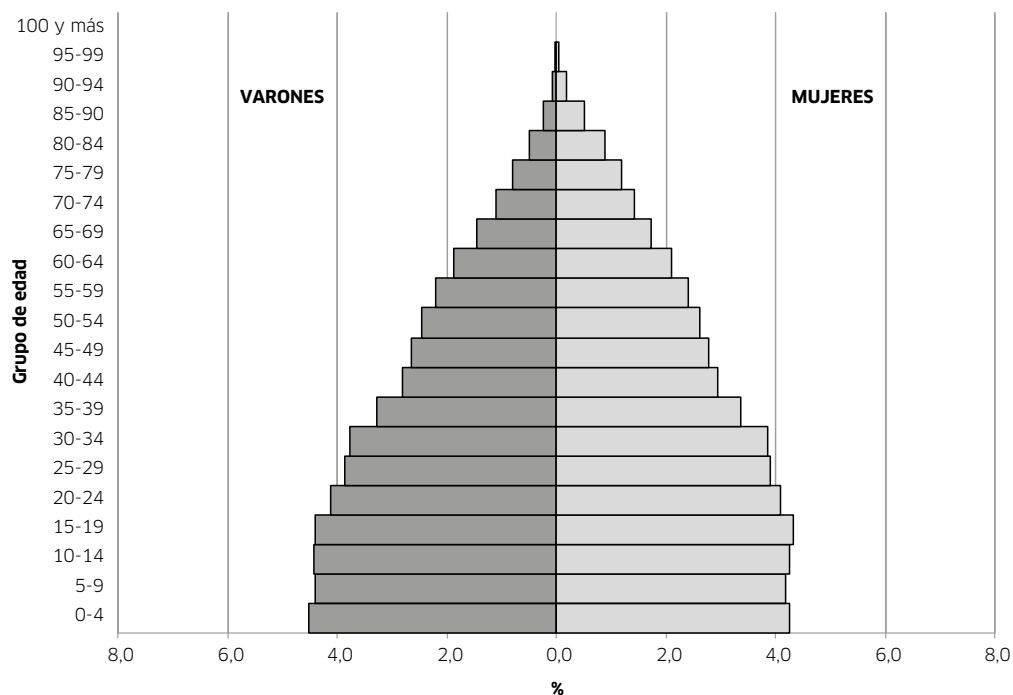
Gráfico 3. Tasa de crecimiento total, tasa de crecimiento vegetativo, tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y migración neta. Total País, Período 2010-2040



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

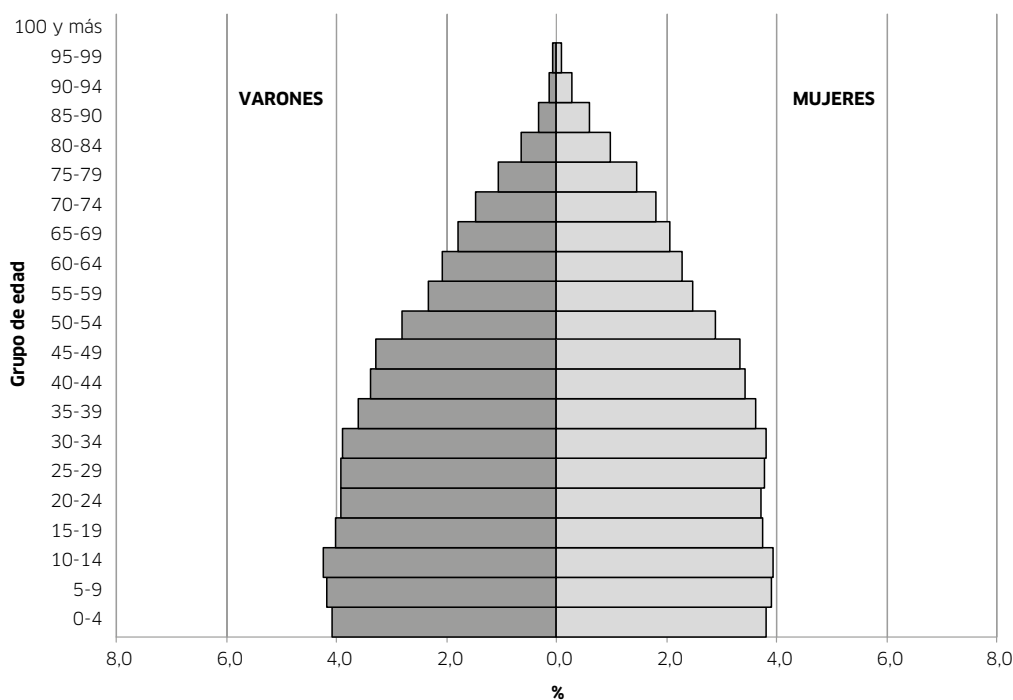
En la República Argentina, como en otros países, se observa una situación demográfica opuesta a la de hace un siglo atrás; una disminución en cifras relativas del grupo de edad joven, una expansión importante del grupo de edad avanzada y una estatificación del grupo de edad laboralmente activa (Ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Estructura de la Población por sexo y grupo quinquenal de edad. Total País Año 2010



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico 5. Estructura de la Población por sexo y grupo quinquenal de Edad. Total país. Año 2025



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

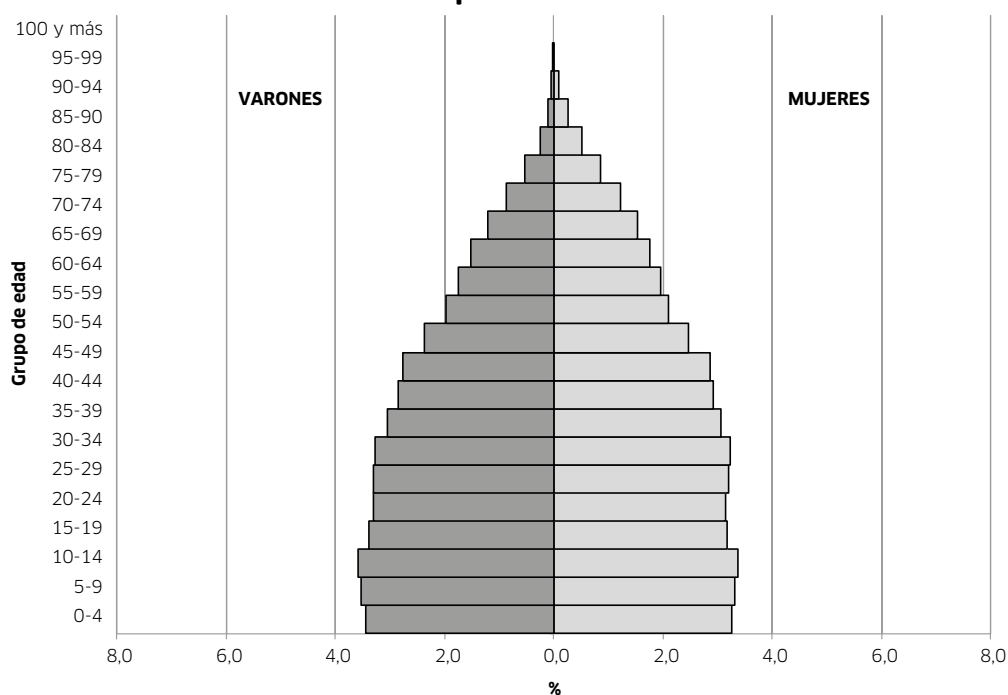
Los cambios esperados en la estructura de edad de la población muestran que el envejecimiento continuará pero de manera más lenta. Con respecto a los sexos el crecimiento se dará en forma más acentuada en las mujeres que en los varones.

Las pirámides nos permiten visualizar un descenso leve en la fecundidad y un aumento en el ancho de la cúspide lo que evidencia la mayor participación de la población envejecida (Ver Gráfico 5 y 6).

Probablemente el envejecimiento poblacional presente cambios en la sociedad e influya sobre el crecimiento económico, la inversión, el sistema de salud, la seguridad social, la composición de la familia y los estilos de vida.

Desde una postura gerontológica se considera al envejecimiento como un proceso que se realiza durante toda la extensión del curso vital y que no sólo involucra a las personas envejecidas dado que es un hecho que incumbe a toda la sociedad. Desde esta postura, el análisis integra a todos los grupos etarios dado que a la sociedad la construyen todos los actores, de todas las edades. Esta actitud facilita un enfoque integrador para crear estrategias que no disocien a las personas envejecidas marginándolas de su comunidad.

Gráfico 6. Estructura de la Población por sexo y grupo quinquenal de edad. Total país año 2040



Fuente: INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

El permanente diálogo interdisciplinario posibilita que la interpretación de los fenómenos demográficos pueda abrir nuevos interrogantes y variedad de propuestas

de mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El fenómeno poblacional también presenta modificaciones en las relaciones transgeneracionales; cuatro generaciones convivirán al mismo tiempo y muchos bisnietos conocerán a sus bisabuelos cosa impensada hace apenas 30 años. Éste hecho debe ser evaluado al momento de generar organizaciones que satisfagan los requerimientos de la población diferenciadas en función de la edad, dado que deben ser pensados para que favorezcan el encuentro.

Tomar el envejecimiento como un fenómeno complejo habilitará que sea tratado como una parte de la experiencia vital individual y comunitaria, lo cual hace posible que el número o proporción de las personas mayores en un momento determinado no sea lo fundamental dado que se considera como un continuo, una transición de una etapa a la siguiente y una interacción de los diversos grupos etarios que componen la sociedad.

Tal postura ubica a las personas mayores en el lugar de valorización. Las personas mayores son el único recurso del planeta en crecimiento paulatino ocupando un rol productivo al ser actores y usuarios de los bienes de la sociedad, co-compartiendo intereses comunes que abarcan todas las edades.

B. Presentación de la muestra

Tal como se enunció en el capítulo anterior, se evaluó un total de 129 personas mayores provenientes de diferentes ámbitos de atención psicogerontológica. Esta muestra intencional, no probabilística, estuvo integrada por mujeres y hombres mayores de 60 años, que habitan en Área Metropolitana (CABA y Gran Buenos Aires 76%) y en el Partido de General Pueyrredón (Mar del Plata y Miramar 24%), Provincia de Buenos Aires. Se presenta a continuación la siguiente Información:

**Tabla 3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Población total por sexo e índice de masculinidad,
según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010**

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
Total	626.186	237.940	388.246	61,3
60-64	152.115	65.329	86.786	75,3
65-69	128.415	53.254	75.161	70,9
70-74	105.173	41.244	63.929	64,5
75-79	93.296	34.407	58.889	58,4
80-84	78.070	25.330	52.740	48,0
85-89	46.599	13.460	33.139	40,6
90-94	17.348	4.029	13.319	30,3
95-99	4.509	782	3.727	21,0
100 y más	661	105	556	18,9

Nota: la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle. El índice de masculinidad indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población. Hogares y Viviendas 2010.

**Tabla 4. Provincia de Buenos Aires, 24 partidos del Gran Buenos Aires.
Población total por sexo e índice de masculinidad,
según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010**

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
Total	1.393.620	586.084	807.536	72,6
60-64	404.912	188.605	216.307	87,2
65-69	316.675	142.322	174.353	81,6
70-74	246.341	104.498	141.843	73,7
75-79	194.576	76.378	118.198	64,6
80-84	134.642	46.509	88.133	52,8
85-89	68.828	21.128	47.700	44,3
90-94	22.053	5.528	16.525	33,5
95-99	4.858	935	3.923	23,8
100 y más	735	181	554	32,7

Nota: la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle. El índice de masculinidad indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres.

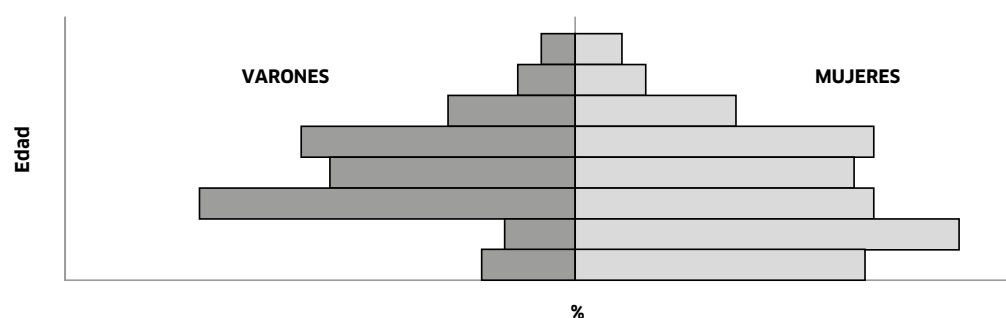
Tabla 5. Provincia de Buenos Aires, partido General Pueyrredón. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
Total	618.989	295.294	323.695	68,1
60-64	30.833	13.761	17.072	80,6
65-69	25.753	11.088	14.665	75,6
70-74	21.277	8.803	12.474	70,6
75-79	17.915	6.987	10.928	63,9
80-84	12.994	4.590	8.404	54,6
85-89	7.242	2.250	4.992	45,1
90-94	2.388	622	1.766	35,2
95-99	549	117	432	27,1
100 y más	55	7	48	14,6

Nota: la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle. El índice de masculinidad indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico 7. Estructura de la población por edad y sexo de la muestra estudiada.



La pirámide evidencia el sesgo demográfico de la composición de la muestra que estuvo condicionada durante el relevamiento. Dicha característica imposibilita generalizar los resultados obtenidos.

A pesar de tal circunstancia, la presente investigación permite el cumplimiento de los objetivos previstos en el protocolo del presente estudio. Sin embargo, los datos obtenidos admiten fundamentar proyectos para la adquisición de aptitudes adaptativas a los cambios del entorno, actualización de capacidades y motivación para el desarrollo de estilos de vida saludables.

El aporte de la presente investigación permite visualizar el perfil del protagonista de la transición epidemiológica ya que se realizó un abordaje a los sujetos desde su integralidad, ubicados en su contexto socio económico y en su tiempo histórico,

lo cual habilita ser utilizado como un insumo novedoso para la creación de factores que capaciten la promoción, prevención y asistencia de la salud entendida como construcción comunitaria.

Bibliografía

Chand, S. K. & Jaeger A. (1996). *Aging Populations and Public pension Schemes*, Washington D. C.: Fondo Monetario, Internacional (FMI).

González CA, Ham-Chande R. (2007). *Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México*. Mex Salud Pública; 49 supl 4. Disponible en <https://www.google.com.ar/search?q=Gonz%C3%A1lez+CA%2C+Ham-Chande> 5/7/2014..google

Gutiérrez, L. M. (2001). *El proceso de la transición epidemiológica*. México: Demos.

INDEC (2013) *Estimaciones y Proyecciones de la Población 2010-2040*. Total País N° 35. Serie de análisis demográfico, CABA.

INDEC (2010) *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Disponible en www.censo2010.indec.gov.ar/.../ analisis_censo_feb12.pdf.search?q=nz%C3%

Organización Mundial de la Salud (2013) *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Informe sobre la salud en el mundo, Luxenbur*. Biblioteca de la OMS.

Organización Panamericana de La Salud (2014) *Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Módulo 7*. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf> 5/7/2014.

FACTORES PROTECTORES PARA EL ENVEJECIMIENTO

Graciela Zarebski⁴

A. Introducción

El gran desafío que nos plantea el envejecimiento en el plano personal es cómo nos posicionamos frente a los límites a los cuales nuestro curso vital nos va sometiendo con mayor o menor grado de gradualidad y previsibilidad.

Es que, en realidad, una condición constitutiva de todo ser humano es la aspiración inconsciente a ser (o bien, a tener) **todo siempre**. Aspiración que, a través de una sana maduración, el niño irá contrastando con los límites que en todos los órdenes lo irán condicionando. En Psicoanálisis esto se conoce como: **atravesar la castración**. Las fallas en este atravesamiento por motivos diversos, generalmente asentados en la dinámica familiar que acompaña las épocas primeras de estructuración del psiquismo, darán lugar a alteraciones en la construcción de la identidad y en el proceso de subjetivación.

De tal modo, las vicisitudes de la posición frente a los límites irá acompañando al sujeto en todos los planos de su transcurrir vital, incluido el gran límite: la muerte.

De este núcleo se derivan las diversas posiciones que los sujetos irán adoptando frente al proceso del envejecimiento y los consecuentes factores de riesgo psíquico o bien protectores frente a este proceso, según el grado de aceptación y adecuación de los límites.

Sin embargo, esta es una dimensión -el plano de lo subjetivo, de lo emocional- que no suele ser tomada en cuenta o integrada en los estudios gerontológicos acerca de los factores protectores para el envejecimiento.

Diversas investigaciones y teorías en las últimas décadas y en distintas latitudes

4. Dra. en Psicología (UBA). Vice-Decana de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales. Directora de la Licenciatura en Gerontología, de la Especialización y de la Maestría en Psicogerontología. Escuela de Ciencias del Envejecimiento de la Universidad Maimónides. Autora de libros en la especialidad.

se han enfocado en los factores protectores biológicos (como actividad física, sana nutrición) culturales y sociales (importancia de los vínculos) y cognitivos (mantener la actividad mental).

Pero ¿qué sucede con la persona? ¿Cómo está posicionada frente al proceso del paso del tiempo? ¿Cuál es la calidad del huésped en que se asientan esos procesos? Para lograr una intervención eficaz a nivel individual y familiar y no partir de generalizaciones, tendremos que entender el modo particular en que se conjugan esos factores en cada sujeto.

Al decir de Conde Sala (1997):

Las teorizaciones anteriores no incorporan, no tienen en cuenta, lo que sucede en el interior del individuo respecto a su vejez. Esta variable interna, la dimensión psíquica, tiene relación con la manera como el individuo vive y encara su propio proceso de envejecimiento... aspectos que hacen referencia a la personalidad del individuo... En primer lugar, la fortaleza yoica para simbolizar, sostener y elaborar los duelos que suponen el propio envejecimiento, o dicho de otra manera, la capacidad de sujeto del individuo (subjetivación) y en segundo lugar, las capacidades para seguir vinculados a objetos externos (vinculación), evitando la regresión narcisista (aislamiento, depresión, enfermedad, etc.) (p. 72).

El siglo XXI instala con fuerza nuevos paradigmas en la concepción de salud y enfermedad, que tornan insoslayable la convergencia interdisciplinaria. A su vez, la posibilidad de diferenciar los aspectos subjetivos de los aspectos biológicos y sociales del envejecimiento, permite integrar estos enfoques en una visión compleja del envejecimiento, lo cual nos llevará a tomar en consideración las múltiples dimensiones que inciden en su armado en cada caso en particular, superando así las visiones generalizadoras que predominaban en la Gerontología.

A través de mis investigaciones y mediante la aplicación de herramientas específicas, he ido desarrollando una concepción de factores de riesgo psíquico, o por el contrario, factores protectores, centrada en condiciones de personalidad, superando así la confusión con los factores sociales y factores biológicos o sanitarios que impactan en este proceso.

Algunos de ellos coinciden con los resultados de investigaciones puntuales aunque fragmentarias de aspectos específicos, como ser: la presencia o no de prejuicios y estereotipos (Butler 1973), la continuidad (Atchley 1989), la compensación de pérdidas (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998), la selectividad (Carstensen 1995) o bien conceptos tradicionales en Gerontología, como la generatividad (Erikson 1985) o las modalidades del recuerdo: reminiscente o nostálgico (Salvareza 1996).

Los factores protectores para el envejecimiento que aquí se presentan, se asientan en un marco teórico que les da fundamento, coherencia e integración.

Es así que se propone, como un paso superador, el presente enfoque teórico asentado en la modalidad del narcisismo (normal o patológico), que permite entender cómo se deducen unos de otros y se entrelazan entre sí Conjugados o contrastados con el resultado de investigaciones acerca de la sabiduría en la vejez, ya que considero que estos rasgos, desarrollados anticipadamente, conducirán a un envejecimiento saludable.

B. Factores de Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico y Factores Protectores

Las distintas calidades de envejecimiento a las que asistimos en estos tiempos corroboran que, aunque el organismo se desgaste e incluso sufra deterioros, el sujeto no necesariamente declinará a nivel emocional y que, aun en aquellos que sufren condiciones sociales adversas, su fortaleza emocional les permitirá seguir luchando por su vida y su lugar en el mundo.

Se pudo comprobar que el ser humano no es sólo efecto de su cultura y de su biología, de lo que le provoca su medio social y le ocasiona el deterioro de sus funciones, sino que, al mismo tiempo, es un sujeto pro-activo, constructor de su cultura, de su cuerpo, de su historia y, por lo tanto, de su modo de envejecer.

Estas evidencias fueron delimitando, desde las últimas décadas del siglo veinte, el campo epistemológico de la Psicogerontología como abordaje del envejecimiento psíquico normal y patológico, diferenciado de los campos epistemológicos de la Biogerontología y de la Gerontología Social, con los cuales se encontraba confundido (Zarebski 1999, 2005, 2007).

El enfoque psicogerontológico permite entender por qué la riqueza material o las buenas condiciones sanitarias no garantizan de por sí una buena vejez. La comprensión de los distintos modos de envejecer requiere de un paradigma que abarque la complejidad humana (Zarebski 2011-c) lo cual implica que no alcance con los determinantes sociales y biológicos para entender la calidad de vida en el envejecer. Debemos incorporar los factores de personalidad y la historia de vida particular, que son los que van a marcar la diferencia entre las distintas vejez alcanzadas. Considerar, además, que cada sujeto va construyendo su cuerpo a partir del modo de llevarlo y su entorno, a partir del modo de llevarse con otros. En este sentido, la vejez es concebida como un trabajo de construcción que cada sujeto irá realizando en su devenir histórico y desde edades jóvenes, a lo largo del proceso de envejecimiento (Zarebski 1999, 2005, 2007, 2009-a, 2009-b, 2011-a, 2011-b, 2011-c).

Este trabajo anticipado del envejecer implica un proyecto personal de vejez que -consciente o inconscientemente- cada sujeto va gestando durante el transcurso de su proceso vital. El concepto de anticipación juega así un papel capital y requiere una especial profundización teórica e investigación en el discurso de los sujetos, a fin de poder entender cuáles serían esos mecanismos psíquicos, que podrían ser indicativos de la posibilidad de arribar a un envejecer normal o patológico.

A partir de la conceptualización de los mecanismos psíquicos diferenciales que llevan a uno u otro desenlace, he desarrollado el concepto de: **Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico** (Zarebski, 1999, 2005, 2008). Dichos factores son la manifestación de características de personalidad generadoras de condiciones de vulnerabilidad emocional y de creencias distorsionadas frente a este proceso, así como de problemas en los vínculos durante el envejecimiento.

Su contracara, los **Factores protectores**, son los que permitirán resiliencia frente a los avatares del envejecer (Zarebski, Knopoff, Santagostino, 2004).

Sin embargo, aún persisten confusiones teóricas cuando se intenta determinar e investigar cuáles son los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico (Zarebski, 2007, 2011-b). Las investigaciones recientes acerca de los mismos (Bayerre Vea, 2003; González Morales & Velázquez Zuñiga, 2002, Rosales Rodríguez, García Díaz & Quiñones Macias, 2014) adolecen de una serie de características, algunas de las cuales se discuten a continuación:

- Reiteran un error conceptual y metodológico desde un enfoque preventivo, al estudiar factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico en personas de edad avanzada. Dicho enfoque requiere estudiar esos factores antes de la vejez, a lo largo del curso de la vida.

- Lo que se detecta habitualmente en mayores, es el daño ya instalado, como ser: el aislamiento, la pérdida del papel que ocupaba en la familia, el trabajo y la sociedad. Así como también las situaciones de crisis vital frente a la jubilación, la viudez, etc. Se registran, además: deterioro cognoscitivo, presencia o no de depresión, ansiedad, ideación paranoide, alucinaciones u otros delirios, confundiendo, tal como se observa, la patología ya instalada con factores de riesgo (Olivera Pueyo, Rodríguez Torrente, Aznarc, Benabarre Ciria, Pardo Gracia, Ceresuela López, 2006). Podrán constituir riesgo de patologías orgánicas o sociales pero, en cuanto a lo psíquico, ya lo son.

- En este sentido, muchos estudios enfocados desde la atención primaria, se proponen detectar, como variables: viudez o jubilación reciente, alteraciones sensoriales, mala salud autopercibida, insomnio y cambio reciente de domicilio. Como se ve, sólo se incluyen eventos o situaciones vitales -que de por sí no implican riesgo psíquico para todo sujeto- y factores en los que predomina el enfoque social y sani-

tario, no incluyendo factores de personalidad, que son los que explicarán el riesgo psíquico frente a los mismos. Se trata de eventos fácticos y factores socio-sanitarios que de por sí no explican el efecto traumático que podrían tener, lo cual dependerá de las condiciones psíquicas de quien los atraviesa.

- De igual modo, se plantean las pérdidas como factor de riesgo. En realidad éste es un «tema» o evento propio del envejecer. El riesgo radicará en los modos desadaptados de afrontamiento de las pérdidas. Como veremos más adelante, el problema no son las pérdidas, sino el modo que tuvo el sujeto de aferrarse a lo perdido.

- Nivel superficial de las preguntas para evaluar factores psicológicos de riesgo: apuntan a la opinión manifiesta acerca de cómo le está afectando ya la viudez, la jubilación, etc. A modo de ejemplo, el grado en el cual una persona cree que es competente en una situación determinada y es capaz de controlar su propia vida, no dice nada respecto de aquellos de características omnipotentes, de los que creen en demasía en su competencia, como es el caso de caracterópatas, personas autosuficientes, que pueden caer «del todo a la nada», llevando a un quiebre en su identidad frente a las limitaciones del envejecer.

- Modo muy pobre de incluir habitualmente la dimensión psicológica, confundida aún con los factores sociales. Se refieren a: estilos de vida, modo de vida, causas ambientales.

- En un interesante trabajo de Berdullas y Chacón (2002), se hace referencia a conceptos que se estudian habitualmente, como: bienestar, satisfacción en la vida, calidad de vida subjetiva, capacidad cognitiva, el sentirse útil y la participación en actividades en la vejez, pero nada dicen acerca de cuáles son las condiciones psicológicas que permiten lograrlos. Incluyen, como probables determinantes psicológicos del envejecimiento activo los estilos de vida: actividad física, alimentación, no fumar y consumo moderado de alcohol. Se refieren también a los estilos de afrontamiento del estrés, pero sin aludir a los rasgos de personalidad de los cuales esos estilos serían consecuencia.

- El estrés es un tema que se viene investigando en sus conexiones con la longevidad. En este sentido, Pérez Díaz (2006), dice acertadamente que Las investigaciones sobre el envejecimiento se han basado más en evaluar los aspectos cognitivos que los aspectos de la personalidad y [...] a su vez, las investigaciones sobre centenarios en el mundo han destacado la importancia que en el proceso de envejecimiento tienen algunas variables psicológicas relacionadas con el estrés: autopercepción de tensión, de eventos vitales y estilos de afrontamiento que el individuo ha desarrollado a lo largo de su vida en el que juegan un papel fundamental algunos moduladores del estrés como el apoyo social, actitudes ante el envejecimiento y otros aspectos psicológicos [...] ausencia de un proyecto de vida [...] falta de motivación para

desarrollar nuevos intereses y pérdida de contactos sociales (p. 3)

- Finalmente, respecto a las investigaciones actuales acerca de los factores de riesgo de deterioro cognitivo y Alzheimer, más allá de los estudios netamente biologicistas, se está apreciando un cambio interesante para nuestra perspectiva psicogerontológica. Nuevos resultados indican que en las personas propensas a sufrir angustia, o emociones negativas asociadas a la ansiedad o a la depresión, aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

Si bien predominan las tradicionales recomendaciones acerca de ‘dieta saludable para el cerebro’, mantenerse mentalmente activo a través de ejercicios, hacer gimnasia de manera regular, mantener la vida social, dormir bien, controlar el estrés, la ‘neuróbica’, la ‘gimnasia cerebral’, ‘pilates para el cerebro’, etc., la que no se alcanza a explicar es por qué brillantes científicos, ajedrecistas e intelectuales que cumplen con estos requisitos, llegan al Alzheimer. Por qué algunas personas aceptan participar y otras no, en programas de aprendizaje y estimulación, con lo cual lo que faltaría es correlacionar la plasticidad neuronal con otras ‘plasticidades’. Parecería que no se trata simplemente del factor cognitivo.

Cobra importancia, además, la flexibilidad personal y otros aspectos emocionales que se entretajan en el curso de la vida.

Enfocados en el acontecer subjetivo, se trata de entender cómo se va armando el curso de la vida, y cuáles son sus efectos en el modo de envejecer (Zarebski, 2005, 2011-a, 2011-c).

Si cotidianamente se comprueba que el envejecimiento patológico es uno de los desenlaces posibles en la vejez, que se presenta -amén de otros factores- como culminación de un proceso de claudicación total del sujeto, deberemos avanzar en tratar de entender cuáles serían las condiciones psíquicas que favorecerían ese desenlace de vejez patológica, lo cual permitiría, a su vez, entender cuáles serían las condiciones psíquicas que favorecerían un envejecer normal.

De este modo, se plantea la cuestión acerca de la relación entre: modalidades de anticipación -o trabajo psíquico anticipado- y sus efectos en las modalidades de vejez a las que se arribe. En efecto, a tarea preventiva se realizará sobre bases más sólidas, en la medida que se cuente con una aproximación a las condiciones psíquicas que favorecen o dificultan este trabajo psíquico anticipado.

El concepto de anticipación de eventos futuros expectables, es crucial para entender las condiciones psíquicas que llevan a un envejecer normal.

En el atravesamiento del envejecer, en el modo como éste afecte al sujeto, en cómo se arman las continuidades y las discontinuidades en el transcurso del envejecer, estará en juego la problemática del ser, la amenaza de la disgregación de la identidad, la falla en la constitución narcisista que el envejecer puede actualizar,

desencadenando efectos del orden de lo inquietante o de lo siniestro.

Parto del supuesto teórico de que lo que está en juego en el envejecimiento es la construcción de la propia identidad. Cuando la dimensión narcisista está perturbada -como luego desarrollaremos- esa construcción se verá dificultada. Se desplegarán mecanismos defensivos propios del narcisismo (escisión, desmentida) que generarán el “desconocerse” frente a ese ser futuro, generando efectos del orden de lo siniestro.

¿A qué se apunta con este desarrollo? A sostener que son las perturbaciones del narcisismo las que anticipan una vejez como siniestra y las que condicionarían que efectivamente se termine así, como en una profecía auto-cumplida.

Acordando con Bianchi (1987) en que la vejez, así como su anticipación, interroga al yo en sus referencias identificatorias, lo que se observa es que, precisamente, personas con un narcisismo perturbado no soportan las -a veces sutiles y otras veces notables- evidencias del paso del tiempo, con lo cual esos cambios inevitables, en lugar de ser metabolizados gradualmente, irán sufriendo el efecto de mecanismos de defensa específicos que dificultan o impiden su elaboración gradual. Estas condiciones psíquicas, que van operando desde edades jóvenes ‘contra’ el envejecer, irían constituyéndose en **Factores de Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico** (Zarebski 1999, 2005, 2008) ya que la vejez irrumpirá sin una preparación adecuada desde el punto de vista subjetivo, lo cual se verá potenciado por su conjugación con factores de orden biológico y socio-cultural.

Por el contrario, un buen envejecimiento será propio de un sujeto que estará en condiciones de poner en cuestión y relativizar los prejuicios y el imaginario social en relación al llegar a viejo, así como las propias representaciones anticipadas respecto a la propia vejez, lo cual va a implicar necesariamente el replanteo de la imagen actual que se somete a cotejo. Ese espejo anticipado en que nos miramos -los viejos- favorecerá la realización de un trabajo psíquico a tiempo que evitará que se refuerce y consolide una representación siniestra de la vejez, que bloquearía la elaboración anticipada de la misma.

En estos casos estará posibilitada la realización de un trabajo psíquico, desde edades jóvenes, de auto-cuestionamiento-puesta en cuestión del narcisismo- que reforzará la dimensión imaginario-simbólica y abrirá caminos hacia la creatividad y la renovación del sentido de la vida. Estas serán las condiciones -sobre la base de la permeabilidad entre instancias psíquicas, traducida como flexibilidad- para lograr el sentido de continuidad en la propia vida y la elaboración gradual del envejecimiento.

Es así como la posibilidad de armar un envejecimiento normal se corresponderá con determinadas condiciones psíquicas: auto-cuestionamiento, capacidad reflexi-

va y flexibilidad. Si bien se requiere de un basamento neuro-psicológico para poder ocuparse de planificar la propia vida de acuerdo al proyecto de envejecimiento que se arme, así como para poder encarar una postura preventiva con relación al envejecer, esta condición se verá perturbada de no ser acompañada desde un punto de vista psicodinámico, por determinadas condiciones de personalidad.

Está comprobado, por otro lado, el efecto benéfico que produce una vida diversificada en cuanto a vínculos, actividades e intereses, en la calidad del envejecimiento (Waters y Goodman (1990); Leturia, Yanguas & Leturia, 1994; Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1995; Fernández Ballesteros, 2009). Que el logro de una buena vejez no se mide sólo por el éxito individual. También radica en el armado de vínculos satisfactorios con el entorno. Numerosos estudios de epidemiología social atestiguan que quienes están más integrados socialmente muestran índices de morbosidad inferior y una mortalidad más tardía. La importancia de la afiliación como recurso en una fase de la vida que requiere más que ninguna otra cosa la ayuda de los demás, es evidente (Fernández Ballesteros 2009).

Veremos a continuación cuáles son las características de personalidad reveladas por la casuística y los aportes teóricos que fui desarrollando, que -más allá de las condiciones biológicas o sociales y operando durante el curso de la vida-, determinarán la vulnerabilidad emocional (Zukerfeld & Zukerfeld 1999; Zarebski 2009-a, Zarebski -b) ante los eventos del envejecimiento y llevarán a significarlos como situaciones de adversidad (Zarebski, 1999; 2004, 2005; 2008):

- Personas que carecieron de vínculos tempranos que les hayan proporcionado seguridad, lo que denominamos experiencias de “apego seguro”. Son personas que vivieron en sus primeros años de vida situaciones traumáticas y carecieron de un sostén adecuado que les hubiera ayudado a significarlas y elaborarlas. O también, la característica de este vínculo -por exceso o por defecto, es decir, por ausencia o excesiva presencia- hizo que vivieran como traumáticas algunas situaciones que no necesariamente lo eran. Esta circunstancia no les permitió armar su identidad sobre bases firmes.

- Sucesos o temas del envejecer que se viven como traumáticos (porque tocan con el desamparo originario). Como consecuencia de estas experiencias infantiles, no cuentan con la posibilidad de ser resilientes frente a posteriores sucesos de su vida y los eventos expectables del envejecer los vivirán como traumáticos.

- Modos patológicos de apego a los objetos como intento de llenar el ‘vacío’. A todo sujeto se le presentan momentos de vacío en los cuales vacila el sentido de su vida, se desestabiliza, pierde el rumbo, pero habitualmente es capaz de soportar la incertidumbre mientras se va reconstruyendo. Para las personas vulnerables, en cambio, esa sensación se vuelve insoportable, se sienten al borde de un abismo.

Recurren, entonces, a intentos de llenar esos vacíos con objetos (son especiales candidatos para ‘comprar’ los objetos-fetiche que promociona la cultura actual: dinero, poder, ostentación, Imagen) alguien que les ofrezca una supuesta completud que les garantice ilusoriamente que no volverán a enfrentarse a ese vacío.

- Vínculos dependientes o sobreadaptados. A partir de esa condición emocional, los vínculos que arman son dependientes, ya sea por sentirse completados por otro o por vivir sosteniendo al otro como completo, o porque dependen de alguna condición, posesión, función, etc. Esta historia es típica de mujeres que vi vieron ‘sobreadaptadas’ a las necesidades de los otros, pendientes de colmar deseos de esposos, hijos, o de sus propias madres, olvidándose de sí mismas, hasta que el otro ya no está o deja de necesitarlas, enfrentándolas nuevamente a su vacío.

- ‘Bastón único’ o sentido único, puesto en el trabajo, la pareja, los hijos, la imagen, etc. De tal modo que vivieron apoyados en un único bastón, como ser el trabajo (caso típico en los actuales hombres mayores), o la condición de madre, esposa, ama de casa. Incentivada esta condición por mandatos culturales, pero que ‘prendieron’ en personas débilmente estructuradas que creyeron garantizar así una vida de realización personal, acatando el lugar que se les adjudicó.

- Historia de duelos no elaborados. Este modo de asumir un rol o de vincularse con otro, de modo pegoteado e indiferenciado -ya que depositaron en ello el único sentido de su vida- lleva a que la eventualidad de su pérdida sea vivida como la pérdida de la propia identidad, lo que impedirá la elaboración y superación del duelo.

- Posición frente a la pérdida: o todo lo perdido o nada. Dado que se manejan con la lógica del todo o nada (Bieichmar, 1981) -vacío o lleno- no hay matices, porque no soportan la falta apenas ésta asoma. Como vemos, el problema no está en las pérdidas (inevitables) sino en el modo de aferrarse a lo perdido.

- Carencia de red de apoyo familiar o social. Consecuentemente, no pudieron diversificar sus apoyos, aprender a apoyarse un poco en cada vínculo, en cada función, en cada actividad. Ante la pérdida, en la vejez, del apoyo único, de la función única, de la actividad única, no aceptan la mano que se les tiende. Las propuestas nuevas para compartir y armar nuevos lazos, fracasan.

- Achatamiento del mundo representacional: escasa mentalización. Debido al modo esquemático de resolver sus situaciones vitales, con vínculos monótonos, casi burocratizados, con tendencia a simplificar y a seguir caminos previamente marcados, su mundo psíquico y sus redes neuronales se van conformando de igual modo: chatura y pobreza, con escasa o nula creatividad (por brillantes que pudieran haber sido en algún desempeño, incluso intelectual).

- Tendencia a la descarga somática o comportamental. Como consecuencia de

lo anterior, todo aquello que no se pudo ir elaborando, poniendo en palabras, ensanchando el pensamiento, se descargará por la vía de los síntomas corporales o comportamientos desajustados, constituyéndose así en la base emocional para las patologías orgánicas más comunes en el envejecer.

- Empobrecimiento imaginario-simbólico y emocional. No sólo los pensamientos se empobrecen, sino que también el mundo de las emociones, de la imaginación, de los afectos compartidos, se va angostando. Se trata de personas que no aceptarán en los grupos la propuesta de jugar o de representar diversos personajes, ya que todo cambio lo vivirán como amenaza de desestabilización.

¿Por qué estas condiciones de vulnerabilidad incidirán en el envejecimiento? La respuesta surge de lo hasta aquí planteado: la identidad, frágilmente sostenida en algunos apoyos a los que adhería férreamente, se derrumbará ante las pérdidas de esos sostenes únicos que acarreará el paso del tiempo: jubilación, viudez, independencia de los hijos, cambios en la imagen, etc. Se quebrará la continuidad que es necesario lograr a través de los cambios.

De todos modos, las condiciones enumeradas de vulnerabilidad emocional- y su contracara, las condiciones de resiliencia - podrían resultar hasta aquí abstractas o difíciles de detectar, si sólo quedaran planteadas en un plano teórico. Es por eso que se han desarrollado una serie de indicadores que son el modo de manifestarse esas características en el lenguaje y las conductas de las personas desde edades jóvenes, lo cual permitirá su modificación preventiva, una vez detectados, en ámbitos profesionales de abordaje individual o grupal.

Los mismos, denominados Factores de **Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico** servirán de guía, al modo de “señales en el camino” (Zarebski, 2008) que deberían alertar y llevar a revisar el mapa trazado o a cambiar el rumbo a tiempo.

Estos Factores de Riesgo-y su contracara, en tanto Factores Protectores- son, por lo tanto, la manifestación del narcisismo patológico, base de la vulnerabilidad emocional señalada, (o bien, del narcisismo normal, en el caso de Factores Protectores), que se acompaña de creencias distorsionadas - como ser, prejuicios - y problemas en los vínculos.

Estas características de vulnerabilidad emocional y los **Factores de Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico** que aquí se presentan, son las condiciones psicológicas que darán lugar -ante los eventos expectables del envejecer- al colapso narcisista, con sus manifestaciones clínicas, somáticas y comportamentales desajustadas, como ser las caídas frecuentes, (Zarebski 1994, 1999) cuando la identidad férrea mente -aunque en realidad, frágilmente sostenida, se derrumba.

Habitualmente se piensa que lo problemático del envejecer son los factores culturales -como ser los prejuicios, el maltrato, la desconsideración para con la gente

mayor- y los factores biológicos, es decir, el desgaste inevitable y los achaques.

Pero lo que no se suele tomar en cuenta es lo que se acaba de describir como factores emocionales, de personalidad, que esencialmente van a tener que ver con esa característica patológica del narcisismo que no va a permitir realizar los replanteos a tiempo.

Quizás resulte llamativo que no figuren en este listado los aspectos intelectuales y cognitivos, que son los que más difusión adquieren a la hora de realizar recomendaciones para un buen envejecer. Su ausencia en el listado obedece a dos razones:

- En primer lugar tener mucha cultura o gran desarrollo intelectual, así como ser más o menos inteligente, no inmuniza contra los avatares del envejecimiento y los posibles derrumbes, a pesar de constituirse en “reserva cognitiva”, según demuestran varias investigaciones (Stern 2002; Rodríguez Álvarez, Sánchez Rodríguez 2004). Además, se puede tener excelente visión, muy buenos reflejos y capacidad de entendimiento, y sin embargo, y quizás por eso mismo, no respetar las “señales del camino”.

- En segundo lugar, la tan remanida ‘gimnasia’ o ‘pilates’ para el cerebro, es decir, la recomendación de mantener la mente activa y entrenada, enfrentada a situaciones novedosas, alejada de la rutina, como claves para un buen funcionamiento cerebral, de nada servirán si esta actividad mental no se corresponde con una base de personalidad acorde, que tenga en cuenta las condiciones psíquicas enumeradas.

Los factores de riesgo mencionados se proponen como guía para la travesía por el curso de la vida, al modo de señales que eviten caminar a ciegas. Algunos persisten en continuar por un camino que los conducirá, inevitablemente, a una ‘encerrona trágica’, al decir del psicoanalista Fernando Ulloa (1993).

Es lo que sucede al borde del colapso cuando depresiones severas, caídas invalidantes, incluso dementizaciones, se desencadenan.

Pareciera, antes que todo se precipite, que hubiera un momento, un instante, de lucidez -la vejez como reveladora de verdades ocultas- en que se vé lo que antes no se pudo ver, pero al no presentarse una base psíquica como para sostener un cambio, o el acompañamiento terapéutico necesario, se produce el desmoronamiento, la entrega a la patología (depresiones, somatizaciones) o a las demencias: se ataca al pensamiento para no saber.

Es que una vida de pobreza psíquica, afectiva y de vínculos presagia en mayor medida que la pobreza material y cognitiva, un envejecimiento patológico.

Someterse, por diversas circunstancias, a una vida de autómatas, sin autocuestionamientos, con estímulos ambientales pobres, creencias rígidas y cristalizadas, excesiva seguridad y monotonía, es lo que irá preparando las condiciones para la depresión y la demencia cuando las circunstancias vitales del envejecer nos sor-

prendan sin la preparación mental afectiva y vincular adecuada para sostener un cambio ante situaciones de adversidad.

C. Inventario de Factores Protectores para el Envejecimiento (FAPREN). © Zarebski, Marconi, 2013

Los **Factores de Riesgo Psíquico de Envejecimiento Patológico** (Zarebski, 1999, 2005, 2008) sirvieron de base a la construcción del Cuestionario “Mi Envejecer” (CME) (Zarebski, 2014) herramienta de evaluación cualitativa y de intervención preventiva, aplicada en diversos ámbitos y latitudes.

A partir de la rica experiencia obtenida con la aplicación del CME, se ha desarrollado un instrumento objetivo construido en base a los factores protectores para el envejecimiento -contracara de los factores de riesgo- conjugado con los rasgos de personalidad propios de la sabiduría en la vejez, señalados por diversos investigadores en el tema (Meléndez Moral & Gil Llarío, 2004; Kunzman, 2009).

El FAPREN permite evaluar los factores protectores para el envejecimiento a través de 80 ítems agrupados en 10 dimensiones. Si los factores de riesgo son aquellos que producen un aumento en la probabilidad de ocurrencia del envejecimiento patológico, los factores protectores son aquellos que disminuyen esta probabilidad, permitiendo una mejor calidad de vida, favoreciendo el desarrollo psicosocial y la salud física y mental. De la interacción de ambos, se desprende el grado de vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño) o de resiliencia frente a los mismos.

Las características detectadas por este instrumento se evalúan siguiendo las dimensiones que se presentan a continuación. A medida que se analicen y desarrollen los Factores Protectores que se incluyen en cada una de ellas, se podrá comprobar cómo se interrelacionan unas con otras.

C.1 Dimensiones evaluadas

C.1.1. I. Flexibilidad y disposición al cambio

La flexibilidad constituye el principal atributo de un narcisismo normal. El grado de flexibilidad o de rigidez llevará a la aceptación o no de los cambios y las transformaciones que implica el envejecimiento para la propia identidad y se pondrá en juego respecto a puntos de vista, hábitos y rutinas. Implica asimismo, la apertura a lo nuevo, a aprender, a la búsqueda de nuevas actividades, a generar nuevos proyectos. Se desprenden de ella la posibilidad de relativizar, de ser selectivo y de reajustar las metas.

La posibilidad de relativizar, como rasgo de sabiduría, está muy bien descrito por los expertos en el tema (Hoffman, París, Hall, 1996): “una sabiduría que se basa, no solamente en la experiencia, en la acumulación de conocimientos, sino también en la capacidad de relativizar los hechos y acontecimientos sociales”.

Respecto a la selectividad y el reajuste de metas, podemos decir que es la posibilidad de tener en cuenta los límites y la disposición al cambio lo que nos permitirá ser selectivos en vínculos y actividades, así como reajustar nuestras metas, lo cual nos otorgará mayor sentimiento de eficacia personal, tal como comprueba Carstensen (1991).

C.1.2. II. Auto-cuestionamiento

Otra faceta derivada de un narcisismo normal, vinculado a la disposición al cambio -esta vez en aspectos que hacen a modos de ser del sujeto- es la posibilidad de auto-cuestionarse rasgos y actitudes propios. Estas características se asientan en la posibilidad de replantearse una identidad unívoca, rígidamente sostenida (“yo soy así”) de modo de poder enfrentarse a las propias fallas, a las incompletudes, a las propias carencias. Incluye la posibilidad de superar posiciones omnipotentes y de autosuficiencia o bien de impotencia generalizada. Se vincula con la apertura a lo nuevo, en cuanto a la posibilidad de enfrentarse a nuevas facetas de uno mismo.

También implica poder replantearse temas habitualmente evitados (“de eso no se habla”). Y en general, aceptar que se replantee, con perspectiva de futuro, la imagen, el rol, la función actual, joven.

Respecto a los cambios en la propia imagen, poder auto-cuestionar la valoración de la imagen externa y los cánones de belleza incorporados. La posibilidad de dialectizarla con el plano de la interioridad, de modo de recuperar bellezas menos efímeras, permitirá reconciliarse con el propio envejecimiento.

C.1.3 III. Auto-indagación, reflexión y espera

El auto-cuestionamiento va de la mano de la posibilidad de un encuentro consigo mismo, que faculte pensar antes de actuar - por lo tanto, tolerancia a la espera- y reflexionar, a través de un proceso de auto-indagación.

La actitud reflexiva es indicativa de la posibilidad de estar a solas y/o compartir los propios pensamientos. Posibilitará desarrollar la capacidad de realizar una revisión del curso de vida pasada hasta la actualidad, incluyendo logros y fracasos (balances).

Es importante detenerse periódicamente a realizar balances, ya que “una revisión retrospectiva de la vida puede llevarlos a reevaluar positivamente sus capacidades y a hacer los giros importantes de su existencia, y por lo mismo, ayudarles a atravesar con

éxito las crisis existenciales futuras...” (Aguerre, Bouffard, 2008, p.1155).

Lo dice muy bien Conde Sala (1997):

Esta reflexión sobre las cosas que suceden o han sucedido en sí mismo y en su entorno presupone una cierta interioridad, un saber estar solo con uno mismo, para poderlas pensar. Esta actitud que podemos ver frecuentemente en las personas mayores no hay que confundirla con el ensimismamiento, con el aislamiento. Es una actitud saludable y necesaria, es la actitud de aquel que necesita un cierto silencio para poder pensar en algunas cosas importantes.

Se trata de una interioridad, que se activa para permitir una tarea de reordenamiento de la propia identidad. Las personas que no pueden desarrollar esta actitud son aquellas que van a tener más dificultades para elaborar y asimilar su envejecimiento... (p. 81).

Es que, como venimos desarrollando, la amenaza que representa el envejecimiento a nivel subjetivo es la propuesta de metamorfosis para el Yo que implica el paso del tiempo, lo que los autores antes mencionados plantean como “giros importantes de su existencia” y “reordenamiento de la propia identidad”. La disposición reflexiva y de auto-indagación permitirá replantearse el sentido de la vida, condición indispensable para un envejecimiento saludable, como vienen demostrando numerosas investigaciones que ponen hincapié en la realización de actividades con sentido propio como condición para su logro (Colcombe; Kramer, 2003).

La vejez -y sus circunstancias- descubre verdades que habían permanecido ocultas y que no se habían podido escuchar antes. La posibilidad de enfrentar estas verdades, reconociéndolas como parte constitutiva de sí, nos permitirá ser más auténticos en nuestro camino a la sabiduría.

C.1.4.IV. Riqueza psíquica y Creatividad

La disposición a los cambios mencionados y la capacidad reflexiva se asientan en la riqueza de un Yo suficientemente complejo, en cuanto a la permeabilidad interna-externa y la capacidad elaborativa, lo que permite poner en juego y expresar recursos imaginario-simbólicos: acceder a fantasear, imaginar, jugar, desear y conectarse con los propios sueños. Incluye la posibilidad de poner en palabras afectos, angustias y preocupaciones.

Se trata de un psiquismo que fluye a través de conexiones internas entre distintas instancias psíquicas y en vinculación fluida con las redes externas, en un intercambio recíproco abierto al enriquecimiento y la creatividad.

La creatividad, condición para poder re-crearse a través de los avatares del envejecer, se vincula con la disposición al buen humor, rasgo ampliamente destacado en los estudios de resiliencia (Rodríguez, 2008; Viguera, 2006). A su vez, la

riqueza psíquica se conecta con el plano de la espiritualidad, otro de los aspectos destacados en los estudios sobre sabiduría (Asili, 2004; Rivera Ledesma & Montero López, 2007).

Sin embargo, encontramos en algunos sujetos -debido al modo esquemático que siempre tuvieron de resolver sus situaciones vitales, con vínculos dependientes y monótonos, casi burocratizados, con tendencia a simplificar y a seguir caminos previamente marcados- que su mundo psíquico y sus redes neuronales se han ido conformando de igual modo: con escasa o nula creatividad, chatura y pobreza mental (por brillantes que pudieran haber sido en algún desempeño, incluso intelectual).

C.1.5.V. Pérdidas, Vacíos, Compensación con ganancias

Las pérdidas inevitables por el paso del tiempo, característica en la cual los estudios sobre vejez -desde una perspectiva deficitaria- han hecho ya suficiente hincapié, pondrán en juego la posibilidad que tenga el sujeto de elaborar los duelos, en la medida en que pueda disminuir su impacto negativo a partir de nuevas adquisiciones o nuevas formas de valoración de lo perdido.

La compensación de pérdidas con, ganancias, mecanismo ampliamente desarrollado en el plano cognitivo desde los estudios pioneros de Baltes (1990), será una posibilidad no sólo alcanzable con estrategias para desenvolverse en la vida cotidiana, no sólo se referirá al desarrollo de nuevas potencialidades que permitan compensar limitaciones, sino que también se pondrá en juego respecto al uso del tiempo libre, a los nuevos horizontes o nuevos vínculos que podrán compensar otros ya perdidos.

No quedar adherido al pasado, asentando la autoestima en el presente con recuerdos reminiscentes y no nostálgicos, hará que se conserve la autoestima sostenida en logros presentes, sin necesidad de recurrir al relato interminable de vanaglorias de otra época.

Los que se aferran al pasado y sienten, desde la nostalgia, que ya no hay tiempo para nada bueno, que lo mejor ya pasó, que todo tiempo pasado fue mejor, no sólo se pierden de vivir lo rescatable del presente, sino que tampoco serán capaces de elaborar algún proyecto que los motive para seguir. En estos sujetos, a partir del vínculo narcisista con aquello perdido, nada podrá compensar su pérdida: “o todo lo perdido o nada”. Como podrá hacerlo, en cambio, aquel que evoca sus recuerdos placenteramente, porque lo reafirman en el presente, valorándolos como bienes a transmitir a las generaciones que le sigan, adquiriendo así proyección de futuro.

Incluye la posibilidad de soportar momentos de vacío vital y de incertidumbre. Esta es la cara positiva del envejecer: se abren vacíos que invitan a replantearse el sentido de la propia vida y actúan como un desafío a llenarlos creativamente.

C.1.6.VI. Auto-cuidado y Autonomía

Hacerse cargo del auto-cuidado en la salud y en la enfermedad se asentará en la posibilidad de tener en cuenta los límites en el desempeño corporal, que se pondrán en evidencia en el proceso de envejecimiento.

Aprender a escuchar las señales del paso del tiempo provenientes del organismo y enlentecer el paso -en todos los órdenes- hará prevalecer el auto-cuidado.

Hacerse responsable del sostén de la propia salud, aprendiendo de los excesos propios y ajenos, será efecto de la posibilidad de auto-cuestionamiento. De cómo el sujeto porte su cuerpo, lo goce, lo maltrate o lo desconozca, va a depender en gran parte la adecuación al paso del tiempo y la conservación de la autonomía, aunque se requieran ciertos apoyos.

Las recomendaciones habituales acerca del cuidado de la salud, referidas por lo general a la actividad física y a una adecuada alimentación, se deberían enmarcar en las características de personalidad que venimos desarrollando.

Respecto a la actividad física, hay interesantes avances en la determinación del efecto positivo que tiene su práctica en el plano cognitivo (Colcombe, Kramer, 2003), pero también se comprueba que su alcance benéfico en el envejecimiento será mayor si se complementa con la posibilidad de detenerse a reflexionar y darle sentido propio a la vida.

Aun cuando seamos portadores de alguna enfermedad o discapacidad, no será lo mismo en condiciones de vulnerabilidad emocional que en las condiciones contrarias. Seguir “funcionando” autónomamente a pesar de patologías y de situaciones limitantes e incapacitantes, aun con ciertos apoyos, será efecto del deseo de seguir adelante y de la posibilidad de despegarse de mandatos y modelos impuestos.

La convicción de que aun así se puede, porque se sabe desde el vamos que nunca se tuvo todo, que todos somos seres incompletos, carentes, y que de un modo u otro todos recurrimos a alguna “prótesis” que nos sostiene, nos ayudará a incorporarla cuando tengamos que usar alguna. Necesitar un bastón, una silla de ruedas, incluso anteojos, para algunos será catastrófico, si sienten menoscabada una imagen que pretenden sostener como completa. Preferirán en estos casos limitarse, dejar de leer, aunque haya sido su actividad favorita, o no salir y recluirse en su hogar, con tal de que nadie descubra lo que viven como su fracaso.

C.1.7. VII. Posición anticipada respecto a la propia vejez

El trabajo psíquico anticipado y gradual respecto a la propia vejez desde joven y respecto a la finitud y la muerte, conllevará una serie de tareas, como ser: aceptar pensar o reflexionar anticipadamente respecto a esa condición futura, incluir al envejecer entre los ideales a alcanzar (con expectativas positivas de longevidad y de conservación de la autonomía), en la perspectiva de aprovechar la vejez para el

cumplimiento de deseos, ideales y proyectos.

La elaboración gradual de las marcas biológicas y sociales del envejecer y la posibilidad de cuestionar los prejuicios (propios y ajenos) respecto a la vejez, son condiciones psíquicas que permitirán cumplir con las otras dimensiones, así como sostener la continuidad identitaria a través de los cambios.

Respecto a la superación de prejuicios y estereotipos, incluida la idealización de la vejez, es un tema largamente estudiado en Gerontología (Butler, 1973). Sabemos que quienes cuentan con un narcisismo perturbado necesitan atribuir a otro, a partir de algún rasgo, la totalidad de lo negativo o despreciable (Bieichmar, 1981).

Depositándolo en otro se salvan -ilusoriamente- de serlo. Pero de ser viejos –a menos que se muera antes- nadie se salva. Con lo que el prejuicioso termina siendo víctima de sus propios prejuicios.

La Teoría de la Continuidad (Atchley, 1989) ha destacado la importancia del logro de la continuidad en el envejecimiento. El presente marco teórico acerca de los factores protectores, ha integrado este concepto desde sus primeros desarrollos (Zarebski, 1999, 2005, 2008) como eje definitorio de un envejecimiento normal, en cuanto a la continuidad identitaria, diferenciado del derrumbe o quiebre de la identidad, propio de un envejecimiento patológico. Además se puede ver su engarce con las otras dimensiones, en el complejo trabajo psíquico proceso subjetivo del envejecimiento que enlazando el pasado con el presente y con proyección al futuro, contribuye al logro de la continuidad identitaria, condición definitoria, como decíamos, para la construcción activa de un envejecimiento normal.

C.1.8. VIII. Posición anticipada respecto a la finitud

Como venimos de señalar, la perspectiva de aceptación de todo el curso vital incluye a la finitud como gran límite que acompaña a la vida y por lo tanto, la muerte propia. Los recursos personales en el plano espiritual, entre los cuales se destaca la incorporación del sentido de trascendencia, son los que posibilitarán su aceptación.

Aceptación que no implicará una entrega a la muerte. En palabras de Fernando Ulloa (s/f): se trata de “vivir hasta la muerte y no hacia la muerte”. Vivir **hacia** muerte es entregarse, bajar los brazos, sentarse a esperarla sin pelear y dejar que la muerte se cuele por los resquicios de lo que uno deja sin vivir. Aunque también es pretender no saber de ella, desconociendo toda señal, en un camino que acelera su llegada.

Vivir **hasta** la muerte implica, en cambio, de la mano de Eros, complejizar el camino, probar por otros senderos, de modo tal que la muerte llegue en el momento indicado, cansado ya de tanto vivir, al final del camino.

C.1.9. IX. Vínculos inter-generacionales

La ubicación del sujeto como un eslabón en la cadena generacional, ya sea en lo familiar o en lo socio-cultural, a través de la recuperación del legado de los antecesores y de su transmisión a los que siguen, contribuirá al logro de la continuidad entre generaciones. Permitirá conservar la memoria de los que ya no están como modo de ir construyendo futuro para los que vengan después, a modo de puentes entre generaciones.

Lo cual implica ubicarse como mentor y guía de los más jóvenes a través de la generatividad (Erikson, 1985), que evitará malestares inter-generacionales y posibilitará la valoración positiva de los vínculos con otros grupos etarios.

Poder ubicarse como un eslabón más en ese encadenamiento es adquirir la humildad de saberse ni más ni menos que eso: un simple eslabón en la cadena.

Con toda la responsabilidad que le cabe a quien debe contribuir al logro de la continuidad, evitando que se corte ese encadenamiento, ya sea en lo familiar o en lo socio-cultural

Aunque no se haya sido padre ni abuelo, la posibilidad de enlazarse en el vector temporal hacia delante y hacia atrás, será una condición de crecimiento personal, como destacara Erikson, con la vista puesta en un horizonte que irá más allá del alcance de la propia mirada.

Reconocer las diferencias entre generaciones supone superar la concepción circular del tiempo que lleva a repetir historias ajenas, lo que permitirá diferenciarse de otros modelos o del modo de envejecimiento de padres o abuelos. Abrirse a la construcción del propio camino, será inherente a la aceptación del propio tiempo como finito, como camino que en algún momento llegará a su fin.

C.1.10. X. Diversificación de vínculos e intereses

Las investigaciones internacionales subrayan la **importancia de la implicación social con el paso del tiempo**, a saber: seguir involucrado con la familia y los amigos, mantener redes diversas de apoyo, realizar tareas de voluntariado, seguir trabajando después de la jubilación y/o comenzar nuevos trabajos. Además, Carey (2009) sostiene que **con cuanta más gente uno tenga contacto**, tanto en su casa como afuera, mejor le va física y mentalmente. Y que para interactuar con gente regularmente, incluso con extraños, uno utiliza tantas destrezas mentales como para resolver problemas.

La frase alude a la **interrelación entre las redes externas y las redes internas**: la red Psico-Neuro-Immuno-Endocrinológica (PNIE) con la red del lenguaje y las redes sociales. Se está demostrando cómo cada una enriquece a la otra y que este entretreído tiene efectos a nivel cerebral (Zarebski, 2011 -d).

Interactuar con otros también provee mayor destreza cognitiva, porque hay una correspondencia entre la red interna neurológica y la red de vínculos: la participación en tareas complejas exige la puesta en marcha de recursos y capacidades cognitivas. Así se comprueba que pasar algunas horas por día en actividades mentales y recreativas disminuye el riesgo de demencia (Carey, 2009).

Es que lo social y lo cognitivo se coproducen, son dos caras de una misma moneda.

En el campo de las neurociencias ya está ampliamente demostrado que el aprendizaje y la multi-estimulación genera la producción de nuevas células y favorecen la plasticidad neuronal.

Estos avances nos permiten pasar de una visión estática del sistema nervioso a una concepción plástica del mismo y del determinismo genético a la determinación del sujeto en el armado de su curso vital. Lo cual representa un cambio fundamental para la Teoría del Curso de la Vida (Saltes & Schaie, 1973; Neugarten, 1999; Zarebski, 2005, 2011-a), desde el momento en que permite comprobar por qué al envejecer cada sujeto es singular y cada cerebro es único. (Ansermet, & Magistretti, 2006).

De ahí los efectos positivos de seguir conectado y estimulado, ya que se produce una continua modificación de las sinapsis a lo largo de toda la vida: el cerebro tiene una estructura y un funcionamiento que se mantienen a través del tiempo en un constante estado dinámico, lo cual habilita la posibilidad de generar cambios en él a través de intervenciones psicológicas y modificaciones ambientales. Se comprueba una vez más que la genética no es lo único ni lo de mayor peso en la aparición de la enfermedad, sino que se une a factores de desarrollo y ambientales.

La existencia de vínculos e intereses diversos se correlaciona con la diversificación de ideales y es indicativa de la superación de vínculos dependientes, como factor protector frente a las pérdidas. Implica apertura al afuera, a los otros y por lo tanto, posibilidad de descentramiento.

Vinculación diversificada que tiene como objetivo evitar el riesgo de vivir centrado excesivamente en sí mismo, con el ensimismamiento narcisista y regresivo que implica.

Asimismo, la dependencia emocional de otro, de un rol, de una función, lleva en la vejez a dos desenlaces por igual temidos: la soledad y el aislamiento por un lado, o bien, la caída en la dependencia total, por otro lado, ante vacíos que se presentifican por la pérdida de ese bastón único de apoyo, vacíos que no se pueden recubrir, si se carece de apertura a lo nuevo.

Hay señales anticipadas que van indicando cómo armar el propio camino a fin de evitar el desenlace tan temido de llegar a ser una carga para los hijos. No vivir apoyándose en un solo bastón, diversificarlos desde jóvenes, de modo tal que, cuando uno flaquea, se encuentre apoyo en otro. No estar esperando sólo el sostén familiar, sabiendo que hay otros que podrán tender una mano. Del mismo modo, no

apostar todo a una función, ya sea intelectual o genital, al rendimiento deportivo, o a la función maternal.

Revisar el modo narcisista de ejercer la sexualidad y la abuelidad: si se apuesta todo el erotismo al rendimiento genital o a la imagen lozana, se verá menoscabada la sexualidad en el envejecer. De igual modo, ubicarse en la familia como padres o madres únicos y omnímodos, sin dar lugar a que se reproduzca en los hijos la función materna o paterna, no sólo llevará a avasallar su lugar de padres, sino que se estará fomentando así el conflicto familiar, al mismo tiempo que la confusión en la mente de los nietos.

Y se irá gestando para uno mismo, imperceptiblemente, un futuro de soledad y abandono por parte de ellos. A fin de evitarlo, se deberá cuestionar el modo de ser presente desde esa perspectiva futura: construirse, descubrirse y crearse, desplegándose en distintas direcciones y generando diversas redes de apoyo. No vivir pendientes de un solo bastón, si se cuenta hoy en día con tantas propuestas de participación y enlace.

La brújula que orientará en esta construcción será el interjuego entre el despliegue de los propios deseos y la incorporación de los límites que impone el paso del tiempo.

D. Resultados a partir de la aplicación del FAPREN en el presente estudio

Se presentan a continuación los estadísticos descriptivos para el total de factores protectores y sus dimensiones, correspondientes a la muestra en estudio.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos para factores protectores en el envejecimiento (N=96)

Estadísticos	*FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	FVII	FVIII	FIX	FX	TOTAL
Media	5,86	5,64	5,64	5,64	5,64	5,64	6,28	5,79	5,02	5,94	58,67
Mediana	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	6,00	59,00
Moda	5	5	5	5	5	5	6	6	5	6	64
Desviación típica	1,404	1,215	1,215	1,215	1,215	1,215	1,167	1,196	1,142	1,228	7,702
Asimetría	-,360	-,198	-,198	-,198	-,198	-,198	-,286	-,001	,521	-,576	1621
Error típico de Asimetría	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246
Curtosis	-,331	-,054	-,054	-,054	-,054	-,054	-,398	-,353	-,188	-,103	-,593
Erro típico de Curtosis	,448	,448	,448	,448	,448	,448	,448	,448	,448	,448	,448
Mínimo	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	40
Máximo	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	75

*FI: Flexibilidad y cambio. FII: Autocuestionamiento. FIII: Reflexión y espera. FIV: Riqueza Psíquica.

FV: Pérdida y compensación. FVI: Autocuidado. FVII: Anticipación de la vejez. FVIII: Anticipación de la finitud.

FIX: Vínculos intergeneracionales. FX: Diversificación.

Tal como se observa en la Tabla 1, la mediana correspondiente al total de factores protectores es 59, en un rango de 40 a 75 puntos obtenidos por los sujetos que integran la muestra. Indicando una prevalencia moderada de factores protectores, los puntajes que se encuentran entre 53 y 63 (Ver Tabla 2), de acuerdo al corte basado en cuartiles (01. 02 y 03). El 44,8% de los sujetos evaluados se ubican en dicha franja. La distribución general puede observarse en el Gráfico 1.

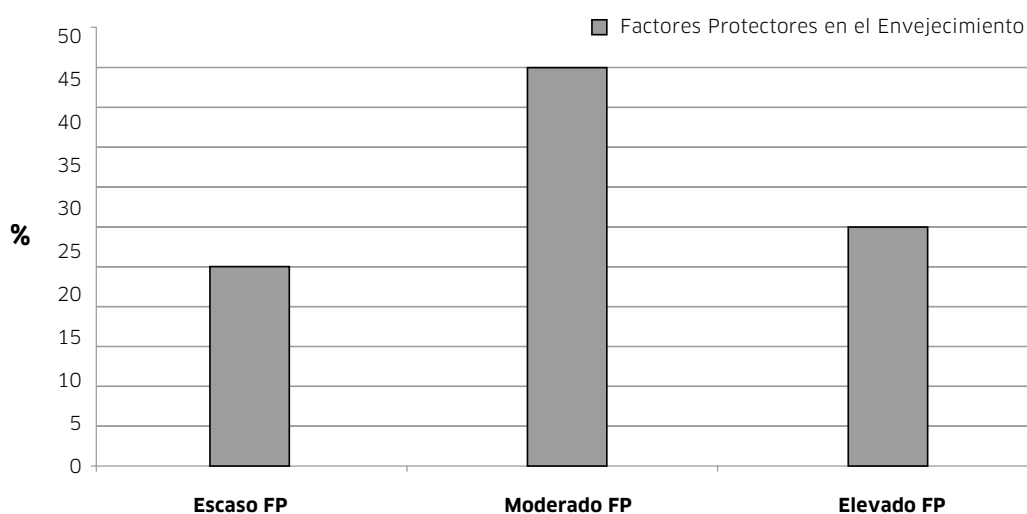
Tabla 2. Puntajes de corte para el total de factores protectores (FP), según cuartiles (N=96)

FACTORES PROTECTORES (TOTAL)	PUNTAJE BRUTO
Escaso FP	<53
Moderado FP	53 a 63
Elevado FP	> 63

Tabla 3. Distribución de factores protectores en porcentaje, según puntajes de corte (N=96)

FACTORES PROTECTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escaso FP	25	26,0
Moderado FP	43	44,8
Elevado FP	28	29,2
TOTAL	96	100,0

Gráfico 1. Distribución (en %) del total de factores protectores, para la muestra en estudio



Las relaciones entre narcisismo y factores protectores y resiliencia y factores protectores se abordan en los respectivos capítulos. Lo mismo para las asociaciones

con el desempeño cognitivo y con depresión.

No se evidencian diferencias significativas en función del género ni del lugar de residencia.

Por último, en la Tabla 4 se presentan los percentiles correspondientes a este grupo muestral.

Tabla 4. Distribución percentilar para el total de factores protectores y sus dimensiones (N=96)

Percentiles	*FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	FVII	FVIII	FIX	FX	TOTAL
5	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,85	45,00
15	4,55	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,55	4,00	5,00	49,55
25	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,25	5,00	4,00	5,00	52,00
45	6,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	6,00	58,00
50	6,00	6,00	7,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	6,00	59,00
65	7,00	6,00	7,00	6,00	7,00	6,00	7,00	6,00	5,00	7,00	63,00
75	7,00	6,75	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,75	6,00	7,00	64,00
85	7,00	7,00	8,00	7,00	8,00	7,00	8,00	7,00	6,00	7,00	67,00
95	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	7,00	8,00	71,00

E. Reflexiones Finales

A través de la aplicación del FAPREN se busca detectar los factores de personalidad enumerados en las dimensiones presentadas, factores que inciden en la posibilidad de arribar a un envejecimiento normal o bien patológico, e indagar anticipadamente qué mecanismos se ponen en juego en cada sujeto.

Cabe destacar la importancia de que el sujeto logre cumplir con armonía la totalidad de los ítems que se evalúan. Nadie cumplirá probablemente con todos por igual, por eso es importante detectar los puntos de riesgo, a fin de trabajarlos selectiva y preventivamente. Tanto las teorías como los sujetos mismos, suelen apoyarse en valorar alguna de sus dimensiones, y dejan de lado o no consideran otras, lo cual se torna en riesgo para el desarrollo armónico del conjunto y podrá conducir a desequilibrios ante situaciones desestabilizadoras.

Lo más notable que nos aportan los avances científicos recientes es la evidencia de la interrelación bio-psico-social a lo largo de la vida: el efecto de las actitudes y de la calidad de los vínculos en el funcionamiento cerebral.

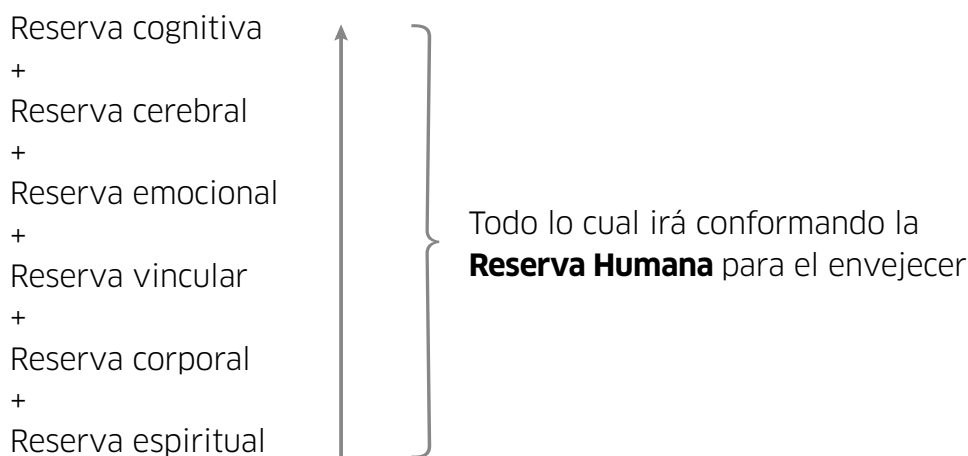
Lo cual es una comprobación de lo que vengo sosteniendo desde mi experiencia profesional y docente: la correspondencia entre la red interna PNIE y la red externa de vínculos: a mayor riqueza de una, más se enriquecerá la otra, en relación recíproca y dialéctica.

Lo que importa destacar en estas investigaciones es que permiten comprobar la concepción compleja del sujeto: “las relaciones sociales incrementarían la **reserva cognitiva** al exigir a los sujetos una mayor y más eficiente capacidad comunicativa así como la participación en tareas complejas que exigen la puesta en marcha de recursos y capacidades cognitivas” (citado en Rodríguez Álvarez, M. & Sánchez Rodríguez, JL. 2004 p. 178).

Esta concepción de reserva es interesante y es necesario ampliarla en nuestros estudios gerontológicos, según propongo en mi libro de reciente edición (Zarebski, 2011-c). Lo que agrego, desde mi propuesta acerca del armado de una identidad y un Yo complejo a lo largo de la vida, es que no es suficiente con poner el foco en la ‘reserva cognitiva’ o en la ‘reserva cerebral’, pues así seguiríamos poniendo el acento en cuestiones parciales. Lo que planteo, y se corresponde con el enfoque complejo de la PNIE, es que debemos encarar la construcción por parte del sujeto de un andamiaje constituido por:

Gráfico 2. Sumatoria de reservas que, atravesadas por la plasticidad, conforman la Reserva Humana (Zarebski, 2011)

Plasticidad



En la construcción de esta Reserva Humana, iremos afianzando los factores protectores para el envejecimiento, factores protectores detectables a través de herramientas como el Cuestionario “Mi Envejecer” y el Inventario FAPREN, que aquí se presenta.

Hablar de ‘reserva’ responde a una perspectiva futura que podrá ser de carencia. Me refiero a una preparación anticipada desde el presente para hacer frente a esa posible y, en algunos aspectos, previsible carencia: hay desgastes inevitables.

Los mecanismos que regulan el funcionamiento orgánico a lo largo de la vida son complejos. Es sabido que en el proceso de envejecimiento **disminuye esa complejidad** regulatoria biológica y, consecutivamente, la adaptación al stress y a los traumatismos, lo que lleva a un desequilibrio entre el desgaste y la capacidad reparadora. Hasta ahora se han mostrado poco efectivas las intervenciones

médicas conducentes a compensar ese desequilibrio, ya que se sostienen exclusivamente en el plano de la biología.

¿Se podrá contrarrestar esa disminución a través de actividades diversificadas y un Yo suficientemente rico y estimulado? ¿No es esto acaso lo que comprobamos en tantas personas que se mantienen activas y participativas hasta edades avanzadas? ¿Acaso se podría atribuir su estado físico sólo a causas genéticas o a su sana alimentación y sus hábitos saludables?

Lo que aquí postulo es que si el sujeto se mantiene estimulado, activo, en movimiento, esta renovación del sentido de su vida y de sus redes de apoyo tendrá un efecto enriquecedor en las redes internas biológicas, emocionales y cognitivas. Es decir que **se trataría de incrementar la complejidad del sujeto para compensar la pérdida de complejidad de los mecanismos biológicos**, en línea con la idea de que, más que tratarse de la determinación genética, lo determinante es lo que haga el sujeto con su propia vida.

Se comprueba, a través de nuestras intervenciones, que construir resiliencia durante el envejecimiento, construir un espíritu “joven”, activo, vital, hasta el fin de los días, requiere de plasticidad neuronal, pero también de la flexibilidad emocional, corporal, vincular, espiritual, para armar el propio mundo, renovar permanentemente el tejido, enlazado, sin tironeas, sin cortes, por el contrario, seguir entretejiéndose con nuevos hilos y nuevos colores.

En síntesis, una vida de riqueza representacional y abierta a la complejidad, a la incertidumbre, a las fluctuaciones, al desorden y a pensamientos no-lineales, capaz de soportar frustraciones, desilusiones, cuestionamientos y auto cuestionamientos, de realizar un trabajo psíquico de anticipaciones y resignificaciones. Éstas serán las condiciones psíquicas que se podrán ir construyendo en el curso de la vida como antídotos que harán soportables las adversidades a fin de no quebrarse.

Seguir ensanchando el mundo psíquico con estímulos, pensamientos, afectos y vínculos, permitirá fortalecer las conexiones internas (redes neuronales, endocrinas, inmunológicas) con las redes de pensamientos, sentimientos y vinculares: eso es estar vivo y es lo que evita el deterioro. Debemos tener en cuenta, además, el papel modificador de las emociones sobre la biología: la calidad de los alimentos afectivos y culturales (Cyrulnik, 1994) se traslucirá en la imagen y en los logros.

Desde la perspectiva subjetiva, asumir la complejidad es asumirse como sujetos complejos. La evidencia científica (estudios acerca de la sabiduría en la vejez) constata que son los que asumieron la complejidad los que lograron alcanzarla, acompañada por una mejor calidad de vida.

La condición que la posibilita es el armado de un mundo rico y amplio, mediante una identidad fluida y plástica que permita realizar cambios y replanteos, tomando

en cuenta los intereses propios y ajenos, en vinculación con la totalidad del cosmos. Mantener flexible este entramado será más efectivo que “consumir salud”. No apoltronarse con la edad, sino continuar con la obra de seguir haciéndose humano hasta el último instante de la existencia.

El camino que aquí se propone es el de la fluctuación: entre la interioridad y el otro, entre centrarse y descentrarse, entre el apego y el desapego. El triunfo de la humildad por sobre la vanidad posibilitará el auto-cuestionamiento, la curiosidad, el asombro, la apertura a lo nuevo.

Afortunadamente, en los últimos años pudimos entender cómo se va armando desde joven ese desenlace, lo que nos permite intervenir para prevenirlo anticipadamente o intentar torcer ese destino cuando ya está instalado. Hay múltiples ejemplos de personas que lo lograron, que pudieron encontrar una ‘tabla salvadora’ en los grupos y talleres, para alivio de sí y de sus familiares. Es decir, lograron hacer replanteos y cambios, aún en sus años tardíos, a partir de intervenciones preventivas de profesionales capacitados que están actualmente trabajando sobre los Factores Protectores y de Riesgo de envejecimiento patológico y utilizando estas herramientas en sus prácticas como instrumento de evaluación e intervención.

Bibliografía

- Aguerre, C. & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento Exitoso: Teorías, Investigaciones y Aplicaciones Clínicas, en *Rev. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, n° 2.
- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz. Asili, N. (2004) Vida plena en la vejez. México: Editorial Pax.
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190. Nueva York: Oxford University Press.
- Baltes, P. B. & Schaie, K. W. (1973). *Life-span developmental psychology: personality and socialization*. NY: Academic Press.
- Baltes, P.B. & Saltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En Baltes P.S. & Baltes M.M. (Eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.S., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W Damon & R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology*, 5th edition: Vol. 1. Theoretical models of human development (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Bayarre Veá, H. (2003) *Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas*. La Habana: Ministerio de S. Pública. Esc. Nal. de Salud Pública.
- Berdullas M. & Chacón F. (2002). Contribución de la Psicología al Conocimiento de los Procesos de Envejecimiento. Congreso de Psicología del Envejecimiento. Colegio Of. de Psicólogos de Andalucía Oriental. Marzo 2002. Granada.
- Bianchi H. (1987) *Le Moi et le Temps*. París Dunod.

- Bleichmar H. (1981). *EI Narcisismo. Estudio Sobre la Enunciación y la Gramática Inconciente*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Butler, R. N. & Lewis, M. 1 (1973) *Aging and mental health: positive psychosocial and biomedical approaches*, St. Louis: C.V. Mosby Co.
- Carey, B. (2009). Vida social y actividad, claves para un cerebro lúcido más allá de los 90, en *The New York Times*, publicado en *Diario La Nación*, Ciencia/ Salud, 25 de mayo.
- Carstensen, L.L. (1991) Selectivity theory: Social activity in life-span context, en *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Colcombe, S. & Kramer, AF. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study, en *Psychological Science*, 14, págs. 125- 130.
- Conde Sala, JL. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento, en: *Anuario de Psicología*, nº 73, págs. 71-87, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona
- Cyrułnik, B. (1994). *Los alimentos afectivos*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Erikson E. (1985). *The Life Cycle Completed*. Nueva York: Norton.
- Fernández Ballesteros R. (Dir.) (2009) *Psicogerontología: Perspectivas Europeas para un Mundo que Envejece*. Madrid: Pirámide.
- González Morales R. M. & Velázquez Zuñiga, G.A. (2002). Comprensión socio psicológica en la tercera edad. *Correo Científico Médico de Holguín*, 2002; 6. Holguín.
- Haan, M.N., Mungas, D. González. H.M. & Jagust, W.J. (2000). Cognitive functioning and dementia prevalence in older latinos: cardiovascular and cultural correlates. *Neurobiological Aging*, 21 (1), 35
- Hoffman L., París S. & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: MC Graw-Hill
- Kunzman, L. (2009). Desarrollo Adulto y Dinámica emocional-motivacional, en: *Psicogerontología: Perspectivas Europeas para un Mundo que Envejece*. Rocío Fernández Ballesteros (Dir.). Madrid: Pirámide.
- Leturia F., Yanguas J. & Leturia M. (1994). La jubilación laboral y su impacto psicológico: del afrontamiento a la preparación, en *Rev. Geriátrika*, 10. 55-61.
- Meléndez Moral, J.C. & Gil Llarío, M.O (2004). Sabiduría y envejecimiento, en *Rev. Geriátrika*, 20(5), págs. 218-225.
- Neugarten B. (1999) *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Olivera Pueyo F.J. et al, (2006). Detección de factores relacionados con el desarrollo de trastornos mentales en la población geriátrica (Psicotard), en: *Atención Primaria*. Oct 2006;38, 6. Huesca.
- Pérez Díaz R. (2006). Estrés y Longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. En: *Geroinfo*. RNPS. 2110. Vol. 1. Nº 3: 5-7. La Habana: C ITED
- Rivera Ledesma A. & Montero López L. M. (2007). *Medidas de Afrontamiento y Espiritualidad en adultos mayores mexicanos*. *Salud Mental*, 30 (1), 39-47.
- Rodríguez, D. (2008). El humor como indicador de resiliencia. En: *Resiliencia: descubriéndolas propias fortalezas*. En: Suárez Ojeda, E. N. Melillo, A. (comp.), pp. 185-196. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Álvarez, M. & Sánchez Rodríguez, JL. (2004). Reserva Cognitiva y Demencia, en: *Anales de Psicología*, vol. 20, nº 2, diciembre, págs. 175-186. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Disponible en <http://www.um.es>.
- Rosales Rodríguez R., García Díaz R. & Quiñones Macías E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan* 2014; 18(1):61. Santiago de Cuba.
- Sáez N., Meléndez J. & Aleixandre M. (1995). La percepción de limitaciones y estereotipos en la

- jubilación. *Universitas Tarraconensis*. 17:113-22.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Ulloa F (1993). El Psicoanálisis en la Cultura de Fin del Milenio en: Rev. Topía, Año 111, N o 8. Buenos Aires.
- Ulloa, F. (s/f). Artículo homenaje a Mimí Langer, Rev. Psyche, Buenos Aires.
- Viguera, V. (2006). El afecto y el humor: dos pilares en el trabajo con resiliencia en adultos mayores. *Intersalud*. Feb-2006. <http://hdl.handle.net/10401/3799>.
- Waters, E. & Goodman, J. (1990). *Empowering Older Adults: Practical Strategies for Counselors*. San Francisco: Jossey Baass.
- Zarebski G. (1994). *La Vejez ¿Es una Caída?* Ed. Tekné. Bs.As. Disponible en: gerontología.maimonides.edu
- Zarebski, G. (1999). *Hacia un Buen Envejecer*. Buenos Aires: Emecé. Re-edición 2005: Buenos Aires: Edit. Univ. Maimónides, Científica y Literaria.
- Zarebski, G. Knopoff, R. & Santagostino, L. (2004) Resiliencia y Envejecimiento. En: *Resiliencia y Subjetividad*, Suárez Ojeda, E. N. Melillo, A. (edit.) Buenos Aires: Paidós.
- Zarebski, G. (2005). *El Curso de la Vida: Diseño para Armar*. Buenos Aires: Edit. Univ. Maimónides, Científica y Literaria.
- Zarebski, G. (2007). La Psicogerontología Hoy. En: *Envejecimiento: Memoria Colectiva y Construcción de Futuro*. IIº Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis Hijos ¿Padre de mis Padres?* Cap. 6: Señales en el Camino. Buenos Aires: Paidós.
- Zarebski, G. (2009-a) Vulnerabilidad y Resiliencia en el Envejecer. En: *Neurociencias na Melhor Idade*, Leite Ribeiro do Valle, L., Zarebski G., Ribeiro do Valle, E. (edit.), S. Pablo: Novo Conceito Editora.
- Zarebski G. (2009-b). Diversidades en la Psicogerontología. Tercer Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. *Revista Tiempo de Psicogerontología* N° 25, diciembre 2009. <http://www.psiconet.com/tiempo/>
- Zarebski, G. (2011-a). La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología Actual: frutos simultáneos de un mismo árbol. En: Yuni, J (comp.) *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Zarebski, G. (2011-b). Campo de la Psicogerontología: Vulnerabilidad Emocional, Factores de Riesgo Psíquico y Resiliencia. En: Quintanar, F. (comp.) *Atención Psicológica de las Personas Mayores*. México: Pax México.
- Zarebski, G. (2011-c). *El futuro se construye hoy. La Reserva Humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Zarebski, G. (2011-d) Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) y envejecimiento. Enfoque psicogerontológico. *Revista Tiempo de Psicogerontología* N° 27, mayo 2011. Presentado al Congreso COMLAT-SAGG. Bs. As. Abril- 11. <http://www.psiconet.com/tiempo/>
- Zarebski, G. (2014). *Cuestionario Mi Envejecer (CME)*. Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, Vulnerabilidad Somática y Tercera Tópica*. Buenos Aires.

PERSONALIDAD, NARCISISMO Y ENVEJECIMIENTO

Alicia B. Kabanchik⁵

A. La evaluación del narcisismo en el presente estudio

En el desarrollo de la presente investigación se evaluó el narcisismo en el envejecimiento con el Narcíssistic Personality Inventory (NPI) creado por Raskin y Terry (1988). Dicho instrumento no mide el narcisismo como trastorno de la personalidad sino que investiga el grado en que los individuos difieren en el narcisismo como rasgo de personalidad.

Se empleó la adaptación española de la versión abreviada de 40 ítems del NPI (Raskin y Terry, 1988). Los resultados de la investigación mejicana realizada por García Garduño y Cortés Sotres (1998), indican que esta versión del NPI en español presenta características psicométricas semejantes a su versión en inglés. Y recomiendan el instrumento para medir narcisismo en población hispana normal. En él se han encontrado siete componentes de primer orden en el narcisismo: Autoridad, Exhibicionismo, Superioridad, Vanidad, Explotación, Pretensión y Autosuficiencia.

Se presentan a continuación los estadísticos descriptivos para narcisismo y sus componentes, correspondientes a la muestra en estudio.

5. Dra. En Salud Mental (UBA). Médica Especialista en Psiquiatría. Magíster en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro). Directora de la Carrera de Especialización en Psicogeriatría, Universidad Maimónides.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos para narcisismo y sus componentes (N=96)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	TOTAL
Media	2,86	1,29	1,57	1,15	,98	2,24	,69	10,78
Mediana	2,50	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	,00	10,00
Moda	2	0	2	1	0	2	0	7
Desviación típica	1,867	1,391	1,229	1,187	,955	1,288	,837	5,020
Asimetría	,637	1,113	,419	1,522	,829	,234	1,087	,946
Error típico de Asimetría	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246
Curtosis	-,329	,712	-,186	2,951	,251	-,633	,511	,913
Error típico de Curtosis	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488

*I: Autoridad. II: Exhibicionismo. III: Superioridad. IV: Pretensión. V: Explotación.
VI: Autosuficiencia. VII: Vanidad.

Tal como se evidencia en la Tabla 1, la mediana para el total de narcisismo es 10. Y los puntajes medios obtenidos para cada uno de los dominios, en términos generales, son menores a los de la muestra normativa de Raskin y Terry (1988) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Medias y Desviación Estándar de los dominios del narcisismo

	Este estudio		Garduño & Cortés Sotres		Raskin & Terry	
	Media	SD	Media	SD	Media	SD
Autoridad	2,86	1,980	4,66	1,93	4,16	2,17
Exibicionismo	1,29	1,281	2,21	1,44	2,21	1,74
Superioridad	1,57	1,234	1,82	1,26	2,54	1,36
Pretensión	1,15	1,169	1,67	1,33	1,67	1,40
Explotación	,98	,943	1,64	1,19	1,47	1,69
Autosuficiencia	2,24	1,314	2,71	1,24	2,09	1,50
Vanidad	,69	,711	0,45	0,75	1,37	1,08

Muestra de García Garduño y Cortés Sotres (1998) y Muestra Normativa de Raskin y Terry (tomado de García Garduño y Cortés Sotres 1998).

De acuerdo a los puntajes de corte basados en los cuartiles (01, 02 y 03), el rango correspondiente a moderado narcisismo se ubica entre 8 y 12 puntos (Tabla 3). Encontrándose el 38,5 % (N=37) de los sujetos evaluados, dentro de dicho rango (Tabla 4). La distribución en porcentaje, puede observarse en el Gráfico 1.

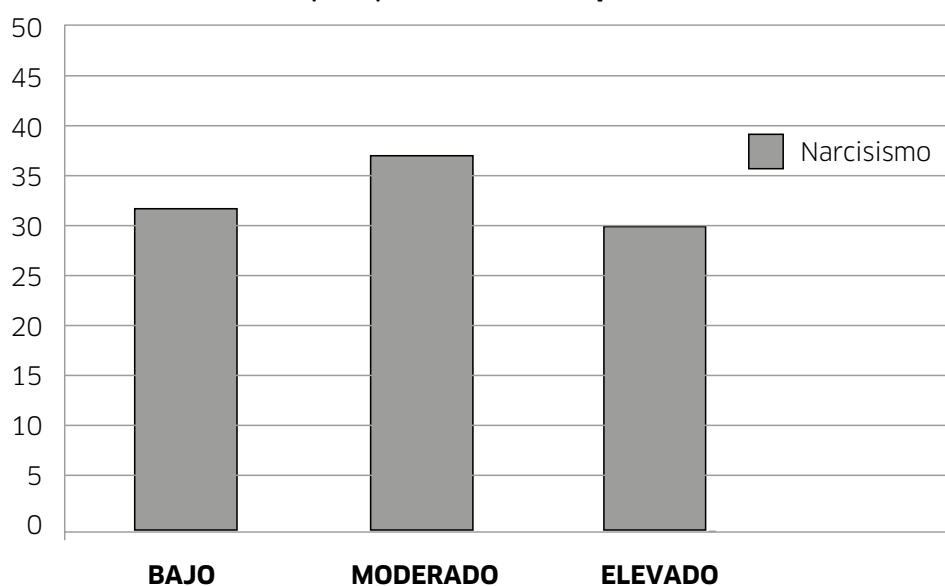
Tabla 3. Puntajes de corte para narcisismo, según cuartiles (N=96)

XXXXXXX	XXXXXX
BAJA	< 8
MODERADA	18 A 12
ELEVADA	> 12

Tabla 4. Distribución de narcisismo en porcentaje, según puntajes de corte (N=96)

XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
BAJA	30	31,3
MODERADA	37	38,5
ELEVADA	29	30,2
TOTAL	96	100,0

Gráfico 1. Distribución (en%) de narcisismo para la muestra en estudio



En cuanto a las diferencias según género, se observa una sola diferencia significativa entre mujeres y hombres que corresponde al componente pretensión del narcisismo ($z = -1.969$; $p = .049$) permitiendo inferir que las mujeres de esta muestra poseen significativamente mayores niveles de ambición, necesidad de poder, dominancia, hostilidad junto a la falta de autocontrol y de tolerancia hacia los otros. Para el resto de las variables no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la relación empírica entre narcisismo y factores protectores en el

envejecimiento, se observa una asociación negativa estadísticamente significativa entre Exhibicionismo (búsqueda de sensaciones, extraversión y falta de control de los impulsos) y Anticipación de la vejez ($\rho = -.230$; $p = .024$). Asimismo, la variable Vanidad (creencia de que uno es físicamente atractivo para los demás) presenta una relación negativa estadísticamente significativa con Autocuestionamiento ($\rho = -.268$; $p = .008$). Hallazgos que van en el sentido de nuestros supuestos.

Llama la atención que Superioridad se encuentre relacionada de manera positiva con Riqueza Psíquica, Autocuidado y Anticipación de la Finitud ($\rho = .274$; $p = .007$; $\rho = .225$; $p = .028$; $\rho = .201$; $p = .050$ respectivamente). Sin embargo, no sería infructuoso pensar que para el desarrollo de estos recursos se necesite contar con cierta autoconfianza, exaltación del ego y capacidad para tener presencia social.

Por último, en la Tabla 5 se presentan los percentiles correspondientes a este grupo muestral.

Tabla 5. Distribución percentilar para narcisismo y sus componentes (N=96)

Percentiles	I	II	III	IV	V	VI	VII	TOTAL
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	4,00
15	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00	6,00
25	2,00	,00	,25	,00	,00	1,00	,00	7,00
45	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	9,00
50	2,50	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	,00	10,00
65	3,00	1,05	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	12,00
75	4,00	2,00	2,00	1,75	2,00	3,00	1,00	13,00
85	5,00	3,00	3,00	2,00	2,00	4,00	2,00	15,45
95	7,00	4,00	4,00	3,15	3,00	4,15	2,15	21,30

*I autoridad. II Exhibicionismo. III Superioridad. IV Pretensión. V Explotación. VI Autosuficiencia. VII Vanidad

B. Personalidad

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (2001), la Personalidad es la diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra. El concepto proviene del griego ‘prosopon’ y tiene sus orígenes en la máscara que usaban los actores para representar un personaje.

Según Allport (1937), la personalidad es una organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única para cada sujeto, en su proceso de adaptación al medio.

Un modelo en vigencia para su estudio, es el de los Cinco Grandes (Big Five), propuesto por Me Crae y Costa (2003) que analiza a la personalidad en cinco di-

menciones principales: 1. Extraversión, 2. Neuroticismo, 3. Amabilidad, 4. Apertura a la Experiencia y 5. Responsabilidad en sus diversas gradaciones y oposiciones. Los Cinco Grandes es un modelo descriptivo de personalidad que ha despertado el desarrollo de diversas metodologías para su evaluación.

B.1 Concepto de personalidad madura (Allport 1977)

B.1.1 Características

***Extensión del sentido de sí mismo:**

El sentido de sí mismo se forma gradualmente en la infancia y continúa extendiéndose al compás de las experiencias a medida que se hace mayor el círculo de participación del individuo.

***Relación emocional con otras personas:**

Implica que se es capaz de una gran intimidad en la capacidad de amar, ya sea en la vida familiar o en una profunda amistad

***Tolerancia y estructura democrática del carácter.**

***Seguridad emocional (aceptación de sí mismo):**

La seguridad emocional se caracteriza por una conducta preferentemente estable, consciente de sus limitaciones.

***Autobjetivación:**

Conocimientos de sí mismo y sentido del humor

***Filosofía unificadora de la vida:**

El sentido del humor es indispensable para ver la vida de un modo maduro.

C. Rasgos de personalidad

De acuerdo con Allport (1937), son características que se manifiestan en diferentes situaciones y están sujetas a las influencias sociales, ambientales y culturales. Dicho autor los catalogó en rasgos cardinales, centrales y secundarios.

***Cardinales:**

Son las características más importantes que dirigen la mayor parte de las actividades de la vida de una persona (conducta).

***Centrales:**

Son los rasgos principales del individuo, que caracterizan su personalidad y los más evidentes en su comportamiento

***Secundarios:**

Atributos que están presentes en ciertas situaciones.

Por otra parte, el DSM IV (1995) describe los rasgos de personalidad como “Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la Personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo” (p.646).

D. Trastorno General de la Personalidad

De acuerdo con la Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™ (2013), los Trastornos de Personalidad se describen como:

“A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.

Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).

2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).

3. Funcionamiento interpersonal.

4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración. Su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una

sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal)” (p. 359)

De acuerdo con el CIE 10 (2004) dicho trastorno “Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y expresan un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida. Los trastornos específicos de la personalidad (F60), los trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61), y las transformaciones persistentes de la personalidad (F62) son formas de comportamientos duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como respuestas inflexibles en un amplio espectro de situaciones individuales y sociales” (p.158).

D.1. Clasificación de los trastornos de personalidad

A continuación se presenta en formato de Tabla, la clasificación de los trastornos de personalidad según la Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

**Tabla 6. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™
(2013 p.360 – 70)**

Cluster A	- Paranoide - Esquizoide - Esquizotípico
Cluster B	- Antisocial - Límite - Histriónico - Narcisista
Cluster C	- Evitación - Dependencia - Obsesivo compulsivo
Otros trastornos de personalidad	- Cambios de personalidad por enfermedad médica - Otros trastornos de personalidad

E. Trastorno narcisista de la personalidad (TNP)

El ICD-10 (2004) incluye al Trastorno Narcisista de la personalidad (TNP) dentro de lo que denomina “Otros trastornos de personalidad específicos” (p. 166).

Sin embargo, el TNP está incluido y definido en el DSM 1 1 1 (1980). En la ac-

tualidad la Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™ (2013) lo describe como:

“301.8 1 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderlo o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad” (p. 365-66).

F. Narcisismo. Aportes Psicoanalíticos

Freud (1914) despliega el concepto de narcisismo en su escrito Introducción al narcisismo, aunque lo había mencionado con anterioridad. En dicho texto, diferencia el narcisismo primario del secundario evolutivo. El primero hace alusión al ‘Mito de Narciso’ y refiere el momento en que el niño se toma a sí mismo como objeto de amor, antes de elegir objetos externos; su energía libidinal es autodirigida y el mundo exterior no existe.

El narcisismo secundario evolutivo involucra la etapa de reconocimiento por parte del niño de los objetos que le pueden proporcionar dolor o placer. El objeto existe en función de las necesidades del sujeto.

El narcisismo patológico es el narcisismo secundario que designa una vuelta de la libido, sobre el yo, una vez retirada de sus catexis objetales. La investidura libi-

dinal que previamente estaba puesta en objetos recae ahora, regresivamente, sobre el yo. Se ve en la melancolía, patologías narcisistas y psicosis.

La relación entre narcisismo y autoestima fue establecida por Freud (1914) y ofrece una valoración positiva del narcisismo como estructurante de la personalidad. Para el mencionado autor, el narcisismo no es sólo una etapa evolutiva sino también una estructura estable del ser humano nunca terminado. Probablemente, se inicia en la vida prenatal y nos acompaña hasta el último día de la vida, conservando su coherencia.

F.1. Autores post freudianos

*** Erickson (2000)**

En su teoría del desarrollo de la personalidad, Erickson (2000) plantea que en la última etapa de la vida el viejo oscila entre la Integridad cuando está satisfecho con su vida y la desesperación -que da lugar a patologías- porque carece ya del tiempo biológico para cumplir sus objetivos.

En los estados de desesperación hay un quiebre del narcisismo.

*** Kohut (1978)**

El término Trastorno Narcisista de la Personalidad fue introducido por Kohut en 1968. Dicho autor sostiene que el narcisismo tiene su línea evolutiva independiente de la instintiva objetal, evolucionando de las formas más primitivas hasta las más maduras.

Si bien los factores innatos son importantes en este trayecto, el mencionado autor enfatiza más en la interacción específica del niño con su medio, el cual promoverá o impedirá la cohesión del self y la formación de estructuras psíquicas idealizadas. En este sentido, el niño requiere padres empáticos, a quienes idealizar.

Kohut (1978) también diferencia al “hombre trágico” del “hombre culpable”. Culpable (en relación al Complejo de Edipo), como aquel que estructura al Superyó con culpa, víctima del conflicto. Y trágico, sería el sujeto que sufre de vacío, víctima del déficit.

Por otro lado, plantea las transformaciones del narcisismo a lo largo de la vida como una serie de logros yóicos:

– Reconocimiento de la finitud: la posibilidad de no temer a la muerte, se debe a la transformación del narcisismo en uno más amplio que él denomina cósmico.

– Sentido del humor: modo en que un sujeto puede superar su temor a la muerte. Es un triunfo sobre el narcisismo.

El narcisismo cósmico y el sentido del humor, constituyen transformaciones que ayudan al hombre a tolerar la muerte, siendo activo y con deseos.

– Sabiduría: se basa en la aceptación de las limitaciones de los poderes físicos, intelectuales y emocionales.

El sentido del humor, la aceptación de la muerte y los ideales de trascendencia posibilitan acceder a la sabiduría, en tanto actitud estable de la personalidad frente a la vida.

*** Kernberg (2001)**

El presente autor, distingue entre el narcisismo normal y el narcisismo patológico. Describe al sujeto narcisista con una actitud de autosuficiencia, sin conciencia de la existencia de los demás, ni de sus sentimientos de rabia y envidia hacia ellos, producto de la patología interna de las relaciones objetales. Destaca la importancia de la patología del yo grandioso que le sirve para protegerse de la desvalorización e incapacidad de reconocer a un otro diferente. Jerarquiza el papel de la agresión en los desarrollos estructurales internos.

*** Green (1983)**

Considera como narcisismo de vida o narcisismo positivo, la ligazón de pulsiones de vida y de muerte en las investiduras de sí mismo, dando cohesión al yo. En el narcisismo de muerte o negativo predomina la pulsión de muerte, induciendo una desligazón de dos pulsiones principales, aspirando a la inexistencia.

G. Narcisismo y envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se produce un desvanecimiento del narcisismo, un cambio en la calidad del mismo. Los acontecimientos biológicos (por ejemplo enfermedades), psicológicos (duelos) y sociales (viejismo), si son vividos como heridas narcisistas, precipitan la desinvestidura del sí mismo pudiendo conducir a la enfermedad o a la muerte.

El narcisismo normal está representado por la investidura del sí mismo siendo necesario para mantener la vida; cumpliendo una función determinante para la continuidad de la identidad. El amor adecuado por sí mismo es un antídoto para no abandonarse a la muerte. El narcisismo patológico da lugar al repliegue sobre sí mismo, a la ruptura con el ambiente, a la sobreinvestidura del sí mismo generando patologías.

Balier (1976) sostiene que el concepto de amor positivo a sí mismo como aquel que no interfiere en el amor por los otros no es clara la idea y se opone constantemente al proceso de muerte. Plantea que en el ensamble del ciclo de la vida con la trayectoria del narcisismo, sumados a los fenómenos biológicos y eventos sociales se constituye la herida narcisística que genera la desinvestidura del sí mismo y la producción de la muerte. Lo biológico asociado a la herida narcisista sería el origen

del envejecimiento del sí mismo sumado a una sociedad que ejerce restricciones.

La organización de las sociedades industriales actuales responderían a cierto tipo de Ideal del Yo debajo de cual operaría el narcisismo de la personalidad. El yo se expresaría más con el cuerpo, las percepciones serían más difusas, las emociones más irritativas y las comunicaciones con otros y el medio ambiente más primarias (ej. Hipocondría).

Al respecto, Mannoni (1992) expresa “El derrumbe psíquico de ancianos enfermos, aislados o mal tolerados por su familia o por la Institución, se debe a que en su relación con el otro la persona de edad ya no es tratada como sujeto sino solo como un mero objeto de cuidados. Su deseo ya no encuentra anclaje en el deseo del Otro. No preparados para vincularnos con las personas de edad, nuestra sordera nos quita recursos para que vuelvan a arrancar como sujetos deseantes” (p. 24-25)

G.1. Autoestima

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) define la Autoestima como Valoración generalmente positiva de sí mismo. Freud (1914) utilizaba la palabra alemana Selbstgefühl que tiene dos significados: conciencia de una persona respecto de sí misma (sentimiento de sí) y vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales (sentimiento de estima de sí).

En definitiva, la autoestima es un sentimiento valorativo que una persona hace de sí misma y del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad.

Esta valoración puede ser positiva o negativa. Está relacionada con la autoimagen, y con la auto aceptación, que es el reconocimiento propio de las cualidades y los defectos. Un error común consiste en pensar que el amor a uno mismo es equivalente al narcisismo. El narcisismo es un síntoma de baja autoestima.

Una persona con una autoestima saludable se acepta y ama a sí misma, conoce sus virtudes y defectos. Una persona narcisista no es capaz de reconocer sus defectos, siempre trata de ocultarlos, amplificando sus virtudes, como un intento de elevar su autoestima.

G.2. Envejecimiento

En la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena de 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como sujetos viejos o pertenecientes a la tercera edad, a las personas mayores a los 60 años (Naciones Unidas, 1982). Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Ser adulto mayor implica enfrentar diferentes duelos, donde factores biológicos psicológicos y sociales confluyen. Aceptar la vejez, el cuerpo envejeciente normal o enfermo, enfrentar una sociedad que excluye despiadadamente al viejo requiere de un self cohesivo; es decir, poseer una adecuada autoestima.

Vejez no es enfermedad. El envejecimiento es un proceso que se inicia con el nacimiento y nos acompaña hasta la muerte, siendo heterogéneo. En los últimos años se ha incrementado la expectativa de vida, pero no la duración de la vida humana.

Al respecto, la Teoría de la Actividad (Madox 1963, Havighurst 1968, Neugarthen 1987) nos aporta que mantenerse activo es la mejor forma de envejecer. Y la hipótesis de la reserva cognitiva sugiere que existe una plasticidad según la cual el rendimiento cognitivo y la funcionalidad cerebral de los adultos, pueden ser de alguna forma modificados por factores ambientales. Uno de estos factores consiste en llevar un estilo de vida activo.

G.3. Envejecimiento activo

La OMS (2002) define el “envejecimiento activo” como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (p.12).

Deep & Jeste (2010) expresan que la clave para conseguir un envejecimiento exitoso está en hacer frente a los problemas de salud con una buena disposición. De muy poco vale gozar de buena salud si la actitud frente a la vejez es negativa o si los adultos mayores deciden vivir apenados por las etapas de la vida que han dejado atrás. Los mencionados autores dejan de manifiesto que, a pesar de vivir con algunas enfermedades a costas, estar feliz es una decisión más que una consecuencia del bienestar físico.

H. Reflexiones Finales

A partir de lo expuesto con anterioridad, se infiere que en el presente estudio predominan personas que desarrollan un envejecimiento activo. Esto sumado al hecho que la mayoría de los sujetos evaluados son de sexo femenino, se corresponde con los valores obtenidos en el NPI.

Tanto los rasgos de personalidad narcisista como el TNP, son más frecuentes en hombres. Y en general, las personas con rasgos de personalidad narcisista y TNP tienen importantes dificultades en el desarrollo de un envejecimiento activo. Esto se debe a que les resulta difícil establecer lazos sociales por creer ser especiales, tener demasiada necesidad de ser admirados, tener comportamientos de grandeza imagi-

na, carecer de empatía, tener actitudes de superioridad o arrogancia, ser rígidos e inflexibles entre otras cosas. Dichos sujetos soportan mal el envejecer y el compartir; la tragedia es no poder gozar de la vida, razón por la cual en esta investigación -más allá de las dificultades ya mencionadas con el instrumento- se observarían en general bajos niveles de rasgos narcisistas y un predominio de narcisismo normal reafirmando que estos resultados son buenos predictores para un envejecimiento activo y saludable.

Bibliografía

- Allport G.W. (1937) *Personality: a psychological interpretation* New York: H. Holt and Company.
- Allport GA (1977). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: :Asociación Americana de Psiquiatría
- Balier C. (1976) *Éléments pour unethéorienarcissique du vieillissement* Cahiers du FNG N°4 pp. 129- 53 France: Gérontologie
- Mannoni, M. (1992). *Lo nombrable y lo innombrable. La última palabra de la vida*. Buenos Aires: Nueva Visión
- CIE-10 (2004) *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Deep CA; Jeste DV (2010) *Successful Cognitive and Emotional aging*. Washington DC, London England: American Psychiatric Publishing Inc
- DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona (España): Masson, S.A.
- DSM 111 (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Erikson, E (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Freud S. (1914) *Introducción al narcisismo*. O Completas. Vol. 14, Argentina; Ed. Amorrortu
- Green A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Bs As: Amorrortu editores
- Havighurst, Neugarten y Tobin (1968). *Disengagement and patterns of aging*, in Neugarten (ed). *Middleageand aging: a reader in social gerontology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kernberg O (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós
- Kohut H (1978) *Análisis del self*. Bs. As: Amorrortu.
- Maddox, G. (1963) *Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects*, Soc. Forces, 42 195-204.
- McCrae, R. R., Costa, P.T. (2003). *Personality in adulthood, a five-factor theory perspective* (2nd Ed.) New York: Guilford Press.
- Neugarten, B. L. (1986). *Our Aging Society: paradox and promise*. New York: Carnegie Corporation.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Aging*. Geneva: WHO
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España: Autor.

LA RESILIENCIA EN EL ENVEJECIMIENTO

Myriam Monczor⁶

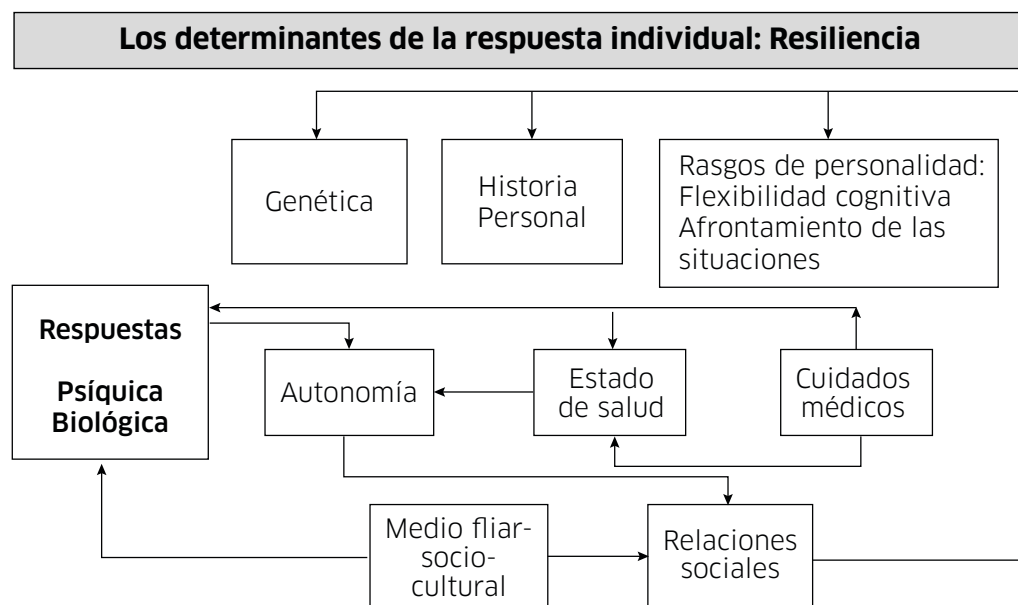
A. Resiliencia

La resiliencia es la capacidad que tienen los seres humanos de afrontar las adversidades de la vida, superarlas y aún salir fortalecidos de las situaciones difíciles. En otras palabras, la resiliencia es la capacidad de poseer, preservar o recuperar un nivel aceptable de salud física y emocional luego de una pérdida o una situación traumática (Kotliarenco, Cáceres & Montecilla, 1997).

Otra forma de pensar la resiliencia es que es como una adaptación positiva a un medio desfavorable. Esa respuesta individual involucra factores protectores y factores de vulnerabilidad en diferentes niveles: individuales, familiares, comunitarios y culturales (Deeg 2005) (Ver Figura 1).

6. Médica psiquiatra. Magíster en Psicogerontología (Universidad Maimónides). Vicepresidente de FUNDOPSI. Coordinadora del Área de Adultos Mayores de Proyecto Suma. Docente de la carrera de Psicogerontología y Psicogeriatría de la Universidad Maimónides y del Curso Superior de Gerontología y Geriatría de la SAGG.

Figura 1. Determinantes de la Resiliencia



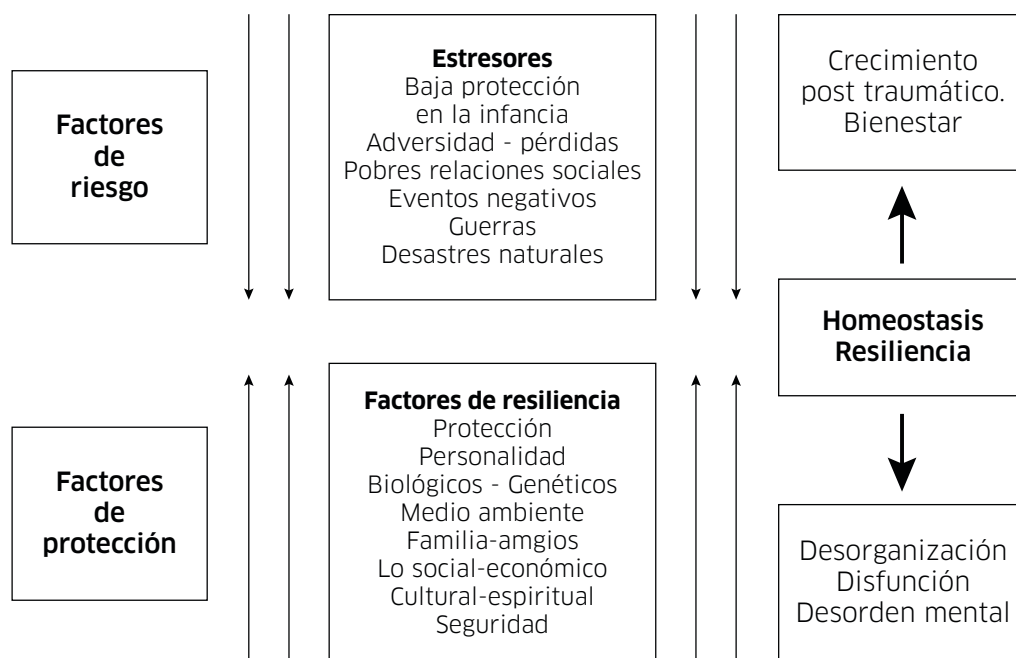
Resiliencia es una palabra que deriva del latín *‘resilio’*, rebote. Es un término que se ha tomado de la física y se refiere a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones. La resiliencia varía también según la etapa de la vida. El envejecimiento implica una etapa de cambios, adaptaciones y pérdidas. Por eso, el ‘envejecer bien’ está relacionado más que con la longevidad, con la capacidad de adaptación frente a los cambios, lo cual implica la puesta en juego de recursos múltiples individuales y sociales. Si las adaptaciones no fueran posibles, se generaría un aumento de disturbios físicos y anímicos.

Los factores asociados a la resiliencia son:

- la personalidad: afecto positivo, optimismo, flexibilidad cognitiva, capacidad de afrontamiento de las situaciones, dominio de sí mismo, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas (Fei 2013),
- la historia personal, la historia de pérdidas anteriores y como se transitaron, la posición frente a la independencia personal,
- el estado de salud y el acceso a los cuidados médicos,
- las pautas culturales y religiosas,
- la concepción de la vejez,
- la contención y los cuidados de la familia y de la sociedad,
- factores biológicos: los traumas tempranos generan cambios en la estructura cerebral, en las redes neuronales, en los neurotransmisores y en la sensibilidad de los receptores a neurotransmisores.

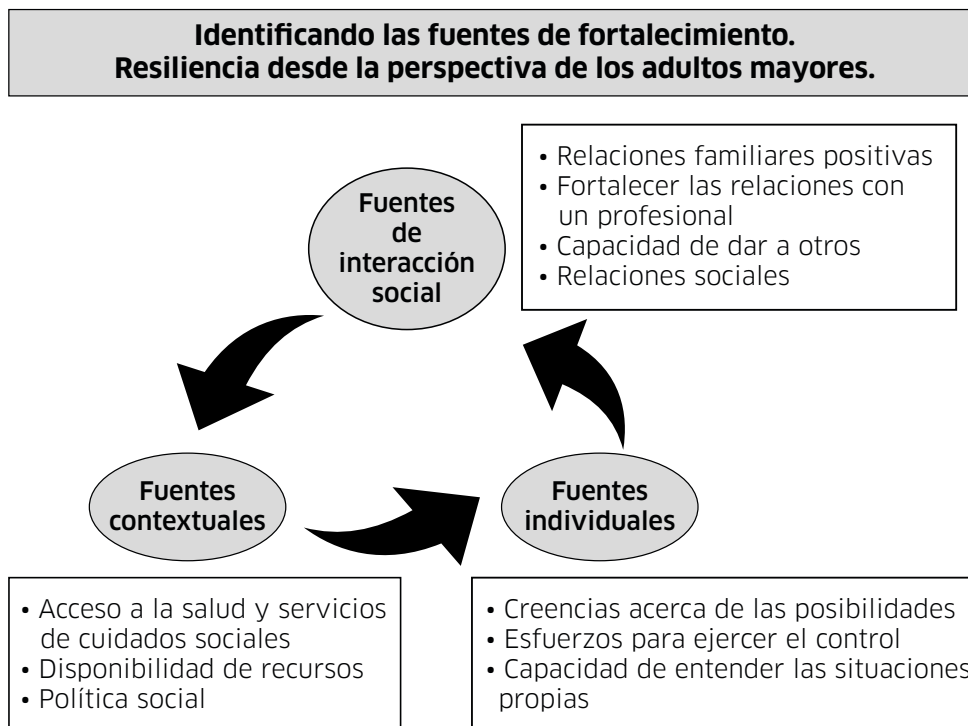
Por lo tanto, es inadecuado pensar la resiliencia como la simple ausencia de síntomas. Es un proceso dinámico más complejo, una construcción psico-biológico-social (Ver Figura 2). Constituye un factor protector, tal como hemos visto en el capítulo correspondiente a la descripción de los factores protectores y de riesgo psíquico.

Figura 2. Factores relacionados con la resiliencia



En un estudio sobre las fortalezas y la resiliencia en la vejez (Janssen 2011), se concluyó que hay tres dominios de análisis: el individual, el interaccional y el contextual. Dentro de éstos dominios se pueden considerar diferentes variables como las características de personalidad, la aceptación de la propia vulnerabilidad, la anticipación de pérdidas futuras, el manejo de las habilidades, la aceptación de ayuda y contención, tener una visión equilibrada de la vida, no adoptar el rol de víctima. La capacidad de afrontamiento de las situaciones tiene que ver con la interacción de estos tres dominios tal como se evidencia en la Figura 3.

Figura 3. Resiliencia y envejecimiento



La resiliencia es tema de interés de diferentes disciplinas como la psicología, psiquiatría, gerontología, sociología, endocrinología, genética y actualmente de las neurociencias en general.

El interés desde lo social es fundamental: por un lado porque vivimos en una sociedad en la que la concepción de la vejez continúa siendo distorsionada y entendida como una etapa natural para las enfermedades, y por otro lado porque el aislamiento en sí predispone a enfermar.

B. Respuesta al estrés

La experiencia clínica y los estudios clínicos demuestran la buena adaptación a los cambios en la vejez y la posibilidad de adaptación más allá de las pérdidas. En este sentido, la mayoría de los adultos mayores son capaces de moderar el impacto de los estresores en el día a día.

La respuesta al estrés no se modifica a través de los años significativamente, pero sí hay diferencias según el género. En un estudio realizado con escalas de autoevaluación aplicadas a 205 sujetos mayores de 60 años y tomando en cuenta variables demográficas, historia médica, nivel de actividad, resiliencia, funcionamiento diario y calidad de vida, se concluyó que dicha población consideraba su envejecimiento satisfactorio más allá de la enfermedad médica y de las limitaciones (Montross 2006).

En otro estudio similar (Nygren 2005) se tomaron escalas de resiliencia, sentido

de coherencia, objetivos en la vida y autotranscendencia a 125 sujetos mayores de 85 años con alto rendimiento cognitivo, y se obtuvieron iguales puntajes que en sujetos jóvenes controles. La diferencia hallada fue que no se observó correlación entre la percepción del estado de salud y la salud real en las mujeres, dato relacionado con la diferencia de la percepción de situaciones de estrés o conflicto entre ambos géneros.

En un estudio de Kudielka (1998) realizado en Alemania sobre las diferencias en la respuesta psicológica y endócrina al estrés psicosocial según edad y género, se tomó el Protocolo de Estrés Social (Trier Social Stress Test) a 39 hombres y 36 mujeres de 67 años de edad media, sin enfermedades médicas. El protocolo evalúa estrés psicosocial posteriormente a consignas consistentes en hablar y resolver situaciones aritméticas rápidamente frente a una audiencia. Las mujeres reportaron más estrés mientras que la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal fue similar a grupos etarios más jóvenes, o sea que la edad no modifica sustancialmente la respuesta al estrés pero sí el género. El ánimo se modificó negativamente en todos los sujetos post test medido con la German Self Rating Depression Scale. La activación del eje hipotálamo hipófiso-adrenal fue similar a grupos etarios más jóvenes, aunque los adultos mayores presentes en áreas de catástrofe han evidenciado problemas de salud algo mayor al habitual. Los hombres muestran una actitud y una cognición más activa frente al estrés, mientras que en las mujeres se observa mayor vulnerabilidad y necesidad de estimulación personal. Los hombres responden al estrés con mayor aumento de adenocorticotrofina (ACTH) y cortisol, mientras que las mujeres reportan mayor respuesta emocional. No se hallaron diferencias en la concentración de adrenalina, noradrenalina ni en la respuesta cardíaca.

La resiliencia frente a una situación traumática está en relación a la respuesta individual (que implica diferentes factores citados anteriormente), el grado de control frente al peligro, la percepción de la amenaza, la intensidad del miedo vivido y el intento por minimizar la injuria.

Mientras que son factores de riesgo para el desarrollo de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT): el género femenino, el bajo nivel educativo, el antecedente de estrés cotidiano, divorcio o viudez, la pobre contención social, la presencia de experiencias traumáticas previas, el antecedente de trastorno psiquiátrico personal o familiar, la presencia de disociación peritraumática, sensaciones físicas asociadas como dolor y calor o frío, el sentimiento de culpa, enojo o humillación, la intensidad de respuesta al estrés agudo y la naturaleza del trauma.

C. Estrés y cuerpo

En las situaciones de estrés el cortisol incrementa la vigilancia, el estado de alerta, la atención, y la memoria. Los glucocorticoides estimulan la actividad de

la amígdala, con aumento del factor liberador de corticotrofina (CRH) en el núcleo central de la amígdala y en hipotálamo. El aumento del cortisol tiene efectos sobre la excitabilidad hipocámpal y la función cognitiva.

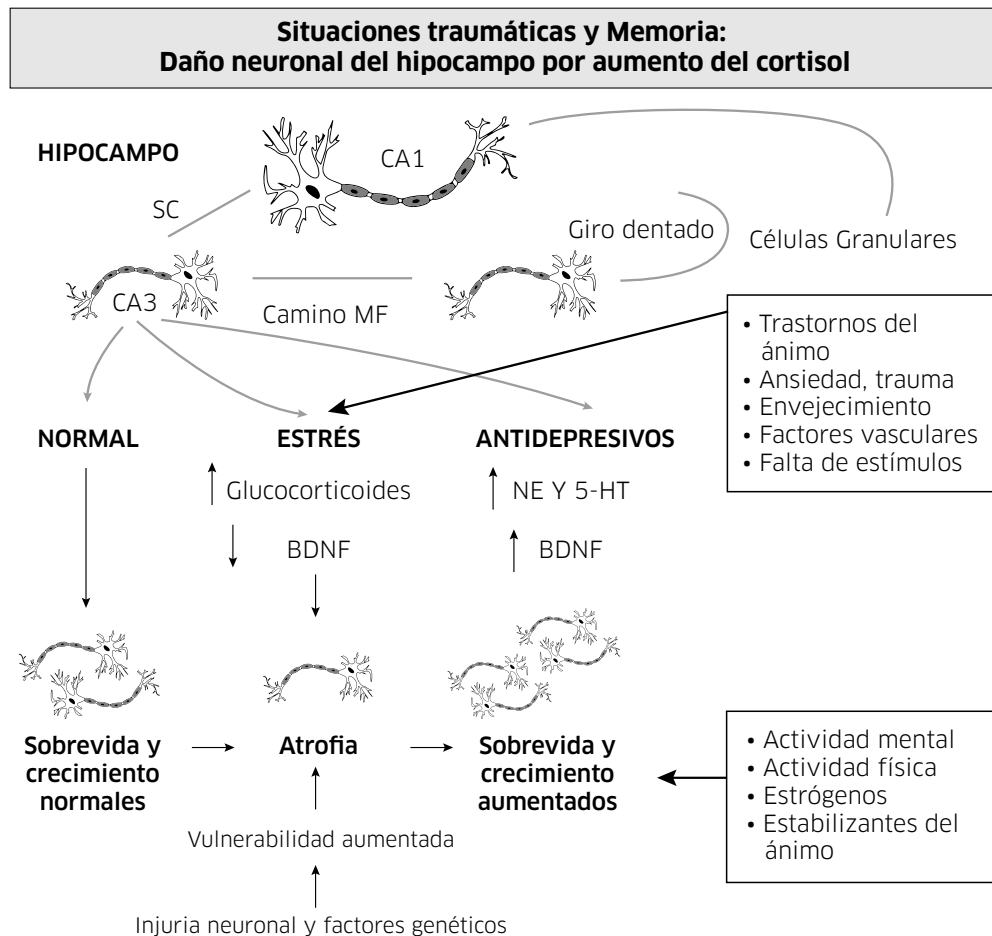
Si la secreción de cortisol se sostiene en el tiempo puede tener severas consecuencias como hipertensión, osteoporosis, inmunosupresión, insulinoresistencia, dislipidemia, trastornos de la coagulación, aterosclerosis y trastornos cardiovasculares. Este es uno de los motivos fundamentales por el que tratar el estrés, ya que genera aumento de vulnerabilidad con tendencia a enfermar, acentuada en población mayor.

Otro esteroide que aumenta con el estrés es la dehidroepiandrosterona (DHEA) que inhibe la sobreexpresión de glucocorticoides y de glutamato en varios tejidos incluyendo el cerebro, generando neuroprotección. Favorecer la liberación de DHEA en sujetos con estrés prolongado es protector y mejora el ánimo.

El CRH activa las conductas frente al miedo, aumenta el alerta, aumenta la actividad motora, inhibe las respuestas neurovegetativas y reduce la espera de recompensa. Se libera en las zonas mencionadas, y en núcleo accumbens, estría terminalis, sustancia gris periacueductal, locus coeruleus y núcleo dorsal y medial del rafe. El aumento de CRH está ligado al TEPT y a la depresión.

Biológicamente, mantener altos niveles de DHEA y bajos niveles de CRH con adaptación de receptores CRH 1 y CRH2 (CRH1 median respuestas de ansiedad y CRH2 respuestas proansiolíticas) es prorrésiliente luego de situaciones de estrés agudo (Ver Figura 4).

Figura 4. Trauma y memoria



Modificado de Hyman y col, ed Mc Graw Hill, 2002.

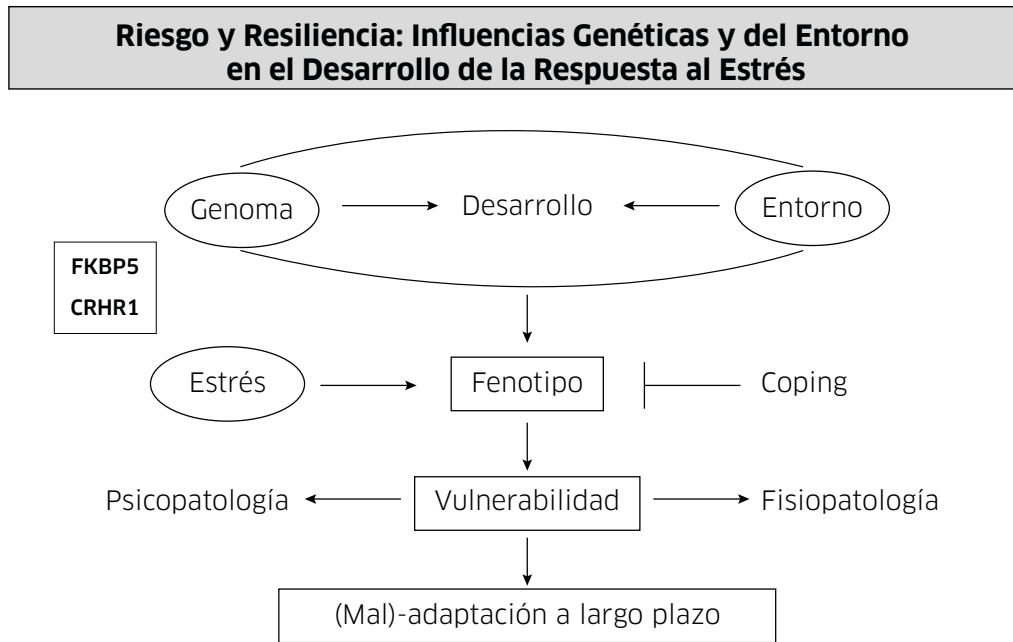
Sintéticamente, otros factores neurobiológicos asociados con la resiliencia son la disminución de la descarga del locus coeruleus (activa funciones de alarma) y el aumento en amígdala de neuropéptido y de galanina.

Con respecto a las hormonas, la testosterona promueve el aumento de la energía, de la actividad, el afrontamiento y reduce síntomas depresivos; los estrógenos atenúan los efectos del estrés mediados por el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, ACTH y noradrenalina, y regulan sistemas serotoninérgico (receptores 5HT1A) y benzodiazepínico (receptores GABA A) generando efecto proansiolítico. Los estrógenos regulan la expresión del CRH y de los glucocorticoides.

La dopamina regula las conductas de recompensa a nivel de corteza prefrontal, núcleo accumbens y amígdala, aunque en el estrés agudo el aumento pre-frontal y la disminución en núcleo accumbens genera anhedonia y disminución de conductas proactivas.

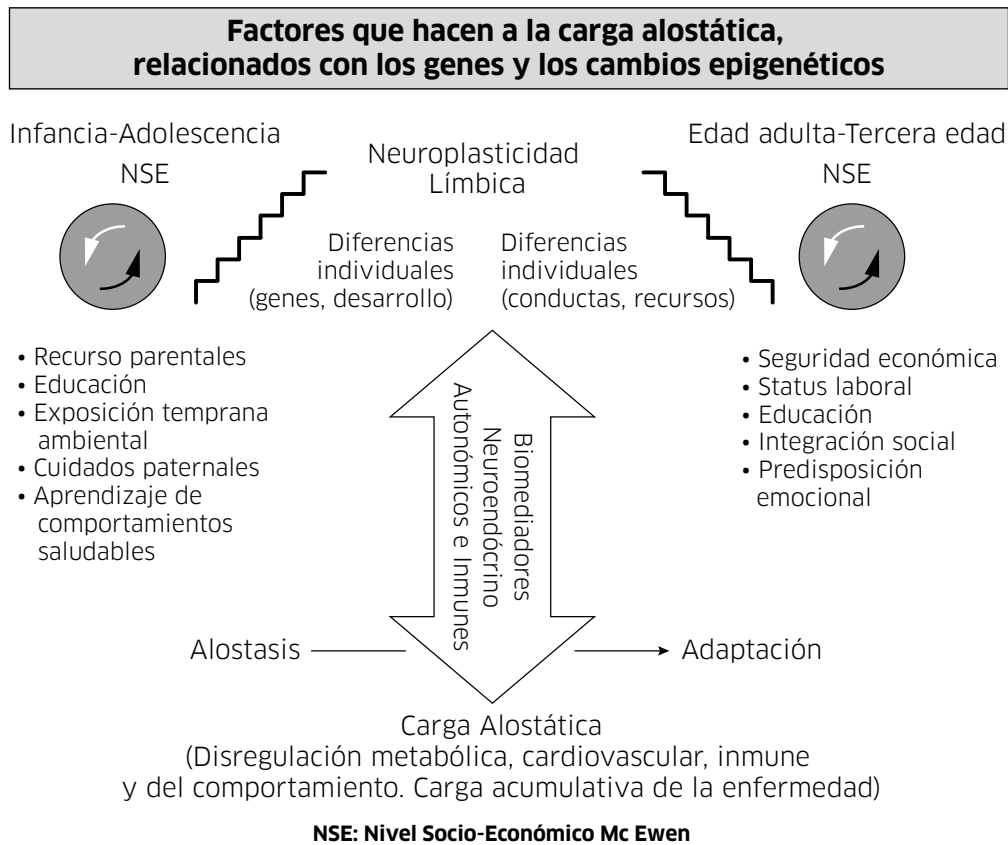
Sabemos que el estrés tiene consecuencias biológicas neuronales fundamentales sobre la neuroplasticidad a partir de la activación de cascadas excitotóxicas y la disminución de factores neurotróficos con las consecuencias que esto implica. Sobre éste punto, los factores genéticos y epigenéticos cobran un rol importante (Ver Figuras 5 y 6).

Figura 5. Factores que determinan la respuesta al estrés



Estrés Modificado de Gillespie CF y col, Depress Anxiety, 2009.

Figura 6. La carga alostática y los factores genéticos y epigenéticos



McEwen y col, Ann N Y AcadSci, 2010.

Una nueva conceptualización acerca de la carga biológica acumulada en el cuerpo a través de los intentos para adaptarse a las demandas de la vida, se ha denominado ‘carga alostática’. Seeman y *col* (2001) desarrollaron una forma de cuantificarlo a través de 10 marcadores: 1. Excreción urinaria de cortisol de 12 horas nocturnas, 2. Excreción urinaria de norepinefrina de 12 horas nocturnas, 3. Excreción urinaria de epinefrina de 12 horas nocturnas, 4. Nivel plasmático de DHEA, 5. Presión arterial sistólica, 6. Presión arterial diastólica, 7. Obesidad, 8. HDL (proteína de alta densidad) plasmática. 9. Relación colesterol total/ HDL, 10. Hemoglobina glicosilada en sangre. En un estudio a 7 años con 1189 sujetos de 70 a 79 años (Seeman 2001) se evaluó deterioro cognitivo, eventos cardiovasculares y mortalidad de acuerdo a dichos parámetros. Esta conceptualización acerca de la disregulación biológica demostró ser útil como un predictor de deterioro funcional en gerontes, y sería interesante contar con más datos para establecer la relación con la vulnerabilidad y la resiliencia, y con los trastornos psicopatológicos posteriores a situaciones de estrés.

El TEPT, al igual que la depresión, puede incrementar la vulnerabilidad para otros trastornos médicos o psiquiátricos. Deteriora la calidad de vida y el funcionamiento social aún más que la depresión, por lo cual es fundamental el diagnóstico y tratamiento tempranos.

Hay desencadenantes de TEPT que son más frecuentes en gerontes como accidente cerebrovascular e infarto de miocardio. Un accidente cerebrovascular o un infarto agudo es un evento repentino e impredecible que atenta contra la vida, por lo que puede desencadenar TEPT. No se encontraron diferencias significativas en salud y estilo de vida, o eventos negativos en la vida entre pacientes que desarrollaron y los que no TEPT. Sí se registran diferencias significativas en la personalidad, y antecedentes de depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos (Meister 2013).

Otro tema que relaciona de manera estrecha cuerpo y resiliencia es el dolor. Se evaluó la sensibilidad de la escala Perfil de Dolor Crónico (Profile of Chronic Pain: Screen) en atención primaria. Se tomó la escala a 244 pacientes, de los cuales el 52% eran mujeres. Se observó que las mujeres de edad avanzada reportaban mayor severidad del dolor, menor resiliencia frente al dolor, mientras que los hombres mostraron resiliencia similar a jóvenes (Karoly 2006).

La actividad cognitiva y la capacidad intelectual aumentan la resiliencia. Esto tiene que ver por un lado con la posibilidad de procesamiento y elaboración emocional y por otro lado, con la resiliencia neuronal.

Los cambios biológicos del TEPT pueden iniciar una cascada funcional y estructural cerebral que se suma a los efectos del envejecimiento.

En sujetos sobrevivientes del Holocausto de 50 a 79 años se observó que la prevalencia de TEPT más de 45 años después de la situación traumática es del 50%.

El TEPT puede durar décadas y los síntomas se van haciendo habitualmente más moderados con el paso de los años (Yehuda 2004)

Si bien hay controversia en relación a la atrofia hipocampal producida por el TEPT, es una constante la presencia de trastornos de la memoria explícita, del aprendizaje y especialmente del recuerdo diferido. Cuando se estudió el recuerdo diferido en veteranos de Vietnam no se replicó el deterioro. La hipótesis de dicha diferencia es que es determinante la edad al momento del trauma, además de las diferencias inherentes a las situaciones traumáticas en sí mismas y a la evolución del TEPT (Golier 2002, 2004).

El sustrato anatómico del TEPT son las alteraciones hipocampales y alteraciones en otras zonas cerebrales como corteza frontal y temporal y estructuras límbicas.

La superposición de los trastornos de memoria por TEPT y por envejecimiento u otras causas llevan a considerar especialmente el diagnóstico y la indicación terapéutica.

Como conclusiones, es posible decir que la resiliencia se sostiene en la vida a lo largo de los años, lo que destituye el prejuicio de que la vejez es una etapa de vulnerabilidad pensada como debilidad o enfermedad. Aunque si es cierto que la respuesta al estrés va ría con el género.

Es claro que el TEPT es un trastorno crónico y asociado a deterioro funcional considerable, y que el deterioro de la memoria puede ser una consecuencia o un factor de riesgo para TEPT crónico. El envejecimiento y el TEPT presentan superposición de variables neurobiológicas.

D. La evaluación de la resiliencia en el presente estudio

Para la presente investigación se utilizó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993). Adaptada en Argentina por Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, Bortoli & Labiano (2009). Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis.

El instrumento fue diseñado para identificar condiciones personales que benefician la adaptación individual resiliente. Sus autores definen la resiliencia como un aspecto positivo de la personalidad que favorece la adaptación individual (Rodríguez y col. 2009).

Se presentan a continuación los estadísticos descriptivos para resiliencia, correspondientes al grupo muestral en estudio.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos para resiliencia (N=96)

ESTADÍSTICOS	RESILIENCIA
Media	141,77
Mediana	144,50
Moda	133
Desviación típica	15,456
Asimetría	-,799
Error típico de asimetría	,246
Curtosis	,416
Error típico de curtosis	,488
Mínimo	96
Máximo	165

La Tabla 1 evidencia que los puntajes obtenidos en resiliencia se ubican entre 96 y 165 puntos, con una mediana de 144,50. Recordemos que el rango correspondiente a moderada resiliencia propuesto por el instrumento, se ubica entre 121-146, lo cual indicaría elevados puntajes obtenidos por este grupo muestral.

De acuerdo a los cuartiles (Q1, Q2 y Q3), queda establecido para este grupo muestral, el intervalo de 134 a 152 puntos como resiliencia moderada, tal como se muestra en la Tabla 2. El 44,8% (N=43) del total de sujetos evaluados en este caso, se ubican en dicho rango, según los puntos de corte. Su distribución en porcentaje puede observarse en el Gráfico 1.

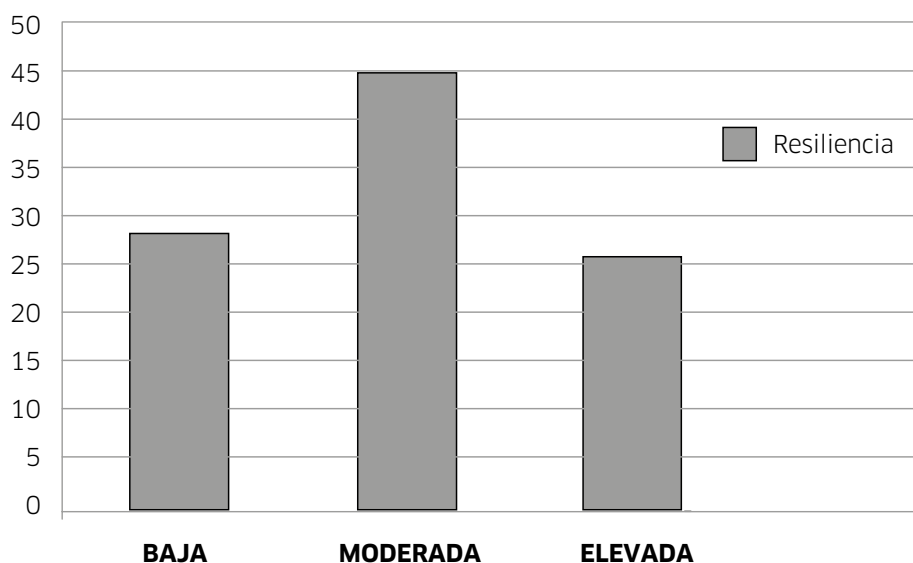
Tabla 2. Puntajes de corte para resiliencia, según cuartiles (N=96)

RESILIENCIA	PUNTAJE BRUTO
BAJA	<134
MODERADA	134 A 152
ELEVADA	>152

Tabla 3. Distribución de resiliencia en porcentaje, según puntajes de corte (N=96)

RESILIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	27	28,1
MODERADA	43	44,8
ELEVADA	26	27,1
TOTAL	96	100,0

Gráfico 1. Distribución (en%) de resiliencia para la muestra en estudio



Respecto a la asociación entre variables, se halló una relación positiva entre resiliencia y FI, Flexibilidad y Cambio ($\rho = .205$; $p = .045$). Y al correlacionar resiliencia con depresión, se observa una relación negativa estadísticamente significativa ($\rho = -.283$; $p = 0,005$). Ambos resultados teóricamente esperables. Tal como se expresó en capítulos anteriores, un mayor grado de flexibilidad permite la aceptación de los cambios y las transformaciones que trae el paso del tiempo. Facilita la apertura a lo nuevo, la posibilidad de relativizar los hechos personales y sociales y reajustar las propias metas. Lo cual está en total consonancia con la posibilidad de afrontar las adversidades, preservar la salud psicofísica a pesar de las mismas y salir fortalecidos frente a las pérdidas y dificultades que se presentan en el curso de la vida.

Por otro lado, es llamativa la asociación que presentan Narcisismo y Resiliencia ($\rho = .289$; $p = .004$). En este sentido, la Autosuficiencia y Autoridad (dos componentes del Narcisismo) presentan una asociación positiva estadísticamente

significativa con Resiliencia ($\rho = .273$; $p = .007$; $\rho = .239$; $p = .019$ respectivamente). Parece probable pensar que mayor dominancia, asertividad, liderazgo y autoconfianza (autoridad) estén asociados a una mayor capacidad resiliente en las personas mayores. Lo mismo sucedería con la asertividad, independencia y necesidad de logro (autosuficiencia).

No se hallaron diferencias significativas según género para esta variable en estudio. Por último, en la Tabla 4, se presentan los percentiles correspondientes a este grupo muestral.

Tabla 4. Distribución percentilar para resiliencia (N=96)

PERCENTILES	RESILIENCIA
5	110,70
15	126,00
25	133,00
45	142,00
50	144,50
65	150,05
75	153,00
85	157,90
95	163,00

Bibliografía

- Oeeg OJ, Huizink AC, Comijs HC, Smid T. (2005) Oisaster and associated changes in physical and mental health in older residents; *Eur J Public Health*, Vol. 15, N° 2, 170-174.
- Fei X, He L, Wang G et al. (2013) The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: a structural equation modelling analysis; *PLoS One.*; 8(12): e82939
- Gillespie CF, Phifer J, Bradley 8 et al. (2009) Risk and Resilience: Genetic and Environmental Influences on Oevelopment of the Stress Response; *Depress Anxiety*; 26(11):984-92.
- Golier JA, Yehuda R, De Santi S et al. (2005) Absence of hippocampal volume differences in survivors of the Nazi Holocaust with and without posttraumatic stress disorder; *Psychiatry Research: Neuroimaging*; 139: 53-64.
- Golier JA, Yehuda R, Lupien SJ et al. (2002) Memory performance in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder; *Am J Psychiatry*, 159: 1682- 1688.
- Hardy SE, Concato J, Gill TM. Et al. (2002) Stressfullife events among community-living older persons. *J Gen Intern Med* 17:841-847.
- Herrman O, Scherg H, Verres Retal. (2011) What Is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 56, N° 5.

- Hyman H et al. (2002) *The Sage Handbook of Qualitative Research*; McGrawHill. México.
- Janssen B, Van Regenmortel T, Abma T. (2011) Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care; *Eur J Ageing*, 8:145-156.
- Karoly P, Ruhlman LS. (2006) Psychological resilience and its correlatos in chronic pain: findings of a national community sample; *Pain*, 123: 90-97.
- Kudielka BM, Hellhammer J, Hellhammer OH et al. (1998) Sex differences in endocrine and psychological responses to psychosocial stress in healthy elderly subjects and the impact of a 2 week dehydroepiandrosterone treatment; *J Clin Endocrinol Metab*; 83: 1756-1761.
- McEwen BS, Gianaros PJ. (2010) Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease; *Ann NY Acad Sci*, 1186:190-222.
- Meister R, Princip M, Schmid JP y col. (2013) Myocardial Infarction Stress PREvention INTervention (MI-SPR INT) to reduce the incidence of posttraumatic stress after acute myocardial infarction through trauma focused psychological counseling: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 14:329.
- Montross LP, Depp C, Daly J et al. (2006) Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults; *Am J Geriatr Psychiatry*; 14:43-51.
- Nygren B, Alex L, Jonsen E et al. (2005) Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old; *Aging&Mental Health*; 9(4): 354-362.
- Seeman TE, McEwen BS, Rowe Jv, Singer BH (2001) Allostatic load as a marker of cumulative biological risk; *MacArthur studies of successful aging; Proc Natl Acad Sci USA*, 98:4470-4475.
- Yehuda R, Golier JA, Halligan SL, Harvey PO. (2004) Learning and memory in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder; *Biol Psychiatry*; 55: 291-295.
- Zarebski, G. (2005) *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.

DEPRESIÓN VERSUS FACTORES PROTECTORES PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

*Carmen de Grado*⁷

A. Depresión y Factores Protectores en el envejecimiento

El DSM IV (1995) incluye Depresión bajo el título de Trastornos del estado de ánimo. Esta sección refiere a

“los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) [...] no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos [...] La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes” (pág. 323)

En la presente investigación se ha utilizado la Geriatric Depression Scale (GDS), de Yessavage en su versión abreviada (GDS-VE). Las 15 breves preguntas a las que se debe responder por sí o por no ‘considerando su estado de ánimo durante la semana’ podrían ser clasificadas en las siguientes áreas:

1. Propiamente sobre el ánimo o humor y más específicamente sobre el ‘sentido de la vida’

7. Lic. en Psicología. Mg. en Psicogerontología. Psicoterapeuta. Docente en la Universidad Maimónides. Coordinadora de Talleres de Adultos Mayores referidos al Arte. Autor a de libros y artículos sobre arte y salud.

II. Sobre qué tendencia tiene la persona a buscar cosas nuevas

III. Sobre cómo se siente comparativamente respecto de otras personas.

En el ítem I he agrupado preguntas tales como:

*** referidas propiamente al ánimo o humor:**

¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo? ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo? ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso? ¿Cree que es agradable estar vivo? ¿Se siente lleno de energía? ¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?

*** referidas al ‘sentido de la vida’.**

¿Está básicamente satisfecho con su vida? ¿Siente que su vida está vacía? ¿Se encuentra a menudo aburrido?

En el ítem II: Respecto a las cosas nuevas

¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o pasatiempos? ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir o hacer cosas nuevas? ¿Se hace duro empezar nuevos proyectos?

En el ítem III: Respecto a los demás

¿Tiene la impresión de tener más problemas de memoria que los demás? ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra económicamente mejor que usted?

Este instrumento permite la valoración del estado de ánimo depresivo y evalúa, en términos generales, la satisfacción de las personas con su vida. En nuestro tiempo, se conoce sobre el potencial humano creativo y destructivo. Es consenso hoy que no queda parte del planeta a salvo de la producción humana y sus efectos. En la vida personal también, el sujeto es considerado un ser capaz de autonomía, lugar de decisión y creador del mundo en el que habita... claro está, también ‘sujeto’, producto de sus circunstancias.

Tanto la Escala Geriátrica de Depresión como el Inventario FAPREN, mencionado capítulos atrás, se apoyarían en esta concepción de un sujeto activo transformador de su entorno. La Escala de Depresión, para evaluar un estado de ánimo que posiblemente interfiera con la capacidad transformadora del sujeto, y el Inventario, considerando factores psíquicos promotores y potenciadores de ella. Ambas técnicas contribuyen de manera especial a entender el proceso de envejecimiento marcando depresión por un lado o el potencial vital, heurístico, transformador y crítico del sujeto envejeciente por otro. Ambas se asocian a la capacidad que tiene el ser humano de afrontar las nuevas situaciones que se le van presentando.

Considerando los cambios de todo tipo en este flamante milenio, merece atención la integración de la variable Depresión, con lo nuevo que los Factores Protectores (Flexibilidad y disposición al cambio, Auto-cuestionamiento, Auto-indagación, re-

flexión y espera, Riqueza psíquica y creatividad, Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias, Autocuidado y autonomía, Posición anticipada respecto a la propia vejez, Posición anticipada respecto a la finitud, Vínculos intergeneracionales, Diversidad de vínculos e intereses) conllevan como condición necesaria.

Es así como para el presente estudio se halló respecto del grupo muestral evaluado (N96), asociación negativa, estadísticamente significativa entre Depresión y la prevalencia de Factores Protectores en el envejecimiento ($\rho = -.340$; $p = .001$) En relación a las dimensiones, se evidencian también asociaciones negativas entre Depresión y FI, Flexibilidad y disposición al cambio ($\rho = -.327$; $p = .001$) FV, Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias ($\rho = -.334$; $p = .001$) FVII, Posición anticipada respecto a la propia vejez ($\rho = -.215$ $p = .035$) FIX, Vínculos intergeneracionales ($\rho = -.239$ $p = .019$) y FX. Diversificación de vínculos e intereses ($\rho = -.343$ $p = .001$).

Por otro lado, se encontró una asociación negativa con Resiliencia ($\rho = -.283$ $p = .005$) y positiva con el componente Vanidad de Narcisismo ($\rho = .209$ $p = .041$). Ambas, teóricamente esperables.

A partir de estos datos podemos decir que la mera enunciación de los factores protectores nos guía para pensar en un sujeto con la posibilidad de renunciar a lo conocido para ir en la búsqueda de nuevos horizontes.

Por el contrario, en la depresión o trastorno del estado de ánimo, la ‘renuncia’ implica justamente eso: una renuncia, sin alternativa posible. Puede ser de manera fulminante, ‘trastorno depresivo mayor’, o insistente y comparativamente menor, ‘trastornos distímicos’, o alternando con episodios de euforia, ‘trastorno bipolar’. La pérdida remite al sujeto a una situación de desamparo inicial, de profundo dolor que se manifiesta en su ánimo o humor y a la imposibilidad de elaborar una nueva respuesta, un ‘anuncio’, que lo pueda llevar por nuevos caminos.

En un mundo de profundos cambios e inestabilidad, dominados por el paradigma de la incertidumbre, la depresión está a la orden del día. Aún cuando cuestiones físicas (enfermedades) o sociales (problemas económicos) puedan tener mucha importancia en la historia de la persona deprimida, estas cuestiones médicas y sociales, no alcanzan para explicar un trastorno tan complejo como la depresión. El argumento de la constitución temprana del psiquismo tiene mucho peso para comprender por qué ante situaciones vitales de transformación y cambio unas personas se fortalecen mientras otras sienten su ánimo profundamente afectado no encontrando salida, perdiendo interés por su mundo exterior, sufriendo de baja auto estima y de sentimientos de auto reproche.

Los factores protectores son aquellos que operan en el sujeto sacándolo de la penosa situación de pérdida para llevarlo a descubrir, a develar, a correr el velo.

El ejercicio de la flexibilidad, la disposición al cambio, la capacidad de compensar pérdidas con ganancias, la anticipación de la vejez y la diversidad de vínculos e intereses permiten al sujeto envejeciente ver algo que antes no veía, lograr una nueva integración, un crecimiento, incorporar lo nuevo, seguir tejiendo la trama de la vida.

En los trabajos de Zarebski (2010) sobre factores de riesgo y protectores se hace referencia a los primeros como manifestación del narcisismo patológico o nirvánico y a los Factores Protectores como manifestaciones del narcisismo normal. Siendo el narcisismo patológico expresión del yo ideal y el normal de los ideales del yo.

B. Yo ideal versus Ideal del Yo:

Otra forma de ahondar conceptualmente en depresión versus factores protectores en el envejecimiento.

Hay substancial diferencia entre los sujetos que padecen depresión en cualquiera de sus manifestaciones respecto de aquellos que desarrollan factores protectores según la actividad de una u otra instancia del aparato psíquico. En el caso de la depresión, la parte activa del aparato psíquico es la instancia del yo ideal. Por el contrario, los factores protectores son expresión del ideal del yo.

La importancia que tener ideales cumple para el sujeto envejeciente merece una revisión del concepto psicoanalítico del ideal del yo y de toda la conceptualización de aparato psíquico inter instancias. El límite que se le impone a la persona mayor ante la finalización de su ciclo biológico y la reflexión sobre ello refuerza la necesidad de brindarse a los otros y de transmitir el legado. No obstante, esto supone para muchas personas la angustia de sentir que ya es tarde para volver atrás, que abrir nuevos caminos no es tarea sencilla.

El ideal del yo, recuerda al sujeto que, como parte del mundo de la naturaleza, nace, crece y necesariamente muere, (anticipación de la propia vejez y de la finitud= Factor Protector) El ideal del yo también opera para trascender el mundo de la naturaleza. Le muestra que es parte de un mundo simbólico. en permanente transformación, resignificación y recreación del otro y de sí mismo, de ahí el potencial para desarrollar factores protectores. Ante lo imperativo de la muerte, el hombre crea, se construye a sí mismo. También ocurre este proceso ante los límites sucesivos que el curso de la vida le impone.

Lo que cobra fuerza a través del curso de la vida, especialmente en momentos de cambio (período de latencia, adolescencia, mitad de la vida y vejez) es la renuncia a la omnipotencia inicial propia de la etapa narcisista dual que tiene su origen en el estadio del espejo. En el individuo sano el yo ideal seguirá pujando por algún pro-

tagonismo pero habiendo perdido la potencia de momentos del desarrollo temprano, da lugar al Otro y a la cultura (lugar de los otros en sí mismo). El sujeto envejeciente reconoce, tras sucesivos duelos, que tanto la alteridad como la cultura son una adquisición, resultado de una tarea, vivencia que ha aprendido de la experiencia. Ha fortalecido su yo pasando por sucesivas pérdidas y procesos de duelo.

El ideal del yo, inactivo en la etapa narcisista, se va activando como resultado de haberse producido una separación entre el yo y el ideal. Separación, distancia, entre yo e ideal que da lugar a un sufrimiento en el sujeto, pero también es fuente de creación y de posibilidad de futuro. La actividad del ideal del yo es la que le da al sujeto envejeciente la posibilidad de preparar y transmitir su legado teniendo ello consecuencias en lo intergeneracional (vínculos intergeneracionales = factor protector) y en lo transgeneracional (diversificación de vínculos e intereses = factor protector). Lo que en la etapa narcisista será un objeto coincidente con la madre, ‘ideal narcisista’, tomará la forma de ideal, complejizándose en la conciencia del sujeto en crecimiento, convirtiéndose en el lugar de las experiencias culturales. Ese ‘espacio potencial’, donde Winnicott (1971) ubica la ‘experiencia cultural’ es ‘el lugar del ideal del yo como instancia psíquica’ (de Grado 2010) dispuesta a la construcción de factores protectores.

El ideal de yo, en un envejecimiento saludable es activo, brinda la posibilidad de seguir en el camino de la vida y la cultura sujetándose a permanentes cambios y renunciando a fin de dar lugar al Otro. Se propone considerarla como “una instancia servidora de la especie, sostenedora de la transmisión de la cultura, heredera en la cadena de generaciones, de esa responsabilidad por la continuidad de la vida sobre el planeta que ha persistido durante milenios” (de Grado, 2012, p.152). Opera, por lo tanto en el duelo normal que es un proceso en el que los vínculos son transformables. El desencadenante puede ser una pérdida en el mundo exterior que produce profundo dolor o puede partir de un movimiento interior que lleva a la persona a cuestionamientos y replanteos. La diferencia diagnóstica entre duelo normal y Depresión debe ser considerada.

El duelo normal lleva a transformaciones en la identificación. Por ejemplo si antes, hacia como hicieron conmigo o de manera reactiva lo opuesto, ahora entiendo la situación de otra manera, he cambiado. El sujeto pasa por momentos de ‘creatividad y creación’ (Zuckerfeld, 2007).

“El ideal del yo está en una continua producción representacional que el yo limitará en su función al servicio del principio de realidad. Esta continua producción representacional se da sobre las huellas PNIE (psico-neuro-inmuno-endocrinológicas) arcaicas del inconsciente reprimido dando lugar a la creatividad, o sobre las huellas nunca representadas provenientes del inconsciente

escindido, dando lugar a la creación. El concepto de ‘inconsciente escindido’ (Zukerfeld, 2007) refiere a lo no ligado de la experiencia con el objeto, es lo incognoscible del otro. Es una cantidad de excitación no ligada que procura descargarse, en el sentido de que lo que produce es nuevo, no tenía antes representación. Las representaciones son producidas por una situación de encuentro con otro, inédita para el sujeto” (de Grado, 2012, p. 147)

En el duelo patológico que lleva a la depresión el sujeto se instala, el proceso como transformación fracasa, la persona insiste en su situación penosa, el yo ideal sostiene su postura omnipotente, ‘todo o nada’, siendo la contrapartida de la omnipotencia la más total caída.

Génesis común y procesos de las dos instancias en correspondencia con depresión y factores protectores (Ver figura 1).

La diferencia conceptual entre yo ideal e ideal del yo no está en sus orígenes ya que ambas formaciones provienen de la situación narcisista de indefensión y dependencia inicial, de nacer prematuros necesitando completar nuestro sistema nervioso en relación a otro. El aparato psíquico tiene su origen allí. La habilitación del ideal del yo dará lugar a un yo con posibilidad de unirse a los otros a través de la construcción de un mundo humano común, ideal.

Yo ideal, instancia protectora de un psiquismo incipiente en la etapa narcisista (proceso primario, relación con objetos parciales, plano imaginario) queda fusionada con su ideal en el maternaje para soportar los embates que vienen del mundo exterior y del ello. Más adelante también del super yo.

El yo, ya conformado y al servicio del principio de realidad se encargará de inhabilitar al yo ideal, no de destruirlo, sino de hacerlo menos hábil. Que esto pueda darse depende en buena medida de la calidad de los procesos de duelo, de sucesivas transformaciones, sustituciones y desplazamientos. Estos llevan al sujeto a la vivencia de continuidad, de que él es el mismo a pesar de las pérdidas que ha transitado. El aprendizaje que realiza al transitar los duelos le facilitará la anticipación respecto de situaciones aún no vividas, permitiendo la adaptación. El yo en su formación incipiente en la etapa narcisista es visto como un “órgano de adaptación a la vida que sirve a la conservación, órgano que viene a continuar los mecanismos endócrinos, celulares, neurovegetativos etc. Pero si este órgano tiene función adaptativa es porque en él predomina la función anticipatoria” (Carballo, 1972 p. 132). Allí, en esa génesis, en la experiencia de maternaje, al internalizar al objeto, se cumple una función anticipatoria. Lo que se internaliza es historia, posibilidad de ser, de construir mundo y de significar para otro. La tutela, el cuidado que en ese momento se brinda y se recibe está contemplado en nuestro ser PNIE que requiere como condición indispensable para la vida esa tutela o cuidado (de Grado, 2013).

El ideal del yo es la parte del aparato psíquico donde opera el otro como objeto total y se activa en el plano simbólico. Queda totalmente activado en la adolescencia, etapa en que se completan las estructuras cerebrales ligadas a lo proyectivo (lóbulo frontal y prefrontal) aunque su entrenamiento más intenso pueda darse en la mitad de la vida y en la vejez. Un ideal del yo, entrenado en los trabajos de duelo en un medio tan cambiante como el mundo actual le permite al yo la formación de nuevas investiduras (cargas libidinales). Flexibilidad y disposición al cambio, Compensación de pérdidas con ganancias, Posición anticipada respecto a la propia vejez, Vínculos generacionales, Diversificación de vínculos e intereses y todos los factores protectores están relacionados con ello. En la depresión fracasa la inhabilitación del yo ideal y el sujeto queda instalado en un dolor insistente ante cada embate del mundo exterior o de las otras instancias del psiquismo. El otro y la experiencia cultural, ese espacio transicional del que habla Winnicott (1972), no tienen para él carga libidinal y potencial suficiente para transitar el duelo y reconstruirse creativamente. Transitar el duelo significa pasar ante las pérdidas por momentos de ánimo muy diferentes. En la depresión, por el contrario, el yo ideal activo insistirá en volver al momento previo a la pérdida, también, aunque de manera inconsciente, en recuperar aquel paraíso perdido, etapa narcisista de total satisfacción y omnipotencia. Aparece allí la dialéctica del todo o nada como factor de riesgo psíquico.

La angustia de separación que el sujeto vivenció en la experiencia emocional del maternaje se hará presente ante la pérdida, volviendo a re-editarse. Se re-editará la etapa narcisista, constitutiva del psiquismo, pero también otros aprendizajes realizados a lo largo del curso de la vida, especialmente los relativos a la formación y robustecimiento del yo en los hitos del crecimiento (de Grado, 2013). Probablemente sea todo este proceso del curso de la vida el que lleva a algunos mayores a una depresión y a otros a profundas transformaciones y aprendizajes que les permiten, a pesar de cierto sentimiento de angustia, reconstruir el vínculo con su nuevo entorno.

La calidad de los procesos de duelo puede ponerse más fuertemente en evidencia cuando los referentes significativos del mayor (desarrollos laborales, conyuge, amigos, etc.), ya no están como objetos reales y tendrá que apelar a su capacidad de dar sentido a su vida.

C. El sentido de la vida

Un sujeto que tiene sentido de la vida es aquél que se siente parte del mundo en el que vive, encuentra una correspondencia sagrada, productora de alegría entre él y su mundo. ¿Por qué algunos pueden ver la ganancia y otros solamente la pérdida? (Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias= factor protector). Algunos pueden

extraer los aspectos que los unen a su medio, encuentran la correspondencia entre su mundo interior y su entorno de manera tal que finalmente logran recrear su ambiente en consonancia. Pueden sentir una correspondencia entre aquello que bullía en su mundo interior y que ahora se ha articulado como actitud iluminadora sobre el mundo exterior integrándolo. Se trata de una vivencia de sentido que refuerza la ‘confianza primigenia’. El mundo tiene sentido y algo en el interior del sujeto le permite ir descubriéndolo en consonancia con el exterior. Están dadas las condiciones para que se efectúe la transmisión, ya que se ha descubierto el acuerdo entre lo interno y el entorno (Vínculos intergeneracionales, Diversidad de vínculos e intereses= factores protectores). El mundo entonces es sentido, tiene sentido, involucra al sujeto emocionalmente.

El sentido de la vida, asociado a ambas técnicas (Escala Geriátrica de Depresión, e Inventario FRAPEN), refiere a esta vivencia de un mundo transicional, dialéctico, entre el afuera y el adentro, entre lo interno y el entorno.

En las preguntas de la Escala Geriátrica de Depresión el acento está puesto en cómo se sienten las personas respecto de su ánimo, del sentido de su vida, de incorporar lo nuevo y de cómo se ve ante los demás. De la suma de las respuestas por sí o por no, se obtiene el grado de depresión. No hay mención directa de la transmisión pero es sencillo inferir que de estos puntos evaluados dependerá la capacidad del sujeto de vincularse con su medio y con los otros.

La falta de sentido de la vida y los auto reproches en la depresión dificultan los procesos normales de duelo y son expresión del sentimiento de culpabilización. Winnicott (1972) ha desarrollado extensamente el concepto de concern, interés o preocupación por el otro en oposición al sentimiento de culpa, más precisamente, la culpabilización. La parte del aparato psíquico que a ello contribuye es el super yo. Culpabilización: le he ocasionado un daño al otro y debo por lo tanto, ser castigado. Sentimiento este muy diferente al dolor de haberle producido un daño por ser él, otro como yo, objeto de mi amor y preocupación, al que me unen sentimientos de amor y empatía. En esta diferenciación operan dos instancias muy diferentes del psiquismo: el super yo en la culpabilización y el ideal del yo en el concern, culpa auténtica. El super yo poniendo límite a los impulsos agresivos por el miedo a la retaliación; el ideal del yo empujando al yo a acercarse a sus ideales, a veces hasta trasgrediendo su sentido de realidad y contribuyendo de forma más osada al futuro. Si el sentido de realidad sigue teniendo peso es porque la fortaleza del yo así lo requiere.

El sujeto envejeciente que desarrolla factores protectores dispone de un yo que atiende a las reivindicaciones del ello, a los flashes de la más arcaica de las formaciones, el yo ideal, también a los imperativos del super yo y a las exigencias de la realidad pero muy especialmente a las tentadoras propuestas del ideal del yo para acercarse al ideal.

Los factores protectores de posición anticipada de la propia vejez y de la propia finitud evaluados por el Inventario FRAPEN están directamente relacionados con la capacidad de transmisión del mayor. Pocas situaciones más dolorosas para el sujeto que el sentimiento de que no tiene nada para transmitir a los otros. Bodni, (1999), expresa al respecto “la normalidad en la vejez se relaciona con la posibilidad del procesamiento pulsional de la transmisión y la patogenización se produce por la imposibilidad de transmitir una historia a otro más joven para preservarla del olvido”. Equipara la angustia de castración a quedar fuera de la memoria de la especie.

Será en la etapa de la vejez avanzada cuando el sentido de la vida esté dado más intensamente por los vínculos con las personas más significativas y la satisfacción de haber dejado un legado. La posibilidad de anticipación de la vejez y de la propia finitud se puede realizar con satisfacción cuando el sujeto ejerce su transmisión y hace coincidir ello con la necesidad de los jóvenes de ser receptores y transmisores. Hoy, gracias a la tecnología y al avance de las comunicaciones, existe la posibilidad de recorrer extensos territorios en un instante. Las dimensiones témpora espaciales son reconsideradas. Cuestiones médico sanitarias dan como resultado la coexistencia no ya de tres, sino de cuatro y cinco generaciones contemporáneas. La vida individual también puede ser recorrida a veces con gran cantidad de imágenes que se iniciaron en lo prenatal. En la vida de la especie hay ya una cantidad de información sobre el pasado humano que nos da conciencia de la transitoriedad de lo individual y de las civilizaciones.

Yutang (1943 citado en de Grado, 2001) expresa que

“la vida es en verdad un sueño, y los seres humanos somos como viajeros que flotamos por el eterno río del tiempo, que embarcamos en cierto punto y desembarcamos en otro, a fin de dejar lugar a quienes, río abajo, esperan subir a bordo. La mitad de la poesía del mundo se habría perdido si no sintiéramos que la vida es un sueño, o un viaje con pasajeros transitorios” (p. 191)

Si bien muchos son los argumentos que pueden movernos a comprender el lugar del otro en nosotros y a la importancia de la transmisión también vemos que en la vejez continuar el intercambio con las nuevas generaciones adquiere hoy una buena dosis de conflicto. Con vidas muy añosas, los cuerpos requieren un cuidado que los jóvenes están lejos de poder brindar. La sobre valoración de la máquina, lo tecnológico vivido de forma exacerbada y alienante, el ideal de la imagen joven y la desvalorización de la imagen del anciano contribuyen a esta dificultad y hacen de nuestro medio un medio facilitador de Depresión. Se ponen en evidencia en el vínculo intergeneracional situaciones vividas en otros momentos de la relación que pueden facilitar o a veces imposibilitar la transmisión.

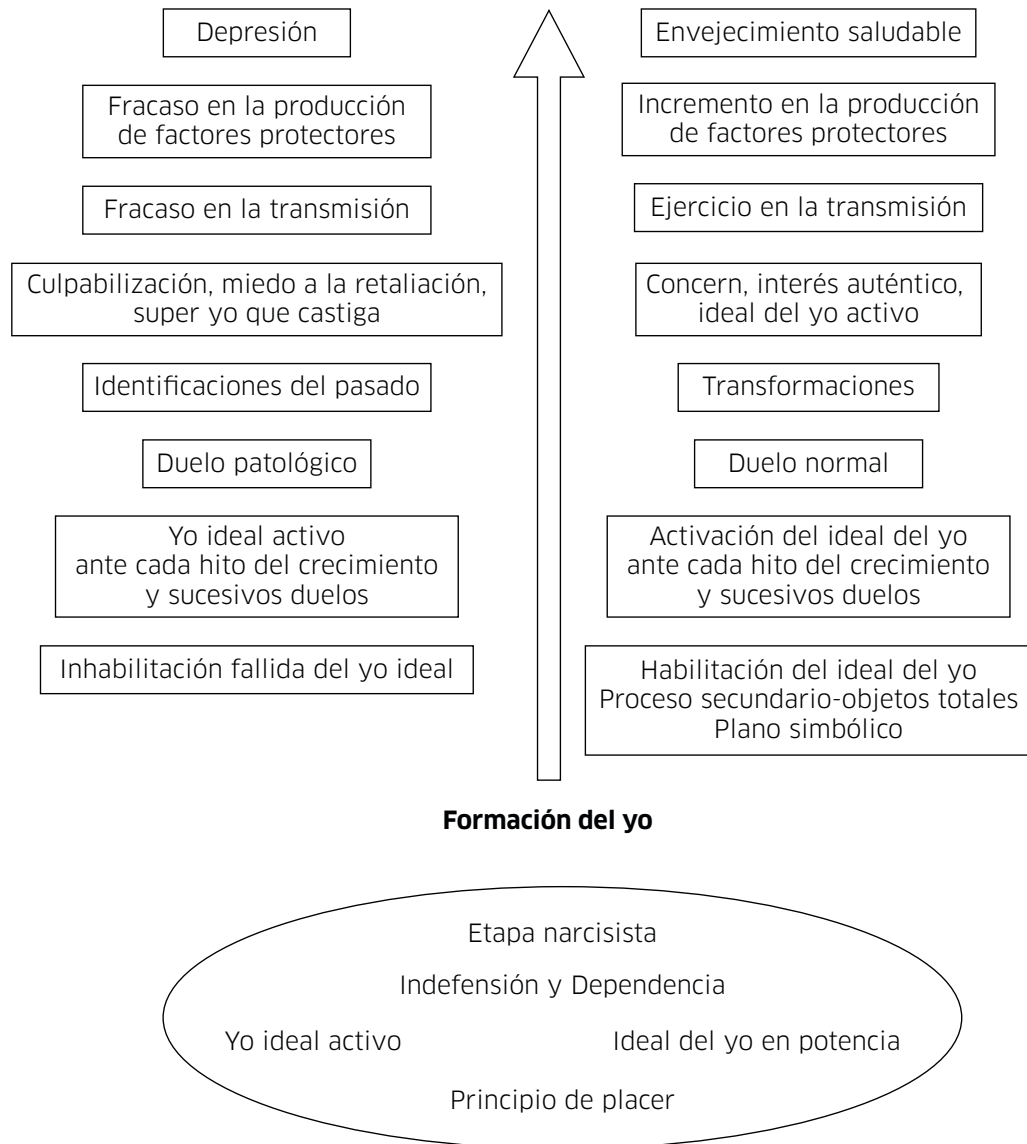
Las personas que desarrollan factores protectores están en mejores condiciones de transmisión bidireccional, como dadores y receptores.

Depresión o producción de factores protectores; duelo patológico o normal; yo ideal activo o ideal del yo trabajando porque los ideales cobren protagonismo; adhesión a las identificaciones del pasado o transformación, incorporando lo nuevo; ‘culpabilización’, miedo a la retaliación o concern, interés auténtico por el otro y por el mundo. En conclusión, la utilización de los instrumentos empleados nos ha permitido inferir en la muestra evaluada cómo en la medida en que se desarrollen factores psíquicos protectores para un buen envejecer las posibilidades de presencia de depresión en las personas mayores serían menores. Ello abre una puerta importante a la prevención en Psicogerontología.

Bibliografía

- Aulagnier P. (1982) Condenado a investir. *Nouvelle Revue de Psychoanalyse* N 25, París: Ed. Gallimard.
- Bodni, O. (1999) Transmisión y Vejez *Revista de Psicoanálisis*, Tomo E, número 3, Buenos Aires.
- Carballo R. (1972) *Biología y Psicoanálisis*, Bilbao: Desclée de Brower.
- de Grado, C. (2012) *Psicogerontología Arte y Futuro*. Buenos Aires: Editorial Científica y Literaria de la Universidad Maimónides.
- de Grado, C (2013) *La experiencia del tiempo en el sujeto envejeciente Análisis de una obra del pintor Ticiano*, Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española
- de Grado, C: (2001) *Mi nieta Catalina*. Buenos Aires: Escritores argentinos de hoy.
- de Grado C., (2009) The sense to recreate thru the aging process and thru the aesthetic experience, XIX World Congress of Gerontology and Geriatrics, París.
- Goldberg, E. (2006) *La paradoja de la sabiduría*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Kaes R., Faimberg H., Enriquez M., Baranes J.J. (1996) *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Montero G.J., (2005) *La travesía por la mitad de la vida. Exégesis psicoanalítica*. Santa Fe, Argentina: Ed Homo Sapiens.
- Painceira Plot A., (1997) *Clínica Psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott*, Buenos Aires: Ed Lumen.
- Winnicott D., (1972) *Realidad y juego*. Buenos Aires: Ed. Granica.
- Yutang, L., (1937) *La importancia de vivir*. Buenos Aires: Ed Sudamericana, 6ta edición 1943.
- Zarebski, G. (2005). *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos ¿Padre de mis padres?* Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld R., Zukerfeld R., (2005) *Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar.

Figura 1 Génesis común y proceso del yo ideal y del ideal del yo, instancias del aparato psíquico, en la Depresión y en un envejecimiento saludable.



FUNDAMENTACIÓN DE LA INCLUSIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA INVESTIGACIÓN

*Ricardo Tornatore*⁸

A. El Deterioro Cognitivo Leve en la presente investigación

La pertinencia de la inclusión del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) como temática en la presente investigación, se sustenta en la prevalencia que este complejo sintomático presenta en el proceso de envejecer, más precisamente a partir de los sesenta años.

La descripción original del concepto pertenece a Flicker, Ferris & Reisberg (1991). Esta denominación vino a llenar un espacio que la práctica clínica observaba en forma constante en el devenir del envejecimiento entre el concepto de envejecimiento normal en un extremo y las demencias en el otro. Generando aún hoy diferentes ponencias teóricas con respecto a su nominación, alcance conceptual, indicador o no de presencia de un cuadro demencial, etc.

En tanto objeto prioritario del estudio por parte de las neurociencias en los fines del siglo pasado y comienzos del actual, los avances en los conocimientos han permitido la modificación de los criterios de clasificación y desarrollo de los cuadros demenciales en los cuales el DCL se describe como paso previo y, en muchos casos, predictor del pasaje a una demencia.

En la actualidad el debate científico en el espectro de las neurociencias se centra en el diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer (EA) -responsable de la mayoría de los procesos demenciales-. Al respecto están quienes toman los ha-

8. Médico Psiquiatra. Especialista en Psicogerontología. Docente de la Especialidad de Psicogerontología modalidad a distancia de Universidad Maimónides. Director de Consultorios Externos y Hospital de Día de Clínica de Psicopatología del Mar del Plata-. Integrante del Observatorio de Personas Mayores Mar del Plata-.

llazgos de variaciones constantes y mensurables de sustancias de nuestro organismo -por ejemplo en el líquido cefalorraquídeo LCR-, que correlacionan con determinadas enfermedades (biomarcadores), junto a las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes y pruebas de valoración de funciones cognitivas (memoria episódica por ejemplo), como señales suficientes para establecer el diagnóstico temprano de Enfermedad de Alzheimer (Dubois, 2010). Otras posturas plantean dudas acerca de la suficiencia y especificidad de lo antes descrito para su certificación, sin negar el valor de los datos obtenidos (Petersen, 2012).

En lo que parece existir un acuerdo en la actualidad, es en el criterio que toma al deterioro como un continuum, que comienza en edades muy tempranas. Aunque sin manifestaciones clínicas, habría evidencias objetivables a nivel de la anatomía patológica, desde los primeros cambios que se producen a nivel cerebral -y que lo preanuncian-, hasta las lesiones características de la enfermedad, desarrolladas en gran cantidad y extensión, que se detectan en las fases avanzadas.

Estos datos son corroborados con la utilización de las técnicas mencionadas anteriormente, (biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, detección por imágenes de depósitos de amiloide, registros en pruebas de evaluación de funciones cognitivas por debajo de medias de corte, etc.). Así como las investigaciones en neurofisiología y biología molecular van ofreciendo poco a poco explicaciones acerca del funcionamiento del cerebro en el envejecimiento, que nos ayudan a entender algunos de los procesos que pueden determinar que este envejecimiento sea patológico, todavía no se puede conceptualizar con certeza cuál o cuáles son los factores que determinan que no todas las personas que llegan a edades avanzadas padezcan DCL y por qué no todas las que lo presentan evolucionan a demencia.

Explorar si algunas cualidades psíquicas, como la calidad del narcisismo o la capacidad resiliente pueden llegar a ser determinantes, en estas dudas que el diagnóstico y tratamiento del DCL plantean, es el desafío que se inicia con esta investigación y que seguramente continuará en posteriores estudios.

Debemos considerar al respecto, que si nos referimos a cualidades psíquicas hablamos de caracteres constitutivos mucho más antiguos en el desarrollo del sujeto que cualquier indicador biológico de proceso patológico alguno, lo que tendría importancia en la fase diagnóstica.

Además, señalar caminos posibles de intervención en el tratamiento a partir, de estrategias psicoterapéuticas que puedan contribuir a modificar factores de riesgo psíquico de un envejecimiento patológico y fortalecer los factores protectores (Zarebski 2005) habilitan a sumar nuevos aportes a los ya investigados acerca de la influencia de los caracteres de personalidad y neuroticismo en el curso de las demencias.

B. Descripción del deterioro cognitivo leve (DCL)

La validez del concepto de DCL se asienta en la idea de nombrar y definir un estado transitorio entre un envejecimiento normal y un cuadro demencial sea cual fuera su origen. La existencia de muchas variables en juego ante esta posibilidad diagnóstica hace sumamente difícil su aceptación como cuadro clínico con categoría propia, como un tipo de envejecimiento o como la antesala de un cuadro demencial. Se mencionan a continuación algunas conceptualizaciones en relación al DCL con la aclaración que no es el único cuadro descrito como interfase entre el envejecimiento normal y las demencias.

“La enfermedad de Alzheimer (EA) es el trastorno neurodegenerativo más frecuente en nuestro país, representando alrededor del 50-70% de las demencias que se diagnostican. Esta alteración se caracteriza por presentar un inicio insidioso y un curso lentamente progresivo que típicamente se manifiesta a través de problemas de memoria pero que, a medida que avanza, implica otras funciones cognitivas además de alterar otros aspectos de la persona, como son la conducta o la personalidad” (Alberca y López Pousa, 2002).

Estas características de la EA han dificultado el diagnóstico de la misma, sobre todo en las etapas iniciales cuando comparte algunas de sus manifestaciones, con las del envejecimiento normal, no patológico, y la distinción resulta laboriosa. Posiblemente por estas dificultades cada vez es mayor el número de trabajos cuyo objetivo es la identificación de las etapas iniciales o prodrómicas de la EA, hecho que ha de permitir la realización de un diagnóstico temprano y el inicio de medidas terapéuticas en un momento donde la independencia funcional de la persona se halla todavía preservada.

“La diferenciación de aquello que representa una etapa prodrómica de la EA de aquello que es característico del envejecimiento es un área de especial interés. Actualmente, el concepto más utilizado para referirnos a este estado entre el envejecimiento y la demencia es el de deterioro cognitivo ligero (OCL), propuesto por el equipo de la Clínica Mayo a finales de los 90 (Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos y Kokmen, 1997). El DCL se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente EA” (Grundman, Petersen, Ferris, Thomas, Aisen, Bennett et al., 2004 p. 59).

“Es importante destacar desde la experiencia clínica, que este concepto no agota las instancias de interfase normalidad-demencia, establece un puente que necesita

de otras consideraciones para definir un continuo clínico que aún no tiene su correlato biológico” (Alligri 1965 p. 62).

Recientemente Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins et al. (2000) han propuesto la existencia de tres tipos de DCL, cada uno de los cuales guardaría una relación más estrecha con una determinada evolución posterior. El primer tipo propuesto sería el DCL amnésico (DCL-A), que implicaría la presencia de quejas subjetivas de alteración de la memoria, objetivadas mediante pruebas estandarizadas tomando como referencia datos normativos para la misma edad y nivel de escolaridad del sujeto. Aun con la presencia de esta alteración en la memoria, la persona obtiene buenos resultados en pruebas de funcionamiento cognitivo general (por ejemplo, Mini Mental State Examination, MMSE), no se observan otras alteraciones cognitivas y mantiene básicamente preservadas sus actividades de la vida diaria. Según Petersen (2003), el OCL-A sería el tipo más frecuente y tendría una etiología degenerativa, siendo una etapa prodrómica de la EA.

El segundo tipo sería el DCL difuso (del inglés *Multiple Domains Slightly-impaired*, abreviado OCL-D), que implica la presencia de diversas disfunciones cognitivas -no necesariamente de la memoria- en el lenguaje, ‘funciones ejecutivas, alteraciones visoespaciales o visoconstructivas en relación a datos normativos, pero con un grado de alteración leve que no permite el diagnóstico de demencia. Así, los pacientes con DCL-D también obtienen resultados normales en pruebas de cribado y mantienen su independencia en las actividades de la vida diaria. Según Petersen et al. (2001), este tipo de DCL puede progresar hacia la EA, pero también se relaciona con otras etiologías, como la demencia vascular, así como encontrarse en el extremo del envejecimiento no patológico.

Finalmente, encontraríamos el DCL focal no amnésico (del inglés *Single Non-memory Domain*, abreviado DCL-F), que implicaría una alteración leve de alguna función cognitiva que no fuese la memoria, como una alteración específica del lenguaje que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría orientar hacia una demencia frontotemporal. En este caso, Petersen (2003) tampoco excluye la posible evolución hacia la EA, dada la importante heterogeneidad clínica y etiológica que se observa entre los pacientes con DCL.

Es importante mencionar que hay todavía pocos estudios que confirmen esta distribución de tipos de DCL, así como su frecuencia y evolución posterior, siendo muy escasos los trabajos publicados en nuestro país. Recientemente se han publicado datos en conflicto con la propuesta de Petersen y col. (2001). López (2003), a partir del seguimiento de pacientes con deterioro cognitivo que no alcanza el grado de demencia, ha observado la existencia de dos síndromes diferenciados: una forma amnésica y otra con un déficit cognitivo más amplio no amnésico. A diferencia de lo

que sugiere Petersen, López encuentra que esta última forma es la más frecuente.

Los autores del trabajo de una investigación de la Universidad de Oviedo, España, mencionados Mulet, Sanchez Casas, Arrufat, Figuera, Labad & Rosich (2005) coinciden en sus resultados con los datos aportados por López (2003) en su investigación sobre una población americana, manifestando que la frecuencia de aparición de los DCL- D (Difusos) es mayor que la de los DCL-A (Amnésicos).

La diferencia entre los autores antes mencionados podría explicarse por una mayor rigurosidad en las evaluaciones de las muestras por parte de los autores referidos en relación a los estudios de Petersen y col (2001), ya que fueron utilizadas más pruebas y de mayor especificidad para cuantificar el estado de las distintas funciones cognitivas.

Existen otras modalidades de definir y categorizar el concepto de DCL, pero en todas se encuentra una constante y es el suponer este estadio como una posible situación de paso, como el escenario previo al traspaso del umbral crítico. Se comprende de esta manera la importancia que reviste actualmente y a orientación como concepto preventivo-predictor que lleva a todas las líneas de investigación a intentar descubrir los diferentes factores indicadores de la progresión de los DCL a Demencia. Las pruebas por la inversa -porqué algunas personas no recorren ese camino-, revisten la misma importancia en la investigación actual.

Los trabajos de investigación de Dubois y col (2012) en Francia, aportan la idea de la EA como un continuum que inicia su accionar patológico en la juventud (primeras lesiones a nivel cerebral alrededor de los 30 años) y continúa su evolución a través del tiempo con un destino posible en el desencadenamiento de un cuadro demencial, o no. Expresan también -de acuerdo a nuevos criterios de clasificación-, la posibilidad de realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad a través de la presencia de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, aportes de diagnóstico por imágenes y evaluación de algunas funciones cognitivas.

Como se mencionaba anteriormente, Petersen (2014), en un simposio realizado en el Instituto Fleni, en la ciudad de Buenos Aires en el mes de Junio, planteaba su postura señalando algunas dudas con respecto a la suficiencia de lo antes descrito para diagnosticar EA, describiendo el mencionado concepto de continuum al punto de presentarlo como un estadio de deterioro y la posibilidad de hablar de una demencia a partir de la pérdida de la independencia, como dato primordial, lo que de alguna manera nos permite revalorizar la clínica en su diagnóstico.

El análisis de lo expuesto permite suponer que el hecho de avanzar en los descubrimientos de diferentes métodos que ayudan a diagnosticar enfermedades que pueden cursar con demencia en edades cada vez más tempranas, no se correlaciona con la posibilidad de predecir con certeza el progreso a un cuadro demencial. Si-

tuación que abre un amplio abanico de factores co-causales en el patrón evolutivo de estas enfermedades.

“El Deterioro Cognitivo Mínimo tiene utilidad clínica y nosológica, y el espíritu del concepto podría abarcar, no solo la provisión de ayuda y advertencia a cada paciente sino también como vehículo a través del cual dirigir la prevención de la demencia en general y de la enfermedad de Alzheimer en particular.” (De Pascale 2003 s/p).

C. Fundamentación del instrumento: Addenbrooke's Cognitive Examination

Tal como se presentó con anterioridad, el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) evalúa seis dominios cognitivos. El puntaje máximo obtenible es 100, distribuidos en orientación (10), atención (8), memoria (35), fluencia verbal (14), lenguaje (28) y habilidades visuoespaciales (5). A su vez, permite calcular los 30 puntos del MMSE, ya que están incluidos en el cuestionario. Comparando ambas pruebas, mientras el MMSE asigna 3/30 puntos a la función memoria, el ACE le asigna 35/100. Esto permite, además, evaluar el aprendizaje serial. También agrega el examen de la fluencia verbal y amplía el del lenguaje: suma 10 objetos más a la prueba de denominación -evaluando así más profundamente la lectura de palabras- e incluye una prueba de comprensión más exigente.

Con respecto a las funciones visuoespaciales, además de los pentágonos cruzados del MMSE se le pide al paciente el dibujo de un cubo y de un reloj. Las modificaciones y ampliaciones que se observan en el ACE en los distintos dominios mejoran sustancialmente diversos aspectos del MMSE que han recibido críticas (Feher y col., 1992). El ACE fue traducido al español con adaptación de la prueba de aprendizaje y recuerdo del nombre y dirección, manteniendo el número de palabras; de la prueba de memoria semántica, teniendo en cuenta la adaptación cultural; de la repetición de palabras y frases/oraciones y de la lectura de palabras regulares e irregulares, teniendo en cuenta el tamaño y la frecuencia.

Un estudio de Sarasola *y col.* (2004) evidenció dos hallazgos de importancia: a) la versión en Español del ACE es una herramienta de adecuada sensibilidad (92%) para detección de demencia en una población de alto nivel educativo, b) el coeficiente VL0M del ACE en español permite una orientación para el diagnóstico diferencial entre Demencia Tipo Alzheimer (DTA) y Demencia Fronto Temporal (DFT).

D. Resultados de nuestra investigación

Respecto de los sujetos evaluados (N96) que no presentan Depresión Grave ni Deterioro Cognitivo (se incluye en este caso al DCL) se observa que el rendimiento en el ACE es mayor en el grupo con elevada prevalencia de Factores Protectores ($z = -3.146$; $p = .002$). En este sentido, Fluencia Verbal, Capacidad Visuoespacial y Memoria son mayores en el grupo con Factores Protectores elevados que en el grupo con escasa prevalencia de dichos factores ($z = -2.162$; $p = .031$; $z = -2.572$; $p = .010$; $z = -1.920$; $p = .055$) -si bien no se desconoce el nivel de significación marginal de la última diferencia, dado los objetivos del presente estudio se considera igualmente relevante.

Se han hallado asociaciones positivas, estadísticamente significativas entre el puntaje total del ACE y la prevalencia de Factores Protectores en el Envejecimiento ($\rho = .377$; $p = .000$); FI Flexibilidad y disposición al cambio ($\rho = .323$; $p = .001$); FII Auto-cuestionamiento ($\rho = -.287$; $p = .005$); FIV

Riqueza psíquica y creatividad ($\rho = .243$; $p = .017$); FV Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias ($\rho = .320$; $p = .001$); FV III Posición anticipada respecto de la finitud ($\rho = .215$; $p = .035$) y FIX Vínculos inter-generacionales ($\rho = .329$; $p = .001$).

Respecto a la asociación entre los dominios del ACE y las dimensiones del FAPREN se halla relación positiva y estadísticamente significativa entre a) Orientación y FIV Riqueza Psíquica y creatividad ($\rho = .232$; $p = .023$); b) Memoria y el total del FAPREN ($\rho = .259$; $p = .011$); FII Auto-cuestionamiento ($\rho = .212$; $p = .038$); IV Riqueza psíquica y creatividad ($\rho = .280$; $p = .004$) y

FIX Vínculos inter-generacionales ($\rho = .304$; $p = .003$); e) Fluencia Verbal y el total del FAPREN ($\rho = .246$; $p = .016$); FI Flexibilidad y disposición al cambio ($\rho = .298$; $p = .003$); FV Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias ($\rho = .252$; $p = .013$) y FVIII Posición anticipada respecto a la finitud ($\rho = .245$; $p = .016$); d) Habilidades Visuoespaciales y el total del FAPREN ($\rho = .300$; $p = .003$); FI Flexibilidad y disposición al cambio ($\rho = .327$; $p = .001$); FII Auto cuestionamiento ($\rho = .239$; $p = .019$); Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias ($\rho = .309$; $p = .002$) y Posición anticipada respecto a la propia vejez ($\rho = .296$; $p = .003$).

E. Reflexiones finales

Los datos obtenidos en la investigación permiten observar una relación importante entre el instrumento para evaluación de funciones cognitivas ACE y el Inventario de Factores Protectores para el Envejecimiento, FAPREN dada por un mejor rendimiento cognitivo en aquellos sujetos con elevados factores protectores. Esta

asociación se expresa en este grupo particular personas mayores evaluadas y en distintas dimensiones de FAPREN y dominios de ACE.

Cabe destacar que las variables contempladas en ACE, que incluyen desempeños en funciones tanto del espectro cognitivo, atribuible al perfil hipocampal, -característica fundamental, aunque no única, de la EA-, como al terreno de las funciones ejecutivas, visuoespaciales y lenguaje -que se corresponden con patologías ligadas al lóbulo frontal del cerebro-, permiten suponer la posibilidad que futuras investigaciones que diferencien las patologías con DCL y/o Deterioro Conductual Leve (DCoL) aporten datos que permitan ampliar la utilidad de la detección precoz de factores protectores y de riesgo en el envejecimiento.

Bibliografía

Allegri R.F., Mangone CA, Arizaga RL y Ollari JA. (eds.) (1995) *Enfermedad de Alzheimer: enfoque actual*. Buenos Aires: Editorial Argentum.

De Pascale A. M. (2003) Predictores Neuropsicológicos del Deterioro Cognitivo Mínimo en Ancianos. *II Internacional Congreso of Neuropsychology in the Internet*.

Dubois B., (2012) *22° Alzheimer Europe Conference*. Viena.

Flicker C., Ferris SH, Reisberg B. (1991) Mild cognitive impairment in the elderly: Predictors of Dementia. *Neurology*; 41: 1006-9.

Grudman, Petersen, Ferris y col. (2004) *Arch. Neurol.* 59-66

Mulet B., Sanchez Casas R., Arrufat M.T., Figuera L., Labad A. & Rosich M. (2005) Deterioro Cognitivo Ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: Tipología y evolución *Psícothema. Año/vol. 17*, número 002 Universidad de Oviedo, España pp. 250-256

Petersen R., Smith, Waring, Ivnik, Tangalos y Kokmen (1997) *int. Psychogeriatric* 9- suppl. 1:65-9

Petersen R. (2014) *Simposio Deterioro Cognitivo Leve, Nuevos Rumbos en el Diagnóstico Etiológico* - Fleni 12, 13 de Junio 2014 Buenos Aires - Argentina

Sarasola y col (2004) Utilidad del Addenbrooke's Cognitive *Revista Argentina de Neuropsicología* 4, 1-11.

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones son el resultado de un trabajo interdisciplinario de construcción de conocimientos. Pretenden sintetizar el camino recorrido en este libro y constituir una fuente de información para el despliegue de nuevas ideas, investigaciones e intervenciones en beneficio de la calidad de vida de las personas mayores.

A pesar de las limitaciones ya mencionadas sobre la generalización de los resultados presentados, se consideran de relevancia los datos obtenidos como un insumo novedoso y primera aproximación al problema en estudio. Se destacan principalmente como aporte al área de la prevención y la promoción de la salud, tanto para el sector comunitario como en la clínica individual.

Dado que se parte de la información brindada por los protagonistas del cambio demográfico que se viene evidenciando en los últimos decenios, consideramos que las elaboraciones conceptuales presentadas recientemente permitirán desarrollar espacios que faciliten el afrontamiento de situaciones adversas, la superación de las pérdidas que conlleva el envejecimiento, la estimulación de la creatividad y otras potencialidades cognitivas y emocionales junto al entrenamiento en estilos de vida saludables.

Tal como se expresó con anterioridad, las diferentes instancias del curso vital enfrentan al sujeto con posibilidades de cambio y desafíos generadores de nuevos interrogantes y modos de posicionarse frente al devenir futuro. En ese proceso y trabajo psíquico que implica el envejecimiento, dos modos de encaminarse son posibles: uno orientado hacia el normal envejecer y otro que expresará la patología en dicho devenir.

En el interjuego de aspectos biológicos, cognitivos, sociales, de personalidad e historia individual se construye una u otra alternativa. Y es en ese entretejido del destino individual que cada sujeto va forjando las potencialidades resilientes que funcionan como factores protectores o el narcisismo patológico que se asociará a una mayor vulnerabilidad en el proceso de envejecimiento.

En este sentido, se consideró fundamental para el presente estudio explorar, analizar y debatir en torno a la relación entre el Narcisismo como rasgo, la Resiliencia en tanto cualidad positiva para la adaptación individual y los Factores Protectores como características psíquicas, que reducirían el riesgo de envejecimiento patológico. A la vez que se analizó su relación con el desempeño cognitivo y la depresión.

Los datos discutidos a lo largo de los diferentes capítulos, se enmarcan dentro de un análisis del envejecimiento poblacional específico en nuestro medio. El mismo indica una ganancia en años de la esperanza de vida y un achicamiento en la bre-

cha de edad entre mujeres y hombres, disminuyendo la feminización de la vejez. Fenómeno acompañado de una reducción del grupo de edad joven y una expansión importante del grupo de edad avanzada.

Otro dato a considerar en proyección a futuro, es el que involucra aspectos transgeneracionales dado que en unos decenios más, cuatro generaciones convivirán al mismo tiempo. En consecuencia, el envejecimiento es tanto un proceso que se realiza durante toda la vida, no sólo involucra a las personas envejecidas sino que integra a todos los grupos etarios. Por tal motivo, no es la cantidad de personas mayores en un momento histórico determinado lo fundamental para la creación de dispositivos de intervención, sino que éstos dispositivos deberían enfocarse en el continuo; es decir en la transición de una etapa a la siguiente y en la interacción de los diversos grupos de edades que componen la sociedad.

El envejecimiento es tanto un proceso individual que implica una serie de cambios, adaptaciones y pérdidas. Se ha observado que la mayoría de los sujetos evaluados son resilientes, es decir que han podido superar de manera airosa diferentes situaciones en el transcurso de su vida y han logrado adaptarse favorablemente al contexto. Como se ha mencionado, el ‘buen envejecer’ está relacionado más que con la longevidad, con esta capacidad de adaptación frente a los cambios que trae aparejado el paso del tiempo. Los sujetos que integran la muestra son personas con posibilidades de pedir y recibir ayuda profesional, van en busca de soluciones a sus problemas y están implicados en su mayoría en espacios de participación social. Lo cual involucra el despliegue de múltiples recursos individuales y socio comunitarios. Diferentes factores se asocian a este envejecer resiliente. Entre ellos se encuentran los factores psíquicos protectores para un buen envejecer.

Interesa destacar al respecto, la concepción compleja de sujeto en constante feedback con el entorno (externo e interno) durante el proceso de envejecimiento. De modo tal que al mantenerse activo, participativo y creador el sujeto renueva el sentido de su vida y de sus apoyos con efecto enriquecedor en sus redes internas biológicas, emocionales y cognitivas. Por lo tanto, no es suficiente focalizar en la ‘reserva cognitiva’ o en la ‘reserva cerebral’, por considerarse sólo aspectos parciales. Contrariamente, para una preparación anticipada e integral desde el presente y para la construcción de resiliencia se requiere no sólo de plasticidad neuronal, sino también de la flexibilidad emocional, corporal, vincular y espiritual suficientes como para armar el propio mundo y renovar permanentemente ‘el tejido’.

Queda en esta línea la propuesta de incrementar la complejidad del sujeto para compensar la pérdida de complejidad de los mecanismos biológicos. Seguir estimulando el mundo psíquico a partir de pensamientos, afectos y vínculos permitirá fortalecer las conexiones internas (redes neuronales, endócrinas, inmunológicas)

evitando de esta manera el posible deterioro. En definitiva, una preparación anticipada desde el presente que permita afrontar los desgastes inevitables del paso del tiempo. En este sentido entendemos las asociaciones halladas entre los factores protectores y el desempeño cognitivo.

Explorar las cualidades psíquicas que, asociadas a los indicadores biológicos y sociales, pudieran explicar la variabilidad en torno al desarrollo de deterioro cognitivo y su evolución o no hacia un cuadro de demencia. se constituye en un área novedosa de investigación y un importante desafío para la evaluación de las funciones cognitivas dentro del paradigma de la complejidad.

Por otro lado, tal como se mencionó con anterioridad, involucrar aspectos transgeneracionales y la convivencia de cuatro y hasta cinco generaciones, empuja al sujeto que envejece a una reconsideración de sus vínculos y de su lugar respecto a un medio que se va transformando de manera permanente y acelerada.

Las personas que desarrollan factores protectores estarían en mejores condiciones de continuar transmitiendo y recibiendo estímulos en forma bidireccional, creadora y transformadora. Esto supone seguir como sujeto activo en la búsqueda de los aspectos que le unen a su contexto encontrando el sentido de la vida, la correspondencia entre su mundo interior y el entorno. Esta transformación personal que incorpora necesariamente lo nuevo, conlleva un interés auténtico por el otro y el contexto. Se trata de la presencia de aspectos resilientes por su implicancia respecto de cambios, adaptaciones y pérdidas.

En este sentido, los resultados hallados permitirían pensar que el desarrollo de espacios preventivos en los cuales se desplieguen y potencien los factores protectores mencionados, iría en dirección de favorecer un envejecimiento saludable, posiblemente prevenir patologías tales como la depresión y facilitar la construcción de resiliencia.

La prevención se enfocaría entonces en a) la elaboración de aquellas situaciones vinculares que reactualizan momentos vividos en otro tiempo y que funcionarían como obstaculizadoras del intercambio con las nuevas generaciones b) la revisión respecto de adherir a las identificaciones del pasado c) el reconocimiento de la diferencia entre la culpabilización y el temor a la retaliación d) vivenciar el encuentro de genuino interés con otro.

Por último, se infiere que gran parte de los sujetos que participan del estudio transitan un envejecimiento activo, en el sentido dado por la OMS (2002) de optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante todo el curso de la vida apuntando a una mejor calidad de vida. Esto sumado al hecho que predominantemente son de género femenino, se corresponde con los hallazgos respecto a narcisismo. Las personas con rasgos de personalidad narcisista y Tras-

torno Narcisista de la Personalidad, tienen importantes dificultades en el desarrollo de un envejecimiento activo, ya que les resulta problemático establecer lazos sociales y carecen de empatía. El predominio de narcisismo normal se reafirma como un buen predictor para el envejecimiento activo y saludable. En tanto que las transformaciones de este narcisismo a lo largo de la vida conllevan una serie de logros y retos orientados al reconocimiento de la finitud, al sentido del humor, la aceptación de las propias limitaciones, la superación del temor a la muerte, los ideales de trascendencia y en definitiva, la sabiduría.

En conclusión, reconociendo la dinámica del escenario sociodemográfico actual, consideramos que los profesionales especializados en la atención de personas mayores debemos poder responder a las nuevas demandas de intervención e investigación que surgen a medida que el envejecimiento poblacional se incrementa.

El desarrollo de las potencialidades, la inclusión activa de la persona mayor y el sostenimiento de la autonomía personal sólo se pueden lograr a partir del reconocimiento y estudio de la red psiconeuroinmunoendocrinológica, vincular y de historia personal del ser humano.

En consecuencia, entendemos que no sólo los avances tecnológicos, médicos y farmacológicos permiten actualmente que el ser humano prolongue su vida. Los replanteos subjetivos y las modificaciones en los estilos de vida se sumarían a estos desarrollos y facilitarían también vivir más años y con una mejor calidad.

