



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Evaluación y análisis de los resultados obtenidos —clínica y psicológicamente considerados— con el empleo de [®]Tofranil (10 mg) en geriatría

A. POLAINO-LORENTE *

Introducción

En la actualidad asistimos a una paradoja bastante difícil de resolver. Los adelantos de la era tecnocrática han contribuido a prolongar el promedio de años de vida hasta los 73 años —en la mujer hasta cinco años más—, mientras que la calidad de esa vida ganada se hace de día en día más dificultosa y degradada.

Los 10-15 años que median entre la fecha de jubilación y la de la muerte, y que en los países más desarrollados industrial y económicamente tienden a incrementarse, plantean problemas hasta ahora desconocidos, a pesar de todo lo positivo que posee esta nueva situación.

Desde que BINET y BOURLIERE definieran el envejecimiento como «la acción del tiempo que pasa sobre los seres vivos», hasta la actualidad, en que hemos acuñado el término de «la tercera edad», numerosos autores han tratado de encontrar las raíces de este proceso.

Con frecuencia asistimos a la introducción de nuevos términos, cuya significación nos parece demasiado vaga y poco concreta. Así, p. ej., DESTREM habla de cómo muchos médicos han aceptado el término «geriastenia», para designar un síndrome patológico constituido por: disnea, disritmia cardíaca de esfuerzo, alteraciones visuales, vértigo, anorexia, distimias varias, pérdida de la memoria, alteraciones del sueño, e insuficiencia psíquica y motora.

Sin embargo, y aún cuando es preciso admitir que en la senectud se origina una involución de muchos órganos y aparatos, ésta no es de tanta monta como para responsabilizarla de la sintomatología tan abundante encontrada en estos pacientes.

De otra parte, la importancia desacostumbrada que hoy se da a los factores socioculturales en la etiología y patología de estas enfermedades, plantean al médico general un estado de duda y confusión antes inexistente.

Cualesquiera que sean las causas de estos cuadros, el hecho es que en el anciano está mal definido su estatuto social y biológico. resultando, como dice ALONSO-FERNÁNDEZ, «demasiado nocivo y perturbador el que tiene en la actualidad», cuando, en realidad, lo que debe intentarse es dar cumplimiento a la afirmación ciceroniana: «halla hombres que, como algunos vinos, envejezcan sin agriarse».

* Al iniciar el trabajo, Prof. Adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla.

En la actualidad, Prof. Encargado de la Cátedra de Psicología Médica de la Universidad de Córdoba.

MARAÑÓN, que se ocupó con profundidad del problema, escribió que «el no ser joven es algo más que tener la cabeza cana y añorar el verdor desaparecido». Y dentro de ese «algo más», parecen tener cabida las depresiones endotímico-vitales y aquellas otras enmascaradas, atípicas y larvadas, que sobrevienen al anciano por descarga de su trabajo, por preocupaciones añadidas a una forzosa inactividad, y por todo el esfuerzo realizado para adaptarse a la nueva situación, construida con tantas frustraciones existenciales.

La vía mayor en la línea investigatoria sobre los equivalentes depresivos, reclama para sí el primer puesto en las investigaciones sobre estos problemas.

Desde esta perspectiva es quizás desde donde mejor podemos aproximarnos a los padecimientos del hombre anciano. Y ello por varias razones:

En primer lugar, por la frecuencia con que se presentan en ellos las llamadas —y aún tan discutidas— «depressio sine depressione», es decir alteraciones afectivas en que la melancolía y la tristeza se metamorfosean no dejándose reconocer, ni siquiera por el propio interesado, como vivencias adscritas a aquellas parcelas de la personalidad.

Tal sería el caso de muchas de las algias y achaques que aquejan. Un estudio fenomenológico, por fino y delicado que sea, no acaba por establecer si esos sentimientos pertenecen a los vitales que informan al paciente sobre el estado de su corporalidad o, por el contrario, están adscritos a dolores sensoriales mejor o peor localizados. Tan fina es la frontera entre unos y otros.

En segundo lugar, por la sintomatología presente en estos pacientes que, casi siempre, corresponde más al polo somatizado de la personalidad que al polo psíquico de la misma, lo cual dificulta todavía más establecer un diagnóstico preciso.

Por último, su gran frecuencia de presentación hace que muchos clínicos valoren superfluamente esta sintomatología, no concediéndole importancia, dándose en cambio, en estos pacientes casos de suicidio.

El número de ancianos achacosos es tan elevado que, en Francia, se encuentran actualmente ocupadas por ellos del 28 al 50% de las camas hospitalarias: puede calcularse que unas 72.000 camas del sector público y unas 6.000 del sector privado están dedicadas a albergar a esta población enferma.

Por todo ello nos hemos inclinado a elegir este trabajo de investigación cuyos resultados exponemos a continuación; si bien no pretendemos alcanzar una solución para este problema de la vejez, aspiramos a que se libere un poco más al anciano de sufrimientos contraproducentes.

Material y método

En el presente trabajo, nos proponemos evaluar los resultados obtenidos con el empleo de un timoléptico (®TOFRANIL), en una población asilar de cincuenta ancianos, residentes en dos centros escogidos al azar entre los ocho existentes en Sevilla y su provincia. La edad y sexo de los pacientes se consigna en la tabla I y en la figura 1.

La sintomatología presentada por los enfermos unida a las pruebas testológicas practicadas, permitía reconocer la existencia de gran variedad de equivalentes depresivos.

Hemos basado nuestro criterio selectivo de los pacientes, en la existencia o no de equivalentes depresivos, por dos motivos: De un lado, las acciones del

Tabla I.— Distribución de los enfermos tratados y del grupo comparativo, según edad y sexo

Edad	Grupo de tratamiento			Grupo comparativo		
	Varones	Hembras		Varones	Hembras	
50-59	1	3		—	1	
60-69	15	13		8	6	
70-79	9	8		5	3	
80-89	—	1		2	—	
Total	25	25	50	15	10	25

producto farmacológico en estudio que, al desear experimentalmente aisladamente, sin asociarlo a ningún otro, condicionaba su empleo en enfermos que no necesitasen de otros fármacos antidepresivos.

De otro, el estudio relativamente reciente efectuado sobre los equivalentes depresivos.

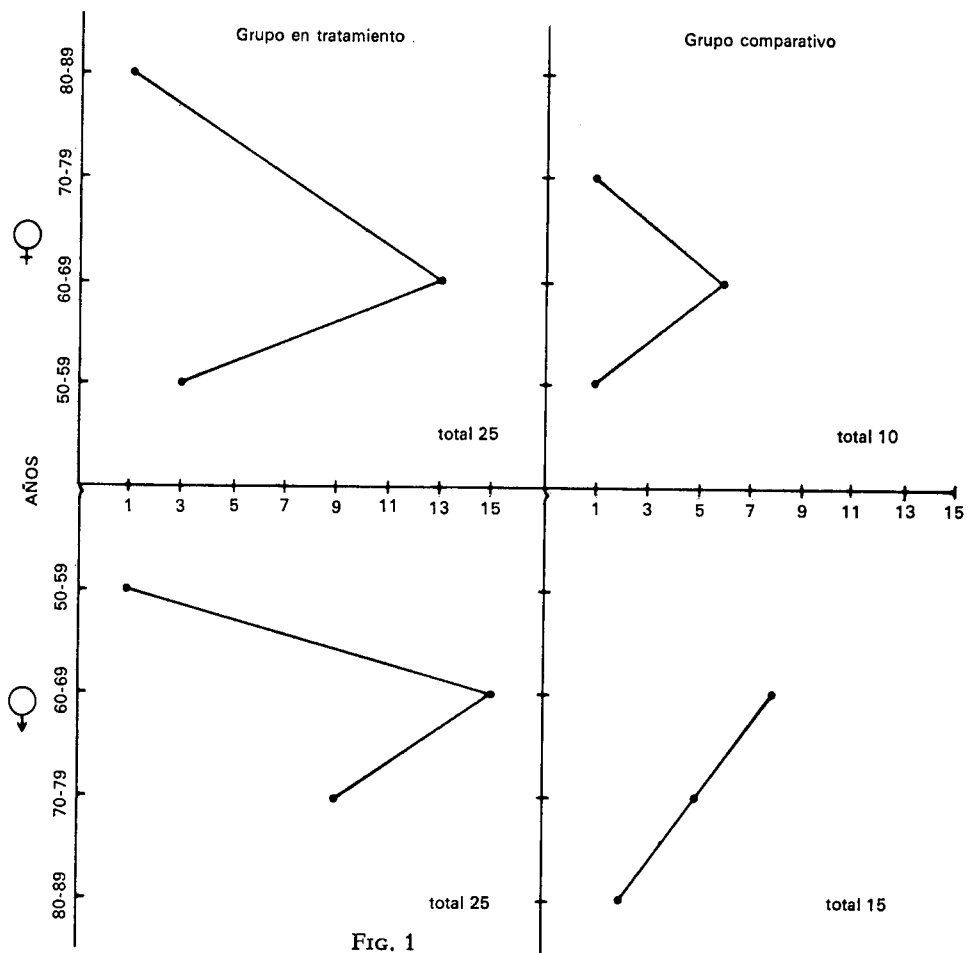


FIG. 1

Las vías metodológicas empleadas se concretan en las tres siguientes:

1. Una objetivación testológica de la sintomatología de los pacientes, verificada a través de las siguientes pruebas: el cuestionario de Beck-Pichot Inventory, la «Anxiety Rating Scale» de Hamilton y el test de Relaciones objetales de Phillipson éste para la comprobación de la psicodinamia de estos pacientes (regresión, culpa, agresividad, etc.).
2. La objetivación de una tríada de factores psicosociológicos que en buena parte influyen en la puesta en marcha, el desvelamiento y el modelado de estos equivalentes depresivos en el anciano. Nos hemos limitado a estudiar sólo tres factores por concretar más la validez de los mismos.
3. Finalmente, hemos objetivado la sintomatología recogida en las historias clínicas, sometiéndola a una atomización que permitiera su homologación con un grupo control de 25 pacientes no tratados con [®]TOFRANIL, y cuya comprobación sintomatológica se repitió a los seis meses, para evaluar así las modificaciones sintomatológicas operadas espontáneamente.

Objetivación testológica

Exponemos a continuación, suscintamente, los resultados a que hemos llegado.

Medición de la Depresión (Cuestionario de Beck-Pichot)

El Beck-Inventory trataba en un principio a través de 21 apartados, registrar los síntomas más importantes de la depresión. Más tarde Pichot amplió este cuestionario con 12 ítems más, para detectar la angustia psíquica de estos pacientes.

Como en nuestro caso no parecía aconsejable hablar de depresiones en sentido estricto (y mucho menos de un tipo clínico de depresión, como pudiera ser la neurótica, involutiva o reactiva), sino más bien de cuadros predepresivos, decidimos emplear el cuestionario segundo de Beck-Pichot.

Después de pasar a los enfermos los 33 ítems del test, sólo hemos tenido en cuenta los diez factores a que Beck-Pichot redujeron sus resultados, después de la aplicación del análisis factorial.

Con ello no se obtiene el grado de profundidad de la depresión, sino un abanico de factores diversos, cualitativamente diferentes, que hemos ordenado en número de 10.

El Beck-Pichot Inventory fue aplicado a todos los enfermos antes de comenzar el tratamiento.

Los porcentajes acumulados en los distintos factores quedan expuestos en la tabla siguiente.

Tabla II

Beck-Pichot Inventory Factores	N.º de enfermos	Porcentaje
1. Angustia	20	40 %
2. Autoagresión	13	26 %
3. Estado de ánimo triste	15	30 %
4. Hipocondría	39	78 %
5. Inquietud motora	8	16 %
6. Lentificación vital	92	84 %
7. Pérdida del apetito	12	24 %
8. Pérdida del contacto afectivo	21	42 %
9. Sentimiento de fracaso	30	60 %
10. Trastornos del sueño	21	42 %

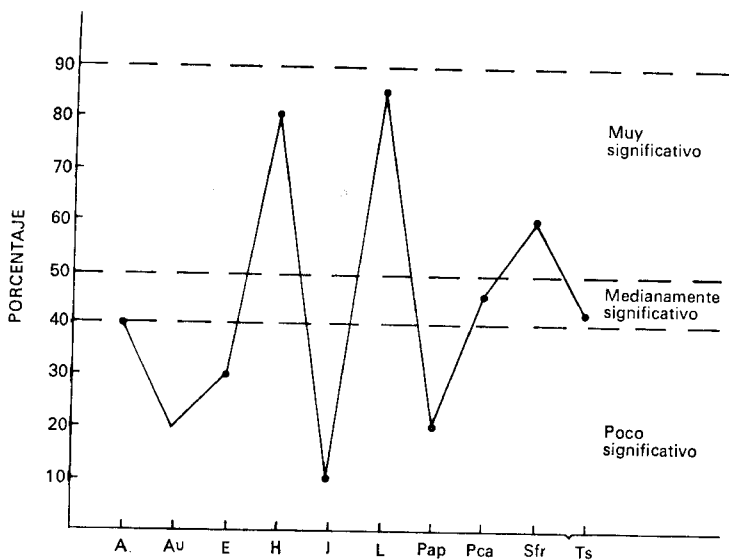


FIGURA 2. — Importancia alcanzada por los distintos factores encontrados, al aplicar el BECK-PICHOT INVENTORY en nuestros pacientes. En los porcentajes se ha tenido en cuenta solamente la media de los valores obtenidos en cada ítem, con arreglo a los cuales se han establecido los niveles de significación.

De todo ello deducimos que la fenomenología depresiva dibujada en este tipo de pacientes se perfila a través de los rasgos siguientes: según orden de frecuencia, lentificación vital, hipocondría, sentimiento de fracaso, trastornos del sueño, pérdida del contacto afectivo y angustia.

Mayor dificultad ofrece la valoración de los trastornos del sueño, ya que en la edad de nuestros pacientes aparece con frecuencia, una alteración del ritmo vigilia-sueño, cuyas resonancias —por la disposición hipocondríaca de estos pacientes—, son sobrevaloradas y vivenciadas en exceso.

La hipocondría justificaría de este modo la riqueza proteica de la sintomatología somática encontrada en estos enfermos, tal y como se estudia en otro lugar de este trabajo.

La pérdida de contacto afectivo está en relación con esa clausura del mundo, que el anciano realiza cuando se encierra en el medio asilar.

Añádase a ello el hecho de que la frecuencia de visitas que recibe —sean de familiares o de amigos— queda bastante limitada, contribuyendo a un aislamiento todavía mayor (tabla IV).

La lentificación vital resulta sorprendente por su alta frecuencia, pero si consideramos la edad de los pacientes, y el elenco significativo de los otros factores, parece más comprensible. En el anciano la apatía se convierte en el refugio seguro —pero también peligroso— contra las inclemencias de sus propios sentimientos, entre los cuales, el propio fracaso —en la hora presente de la reválida de la persona total— es probablemente el más serio e importante.

En cambio, sorprende el lugar que ocupa el estado de ánimo triste, la auto-agresión, la pérdida del apetito y, sobre todo, la inquietud motora. En estos casos su pequeñez significativa, contradice el puesto de especificidad ocupado

en tantas otras depresiones. Esta razón vendría en apoyo de nuestra tesis. En estos enfermos, más que encontrar una depresión bien definida —aparte de que en las depresiones en general la plasticidad sea su regla—, hallamos una sintomatología que conduce más bien hacia la difícil frontera diagnóstica de los estados predepresivos, en los que los equivalentes depresivos tienen rasgo de primera magnitud.

Anxiety rating scale, de Hamilton

Esta escala pretende revelar las manifestaciones angustiosas de los enfermos estudiados. La escala se compone de 13 ítems de los cuales, tres (n.º 1, 2, 5) se refieren a la angustia neurótica; otros tres (n.º 3, 4, 6) a la angustia ligada a la depresión, y otros varios (ítems n.º 8, 9, 10, 11, 12 y 13) reproducen de alguna manera la fenomenología somatizada de la angustia. El ítem n.º 7 (comportamiento durante la exploración) puede tener gran interés a la hora de valorar la relación médico-paciente, especialmente en neuróticos, aunque en nuestro caso no ha sido de mucha utilidad.

Donde el resultado es más significativo, es en los ítems (3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13) que muestran un grado muy positivo de saturaciones, lo cual habla a favor de la fenomenología de los síntomas predepresivos (ítems 3, 4, 6) y sobre todo de los relacionados con los equivalentes depresivos (ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Por el contrario, los ítems 1, 2, 5, 7, apenas presentaban valor significativo.

Exponemos a continuación, algunos comentarios a los resultados obtenidos:

1. El estado de ánimo angustiado —ítem 4 de la escala— ocupa en nuestra casuística el 48%. Los rasgos más representativos de este ítem se han agrupado alrededor de temores (de que sucediera algo malo), acompañados las más de las veces de irritabilidad.
2. El insomnio —ítem 3— lo hemos encontrado en un 42% de los casos. Sus modalidades más frecuentes fueron: alteraciones durante el sueño, sobre todo en forma de sueño interrumpido, y no poder dormir después de despertarse en las primeras horas de la mañana. Esto producía la sensación de haber dormido insuficientemente —aunque algunos de los enfermos dormirían en varias ocasiones durante el día—, y de estar cansados durante las mañanas. No hemos registrado casos de pesadillas y ensueños suficientemente representativos en esta muestra.
3. El estado de ánimo depresivo —ítem 6— sólo lo hemos hallado en un 32% de los 50 enfermos estudiados, hallándose constituido por pérdida de interés (en general) y por no encontrar placer alguno en pasatiempos u «hobbies». En estos pacientes la pérdida del contacto afectivo parece influir sobremañera en estos cuadros.
4. Respecto a la distribución de la sintomatología somatizada, propia de la angustia investigada por la aplicación de esta escala, los resultados parecen aún más concluyentes.

Sintomatología somatizada de la angustia en función del sexo

Sexo	Gastrointestinal	Urogenital	Respiratoria	Cardiovascular	General	Neurovegetativa
Varones (%)	51	72	68	60	19	21
Hembras (%)	76	21	19	65	60	53

La sintomatología más frecuente, según los distintos aparatos, es la siguiente:

- | | |
|---|---|
| <p>a) <i>Sintomatología gastrointestinal</i>
 Eructos
 Flatulencia
 Borborigmos
 Molestias pre y post-prandiales
 Disfagias</p> | <p>b) <i>Sintomatología urogenital</i>
 Micción frecuente
 Deseos imperiosos de orinar
 Impotencia
 Eyacuación precoz</p> |
| <p>c) <i>Sintomatología respiratoria</i>
 Sensación de ahogo y opresión
 Suspiros
 Disnea</p> | <p>d) <i>Sintomatología cardiovascular</i>
 Taquicardia y palpitaciones
 Sensación de pulsaciones vascul.
 Sensación de ir a perder el conoc.</p> |
| <p>e) <i>Sintomatología general</i>
 Astenia
 Rigidez muscular
 Escalofríos
 Zumbidos de oídos
 Mialgias y calambres
 Visión nublada
 Prurito</p> | <p>f) <i>Sintomatología neurovegetativa</i>
 Vértigo
 Palidez y rubor
 Tendencia a sudar
 Sequedad de boca</p> |

En relación con el sexo del enfermo, observamos (Tabla II) que, en la mujer, la frecuencia sintomatológica es la siguiente: sintomatología gastrointestinal (76%), cardiovascular (65%), general (60%), neurovegetativa (53%), urogenital (21%) y respiratoria (19%), mientras que en el hombre, la sucesión toma otra dirección: urogenital (72%), respiratoria (68%), cardiovascular (60%), gastrointestinal (51%), neurovegetativa (21%) y general (19%).

De acuerdo con la opinión de LÓPEZ-IBOR ALIÑO (1973) la posible justificación de estos resultados, se encuentra, quizás, en el hecho de que en la mujer tenga una mayor resonancia el polo pático de su personalidad.

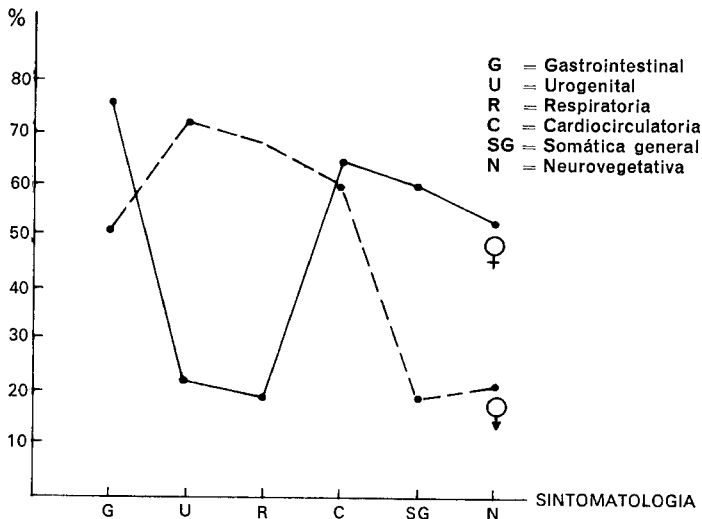


FIGURA 3. — Distribución de la sintomatología somatizada de la angustia según los tantos por ciento en relación con el sexo. Datos encontrados con la aplicación de la Anxiety Rating Scale, de Hamilton.

De aquí que, mientras en el varón la sintomatología respiratoria y urogenital alcanza la máxima proporción de frecuencia, en las ancianas ésta apenas es significativa en tanto que la sintomatología gastrointestinal, general y vegetativa reclaman el primer puesto. La frecuencia de presentación de la sintomatología cardiovascular es idéntica en ambos sexos.

Aplicación del test de relaciones objetales de Phillipson

K. LEWIN (1935) afirmó que lo que realmente determina el comportamiento de un sujeto no es lo objetivamente existente sino lo percibido psicológicamente; y aquello a lo que el individuo presta atención selectiva en una situación particular, depende de «sistemas psicológicos tensionales», caracterizados de algún modo por la pasada experiencia de las relaciones con las personas.

Aunque no suscribimos la relativización a que LEWIN somete lo «objetivamente existente», es preciso admitir la parcialidad razonable de sus opiniones, base remota de las teorías sobre las relaciones objetales inconscientes, tal y como la desarrollaron MELANIE KLEIN (1948) y FAIRBAIRN (1952) en un principio, y posteriormente HERBERT PHILLIPSON —autor de esta prueba— y PIAGET.

Incluso GUNTRIP (1952) decía que «el hecho fundamental acerca de la naturaleza humana es nuestra tendencia libidinal hacia buenas relaciones objetales», cosa que no parece demasiado razonable, hasta el extremo de que le sea oportuno el adjetivo de «fundamental»; pero considerándolas como «la relación de la persona con el medio humano», posiblemente tienen una mayor validez significativa.

Por otra parte, BATES y KETELL aplicando en ancianos los tests de RORSCHACH y SZONDI, han demostrado como el hombre senecto se infantiliza, regresando su comportamiento y modificándose en profundidad el campo de sus percepciones y sentimientos.

AJURIAGUERRA y REGO refieren la aparición en el anciano de sentimientos de inseguridad, inferioridad y culpabilidad que a lo largo de su vida se metamorfosean convirtiéndose en reacciones de agresividad, generalmente reprimida pero persistente, y de pasiva sumisión.

PIAGET, afirma que en los ancianos se produce una regresión tan próxima a lo sucedido en el estadio infantil, que se puede establecer un paralelismo escalonado entre las diversas etapas involutivas de la senectud y las correspondientes a la evolución infantil.

En este trabajo hemos aplicado el test de PHILLIPSON en los 50 sujetos de esta casuística, valorando posteriormente los datos obtenidos con mayor frecuencia en la prueba.

A continuación describimos, esquemáticamente, los más importantes obtenidos en el estudio de los personajes y roles proyectados por los pacientes sobre las láminas.

I. Interpretación de los aspectos manifiestos

De la interpretación de los personajes, roles y relaciones (contenido humano), de los escenarios y detalles (contenido de realidad), y de las sombras y color (contexto real), proyectados de una manera manifiesta en las doce láminas de la prueba y en la lámina en blanco, obtenemos las siguientes síntesis y secuencias:

Los personajes se sienten perseguidos y amenazados.
Los personajes adoptan posturas distantes, lejanas y pasivo-dependientes, como en retirada.

Todo hace esperar una situación persecutoria o destructiva que empuja hacia un renunciamiento cargado de pasividad.

La situación tal y como es vista por estos sujetos (espectadores más que autores), no se sigue de un fuerte rechazo, ya que su agresividad está muy controlada respondiendo pasivamente ante los personajes vistos.

El contexto de la realidad percibida abunda en simbolismos difusos mal objetivados cuyos contenidos más importantes —desesperanza, destrucción y sueño— nos informan acerca de las necesidades y ansiedades del sujeto.

Estos pacientes pueblan su mundo con personajes pasivos, tristes y atemorizados, que interiorizan como un esquema personal de relaciones objetales en que el modelo más frecuente es el paterno-filial.

Interpretación del sistema tensional inconsciente y dominante

El examen interpretativo de los deseos, miedos y defensas que dominan las tensiones conscientes e inconscientes, podemos agruparlas del siguiente modo:

- Un vago deseo de establecer una relación infantil dependiente, que aparece mucho más frecuentemente que aquella otra del modelo infantil exigente.
- Existe una cierta rivalidad agresiva de contenido sexual, mucho más abundante en los varones que en las mujeres estudiadas.
- Se teme más el abandono que el rechazo afectivo; en casi todos los desenlaces hay un aspecto negativo, aunque son muy frecuentes las faltas de desenlace, lo que inclina a pensar en un relativo temor a la pérdida del objeto, propio de la fase regresiva.
- La defensa frente a estos temores toma el cauce de la pasividad y el renunciamiento bajo una forma intelectualizada que sostiene la dudosa situación de la hipervigilancia.

Conducta durante la entrevista

Con bastante frecuencia el examinado se refugia hablando de sus dificultades para la prueba, aunque gratifica al examinador alabándole continuamente.

En tres casos obtuvimos un rechazo masivo y total de la prueba que nos obligó a renunciar a nuestro propósito.

En dos casos la agresividad del paciente se hizo manifiesta, dudando de la eficacia de la prueba y afirmando su posibilidad de estar «loco».

Con mucha frecuencia se autojustifican insistiendo en sus buenos deseos hacia los personajes de las láminas, y al mismo tiempo, afirmando que estos dibujos no están muy claros, pero que parecen representar todos estos contenidos que los pacientes afirman.

El vocabulario empleado pone, casi siempre, de manifiesto un estilo desgarrado y dramático que en más de un caso desencadena un choque ante la lámina.

- Los personajes se sienten perseguidos y amenazados.
- Los personajes adoptan posturas distantes, lejanas y pasivo-dependientes, como en retirada.
- Todo hace esperar una situación persecutoria o destructiva que empuja hacia un renunciamiento cargado de pasividad.
- La situación tal y como es vista por estos sujetos (espectadores más que autores), no se sigue de un fuerte rechazo, ya que su agresividad está muy controlada respondiendo pasivamente ante los personajes vistos.
- El contexto de la realidad percibida abunda en simbolismos difusos mal objetivados cuyos contenidos más importantes —desesperanza, destrucción y sueño— nos informan acerca de las necesidades y ansiedades del sujeto.
- Estos pacientes pueblan su mundo con personajes pasivos, tristes y atemorizados, que interiorizan como un esquema personal de relaciones objetales en que el modelo más frecuente es el paterno-filial.

II. *Interpretación del sistema tensional inconsciente y dominante*

El examen interpretativo de los deseos, miedos y defensas que dominan las tensiones conscientes e inconscientes, podemos agruparlas del siguiente modo:

- Un vago deseo de establecer una relación infantil dependiente, que aparece mucho más frecuentemente que aquella otra del modelo infantil exigente.
- Existe una cierta rivalidad agresiva de contenido sexual, mucho más abundante en los varones que en las mujeres estudiadas.
- Se teme más el abandono que el rechazo afectivo; en casi todos los desenlaces hay un aspecto negativo, aunque son muy frecuentes las faltas de desenlace, lo que inclina a pensar en un relativo temor a la pérdida del objeto, propio de la fase regresiva.
- La defensa frente a estos temores toma el cauce de la pasividad y el renunciamiento bajo una forma intelectualizada que sostiene la dudosa situación de la hipervigilancia.

III. *Conducta durante la entrevista*

Con bastante frecuencia el examinado se refugia hablando de sus dificultades para la prueba, aunque gratifica al examinador alabándole continuamente.

En tres casos obtuvimos un rechazo masivo y total de la prueba que nos obligó a renunciar a nuestro propósito.

En dos casos la agresividad del paciente se hizo manifiesta, dudando de la eficacia de la prueba y afirmando su posibilidad de estar «loco».

Con mucha frecuencia se autojustifican insistiendo en sus buenos deseos hacia los personajes de las láminas, y al mismo tiempo, afirmando que estos dibujos no están muy claros, pero que parecen representar todos estos contenidos que los pacientes afirman.

El vocabulario empleado pone, casi siempre, de manifiesto un estilo desgarrado y dramático que en más de un caso desencadena un choque ante la lámina.

Frente a la lámina en blanco casi la tercera parte de los casos estudiados la rechazaron porque, decían, «no podían imaginarse nada», mientras que algunos pacientes imaginaron un hogar ideal cuyo núcleo más importante y constante era la dependencia afectiva.

A pesar del pequeño volumen de nuestra casuística y de tan breve descripción, creemos haber dado una idea de la gran utilidad que en estos enfermos podrá alcanzar este test en el futuro.

Sin embargo, todavía no nos sentimos autorizados a apoyar o desestimar las teorías de PIAGET a este respecto.

Psicosociología

La jubilación supone siempre un shock para el hombre del cual podrá salir rejuvenecido o, por el contrario, empujado a un rápido envejecimiento.

Además de lo que la ancianidad supone de renunciias, se le añade todo un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, que deben tenerse en cuenta en todo estudio geriátrico.

Algunos de estos factores contribuyen en grado importante a la aparición de la sintomatología psíquica y somática presente en estas edades de la vida.

El deterioro de la vida de relación, la dependencia de los familiares —como si en este «recyclage» el anciano reviviera una segunda infancia menos alegre y más penosa—, y la incomunicación habitual a la que están sometidos, le empujan a un aislamiento afectivo que viene así a completar el cuadro.

Un paso hacia adelante en esta sucesión y el anciano ingresará en el ambiente asilar, en donde estará siempre pronto, a poco que nos descuidemos, a rumiar el rechazo familiar, ingresando en la clausura del yo cuyas actitudes fundamentales pueden resumirse en la sumisión y el aislamiento.

Creemos que el conjunto de estos factores influye decisivamente en los resultados obtenidos en los tests aplicados.

Por ello consideramos oportuno estudiar alguno de estos factores básicos limitando la investigación a sólo tres variables —por otra parte, fácilmente objetivables y resistentes al error—, que aportan alguna luz al problema.

Los tres factores estudiados son: años de permanencia en el ambiente asilar, número de visitas —de familias, amigos, etc.— que reciben al mes, y años transcurridos desde la jubilación.

La relación entre estas tres variables nos advierte sobre la pérdida del contacto afectivo y de la lentificación vital, factores hallados en elevado porcentaje con la aplicación del Beck-Pichot Inventory cuyos resultados se exponen en la tabla IV.

Tabla IV. — Relación según sexo, años de permanencia en ambiente asilar, número de visitas al mes y años transcurridos desde la jubilación

Sexo	Años sometidos al ambiente asilar			N.º de visitas/mes			Años transcurridos desde la jubilación		
	1-4	4-8	Más de 8	Ninguna	0-2	Más de 2	0-4	4-8	Más de 8
Hembras	6	10	9	7	14	4	7	9	9
Varones	3	13	9	5	12	8	5	13	7
Total	9	23	18	12	36	12	12	22	16

Destacan en esta tabla el gran período de permanencia en ambiente asilar, el escaso número de visitas recibidas y la lejanía del momento de la jubilación, lo cual viene a incrementar la existencia rutinaria y sin alicientes de estos enfermos. Los resultados hallados no parecen ser muy diferentes entre los hombres y las mujeres (*).

Las conclusiones nos llevan a preguntarnos acerca del estatuto actual del anciano. A este respecto, quizás pudiéramos imitar otros experimentos, como el realizado en el Departamento de Geriátría del Hospital General de Suderland, en el que, en 1934, se creó la Pre-Retirement Association, cuya función reside en organizar cursillos y ciclos de conferencias para enseñar al hombre de 60-65 años los mecanismos de adaptación necesarios para resistir las consecuencias desfavorables de los cambios bruscos (jubilación) a que están expuestos en esa etapa de su vida. De este modo se adelantan a las frustraciones, tan variadas y frecuentes, que amenazan repentinamente al anciano y que casi siempre coinciden con el momento de la jubilación.

Es lógico suponer que los factores aquí estudiados (adscritos en buena parte a lo que pudiera llamarse «psicología familiar», en geriatría), tienen un buen campo de resonancias, incluso en la textura biológica de estos padecimientos. KRECH y CRUTCHFIELD estudiando los parámetros de la productividad, tolerancia y amor en la vida humana, han demostrado que éstos dependen de la organización de los impulsos y objetivos en torno a la autovaloración del Yo en el seno del grupo familiar.

Arrancado el anciano del rol y status que venía desempeñando en su vida familiar y profesional —y en los que se constituía hasta ser una parte importante de su más sincero yo— y transplantado a otro marco de referencias en el que la aceptación suele ser bastante difícil, se comprende que aparezcan penosas modificaciones en su horizonte existencial, que condicionarían la aparición de una variada psicopatología.

El esfuerzo psíquico y somático que realizan para conseguir su adaptación junto a la inactividad, al apagamiento de su vida de relación y al empobrecimiento de las incitaciones exteriores, con frecuencia dan lugar a una inadaptación casi permanente, dificultada, además, en su expresividad.

Por nuestra parte creemos que las influencias de los factores incluidos en la tabla IV, desempeñan un papel decisivo en la puesta en marcha de la sintomatología encontrada en estos pacientes.

Sintomatología más comúnmente hallada en nuestros pacientes

1. *Sintomatología Somática General (S.S.G.)*
 - Astenia
 - Mialgias y calambres
 - Rigidez muscular
 - Sensación de cuerpo pesado

2. *Sintomatología del Sistema Nervioso Central (SSN)*
 - Cefaleas
 - Jaquecas

(*) En líneas generales, éstas reciben un número de visitas algo mayor que los varones, pero su diferencia no es significativa.

- Algas craneofaciales
Parestesias (en forma de hormigueo en manos y pies)
Zumbido de oídos
Temblores
3. *Sintomatología del Sistema Nervioso Vegetativo (SNV)*
Vértigo
Acatisia
Palidez y rubor
Tendencia a sudar
Sequedad de boca
Prurito generalizado y perineal
4. *Sintomatología Gastrointestinal (SG)*
Halitosis, flatulencias, eructos
Borborismos
Bolo esofágico
Disfagia
Epigastralgia
Meteorismo
Algas abdominales difusas y crónicas
Estreñimiento y diarreas
5. *Sintomatología Respiratoria (SR)*
Sensación de ahogo y opresión
Disnea suspirosa
Algas torácicas
Disnea asmatiforme
6. *Sintomatología Circulatoria (SC)*
Opresión precordial
Palpitaciones
Parestesias (hormigueo en extremidades distales)
Mareos al levantarse
7. *Sintomatología Urogenital (SU)*
Micción frecuente
Deseos imperiosos de orinar
Frigidez e impotencia
Eyaculación precoz
Disuria
Tenesmo doloroso
Prostatorrea
8. *Sintomatología del Aparato Locomotor (SAL)*
Mialgias difusas
Raquialgias
Dolores reumáticos
Tortícolis
9. *Sintomatología Psíquica (SP)*
Labilidad afectiva
Irritabilidad, agresividad
Sentimiento de no poder soportar a los demás y de inseguridad
Desgana para toda actividad, abatimiento y pérdida de la esperanza
Insomnio
Hipersomnias

Extrañeza ligera ante su propio esquema corporal (hinchazón, aumento del tamaño, disminución de la sensibilidad, etc.)
 Sentimiento de soledad
 Disforia
 Dificultades de adaptación
 Añoranza del tiempo y de lugares ausentes

En la figura 4 se exponen, comparativa y gráficamente los síntomas ya citados, observados en los pacientes del grupo control y en los del grupo problema, expresados en tantos por ciento.

A primera vista el gráfico sugiere la diferente frecuencia sintomatológica, según el sexo de los pacientes de nuestra casuística.

Dicha diferencia tiende a desaparecer en la sintomatología adscrita al sistema nervioso central y al cardiovascular.

En cambio, la sintomatología correspondiente al sistema nervioso vegetativo y al gastrointestinal, es más frecuente en las mujeres. En cambio, la sintomatología respiratoria, urogenital y de locomotor, es más frecuente en el hombre.

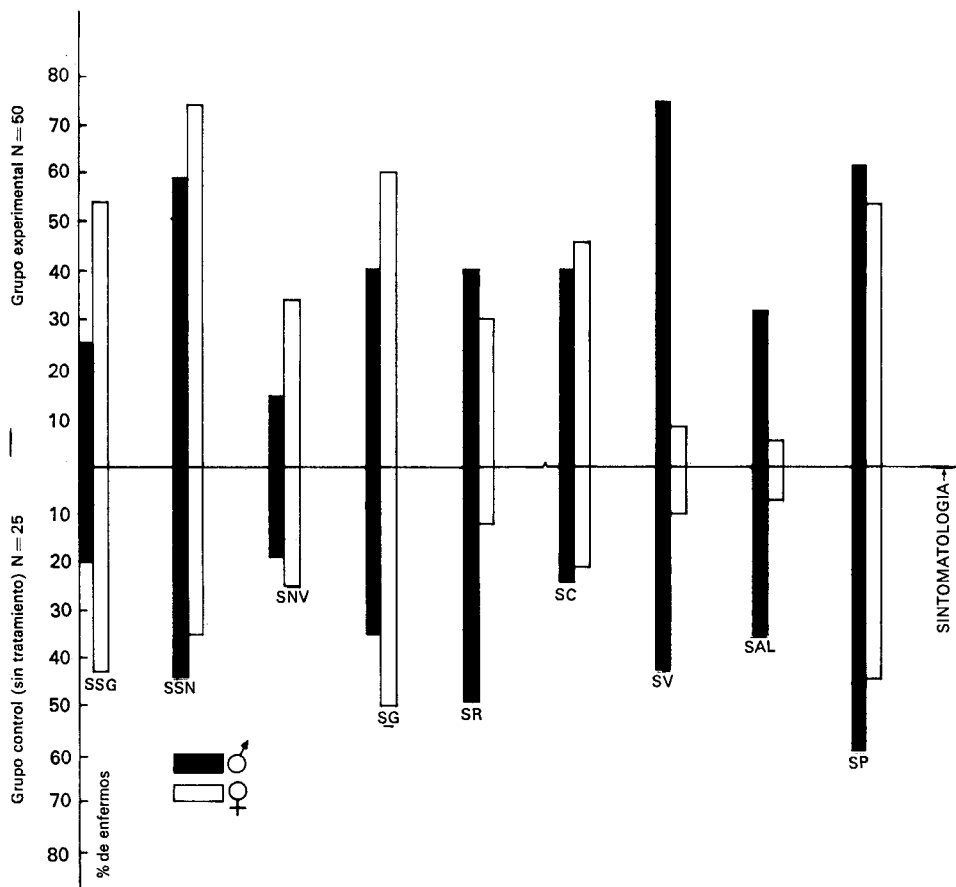


FIGURA 4. — Porcentajes de la sintomatología observada al empezar el tratamiento tanto en el grupo tratado como en el grupo control.

En cuanto a la sintomatología psíquica, su predominio en el hombre, lo es en escasa proporción, hecho que no nos explicamos ni interpretamos. Acaso la única e insuficiente razón que pudiera aducirse sería la de la mayor adaptabilidad de la mujer al ambiente asilar, así como su mayor resistencia ante el aislamiento afectivo y las posibilidades de comunicación.

Quizás otra explicación consistiría en el hecho de que estas ancianas no han abandonado totalmente sus posibilidades de trabajo, ya que bastantes de ellas colaboran en las actividades y en los servicios del asilo.

Quizás este hecho explicaría, asimismo, la escasa proporción de manifestaciones del aparato locomotor de nuestras pacientes, frente a la frecuente sintomatología presentada por el de los hombres.

En la figura 5 se recogen comparativamente las sintomatologías presentadas por los enfermos del grupo tratado y los del grupo control.

Las dos primeras columnas representan —en hombres y en mujeres— la proporción sintomatológica alcanzada en los distintos sistemas o aparatos de ambos grupos de pacientes al iniciar el tratamiento.

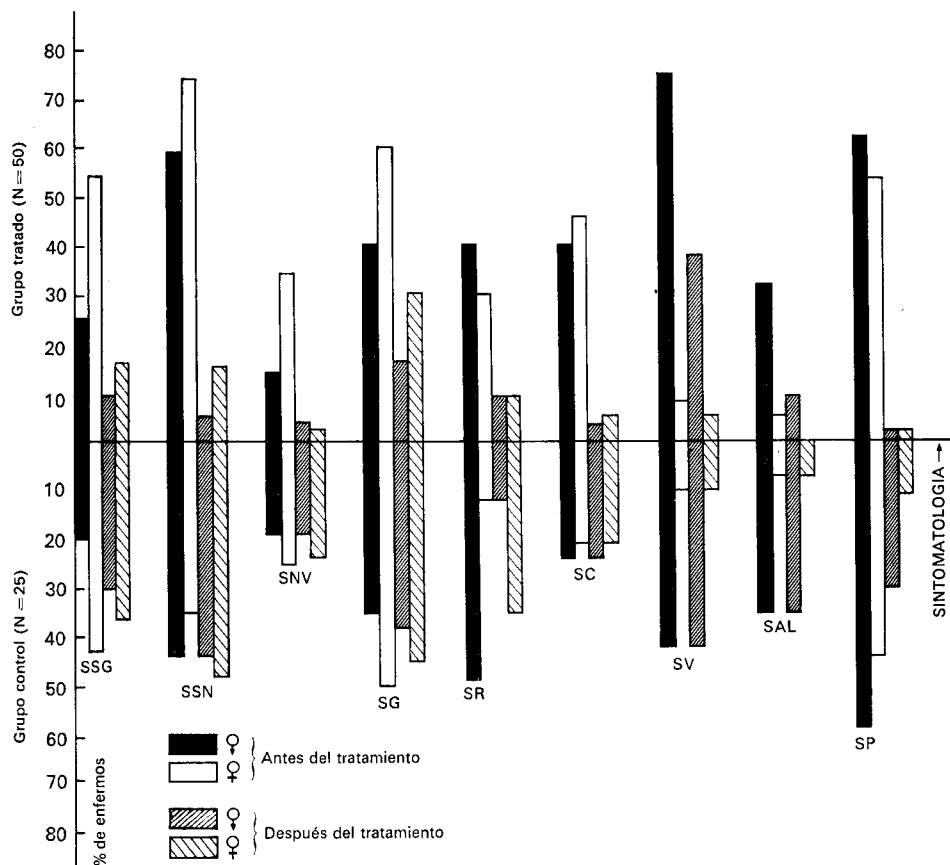


FIGURA 5. — Sintomatología comparada entre el grupo de enfermos problema (antes y después del tratamiento), y el grupo de control. (Entre la primera y la segunda revisión, existe una separación de seis meses. Evolución espontánea de la sintomatología.)

Las columnas tercera y cuarta representan, asimismo, los resultados proporcionales obtenidos —en hombres y mujeres— después de aplicar el tratamiento. En la parte superior de las columnas corresponde al grupo de enfermos tratados, mientras que su parte inferior corresponde al grupo de control.

El empleo del fármaco reduce de forma evidente todo el espectro sintomatológico, especialmente los síntomas psíquicos, vegetativos y somáticos generales.

Según nuestras observaciones, donde el fármaco parece mostrarse menos activo es en la sintomatología respiratoria, digestiva y del aparato locomotor. Han sido especialmente resistentes al fármaco los enfermos que aquejaban síntomas urogenitales.

En conjunto los resultados obtenidos nos parecen muy positivos.

El grupo control, abandonado a una evolución espontánea durante seis meses apenas modificó su sintomatología, a excepción de la somática general (aumentada en los dos sexos), y en la del aparato respiratorio (disminuida en los hombres y aumentada en las mujeres).

La duración media de los síntomas, en relación con el tratamiento, aparece reflejada en la figura 6, en donde se recogen las frecuencias medias del momento en que se inicia ostensiblemente el descenso de la sintomatología en cada uno de los órganos y aparatos.

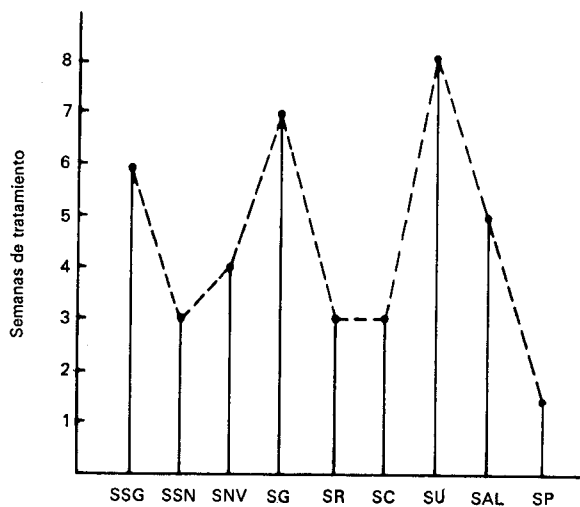


FIGURA 6

- SSG = Sintomatología Somática General
- SSN = Sintomatología del Sistema Nerv.
- SNV = Sintomatología del Sist. Nerv. Veg.
- SG = Sintomatología Gastrointestinal
- SR = Sintomatología Respiratoria
- SC = Sintomatología Circulatoria
- SU = Sintomatología Urogenital
- SAL = Sintomatología Aparato Locomotor
- SP = Sintomatología Psíquica

Perfil sincrónico diacrónico de actuación del fármaco sobre la sintomatología. Tiempo medio en que comienza a desaparecer la sintomatología después de iniciado el tratamiento.

Los síntomas psíquicos, respiratorios y cardiocirculatorios, parecen ser los más rápidamente influenciados por la acción del producto. Los más lentos en reacciones parecen ser los síntomas urogenitales y gástricos que, además, son los que requieren más largo tratamiento para desaparecer. La unión de las siluetas proporcionales, alcanzadas por la sensibilidad sintomatológica ante el uso del producto, nos permite la observación del perfil sincrónico-diacrónico de actuación del fármaco, perfil que creemos necesario estudiar en toda investigación psicofarmacológica.

Posología. Al iniciar el tratamiento administramos una gragea diaria de [®]TOFRANIL 10 durante tres días consecutivos, duplicando después la dosis si no se advertía ningún fenómeno de sensibilidad o de intolerancia al producto.

En un 56% de los casos, hemos mantenido esta dosificación hasta conseguir la remisión de los síntomas, en cuyo momento rebajábamos la dosis a la mitad, que administrábamos durante una semana más.

En un 44% de los casos la dosis administrada fue de 30 mg/día al no ceder fácilmente la sintomatología.

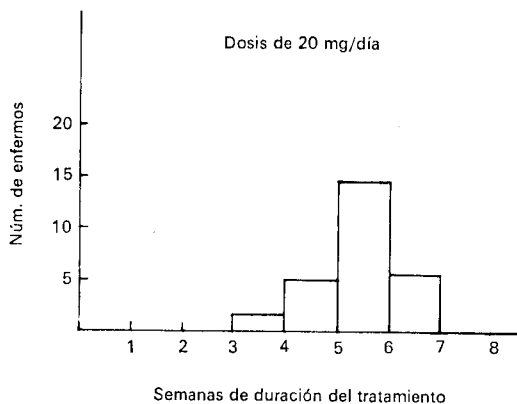


FIGURA 7

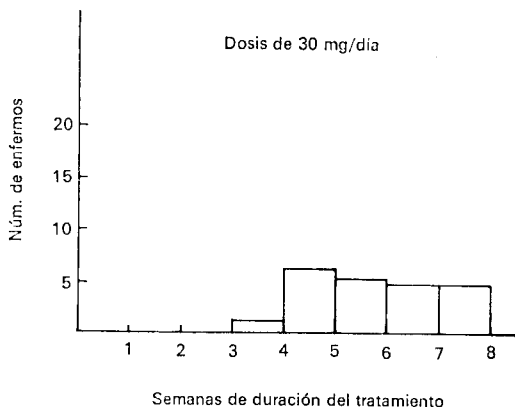


FIGURA 8

En general, a la luz de los resultados obtenidos en esta experiencia parece aconsejable sostener el tratamiento hasta la sexta semana.

Creemos interesante a la hora de valorar los resultados obtenidos con el producto, el estudio de las actitudes de los pacientes frente al medicamento, que se recogen en la tabla V.

De los 5 enfermos que manifestaron una actitud de desconfianza, uno era ciego, otro un anciano cuya pierna izquierda había sido amputada y un tercero una anciana de 83 años que padecía de una sordera profunda.

Al iniciar el tratamiento el 26% de nuestros casos se comportó con escepticismo. Más adelante —sobre todo a partir de la tercera semana— su disposición fue cambiando en casi todos, colaborando más con el médico. El 64% de los enfermos tratados colaboraron desde el principio, sometiéndose al tratamiento.

Tabla V. — *Actitudes ante el medicamento*

Sexo	Desconfianza	Escepticismo	Colaboración	
Varones	3	5	17	
Hembras	2	8	15	
Total	5	13	32	50

Efectos secundarios. Quedan recogidos en la tabla VI, no teniendo demasiada importancia y tolerándose con facilidad, a excepción de un caso en que se presentó midriasis y de tres que presentaron signos de inquietud, que desapareció inmediatamente al disminuir la dosis.

Tabla VI. — *Efectos secundarios al medicamento*

Sexo	Enrojecimiento de la cara	Midriasis	Sequedad de boca	Hipotensión y ligero temblor	Inquietud	Sudoración
Varón	—	1	4	3	2	5
Hembra	3	—	6	3	1	7
Totales	3	1	10	6	3	12

Discusión y conclusiones

Después de los resultados obtenidos en esta experiencia, estamos persuadidos de la frecuente presencia de una sintomatología incierta (calificable según unos u otros casos, de predepresiva o depresiva) en los ancianos ingresados en el medio asilar.

Los sistemas metodológicos empleados aconsejan la utilización de tests, que en no pocas ocasiones, hacen más evidente el origen y sentido de dicha sintomatología.

En un próximo trabajo nos proponemos establecer una correlación factorial entre los distintos items de las escalas aplicadas, en conexión con la fenomenología sintomatológica clínica y psicosocial.

Una de las conclusiones más importantes a la que hemos llegado, es la de que, al menos en la muestra estudiada, no se puede hablar de depresión en el

sentido estricto que se viene empleando. Creemos preferible usar el término «estadios predepresivos», en el que tal vez sea más fácil englobar los equivalentes depresivos encontrados.

Los factores psicosociales encontrados parecen acentuar el sentido y la razón última de gran parte del cortejo sintomatológico. Su estudio detallado se hace aconsejable en las investigaciones que se realicen en lo sucesivo en este campo de la psicopatología.

Respecto al medicamento empleado, es oportuno insistir en los beneficiosos resultados obtenidos, aunque en nuestros enfermos no siempre hemos logrado hacer desaparecer totalmente, sus molestias. Quedó siempre un residuo difícil de resolver que, tal vez podría hacerse desaparecer definitivamente si se asociasen otras sustancias medicamentosas, o si pudiera emplearse una psicoterapia de protección y apoyo en todos los casos.

Pero la legitimidad de su uso es evidente si comparamos los resultados obtenidos en el grupo de personas sometidas a tratamiento medicamentoso con los logrados en el grupo control, al que no se le administró ningún preparado y al que se vigiló la evolución espontánea de su sintomatología durante seis meses.

Bibliografía

- 1 ABULKER, CHERTOK, SAPIR Psychosomatique et Chronicité. *Ed. Librairie Maloine*, París (1964).
- 2 AJURIAGUERRA, A., REGO, A., RICHARD, J., TISSOT, R. «Psychologie et Psychometrie du vieillard». *Confrontations Psychiatriques*. Núm. 5 (1970).
- 3 ALEXANDER, F., FRENCH, T. N., POLOK, G. H. Psychosomatic Specificity. *University of Chicago Press*. Chicago & London (1968).
- 4 ALONSO-FERNÁNDEZ, F. «Fundamentos de Psiquiatría actual». *Edt. Paz Montalvo*. Madrid (1969).
- 5 ALONSO-FERNÁNDEZ, F. «Psicología Médica y Social». *Edt. Paz Montalvo*. Madrid (1972).
- 6 BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUCH, J. «An inventory for measuring depression». *A.P.A. Arch. gen. Psychiat.*, 4: 561 (1961).
- 7 BELL, J. E. *Projective Techniques*. «A Dynamic Approach to the Study of Personality». Nueva York, Longmans, Green & Co. (Hay edición en castellano: *Técnicas proyectivas*. Buenos Aires, Paisados, 1964).
- 8 BELLAK, L. «An Experimental Investigation of Projection». *Psychol. Bull.*, 39, 389 (1942).
- 9 BRUNER, J. S. «Personality Dynamics and the Process of Perceiving». En Perception, and Approach to Personality. Ed. Blake, R. R., y Ramsay, G. V., Nueva York, Ronald Press.
- 10 BUSS, A. «Two anxiety factors in psychiatric patients», *J. abnorm. soc. Psychol.*, 65: 426 (1962).
- 11 BUSS, A. H., WIENER, M., DURKEE, A., BAER, M. «The measurement of anxiety in clinical situation», *J. consult. Psychol.*, 19: 125 (1955).

- 12 CABALEIRO GOAS, M., «Clínica y tratamiento de los trastornos de la afectividad». *Archivo PARELLADA FELIU, D. Neurobiol., VI Cong. nac. Neuropsiquiat.* Barcelona. Págs. 259-424 (1960).
- 13 CATEL, R. B., «Handbook for the I. P. A. T. Anxiety Scale». *Champaign, III., I. P. A. T.* 21 (1957).
- 14 CATELL, R. B., «Diagnostic power of IPAT objective anxiety neuroticism test», RICKELS, K., *A. P. A. Arch. gen. Psychiat., 11:* 459 (1964).
- 15 DIXON, J. J., «Patterns of anxiety: the fobias», DE MONCHAUX, C., SANDLER, J., *Brit. J. med. Psychol., 30:* 34 (1957).
- 16 DIXON, J. J. «Patterns of anxiety: an analysis of social anxieties», *Brit. J. med. Psychol., 30:* 107 (1957).
- 17 DESTREM, H. Méd. et Hyg. Sobre el concepto de geriatemia. 29, 985: 1783 (1971).
- 18 FAIRBAIRN, W. R. D. «Psycho-Analytic Studies of Personality». Londres, *Tavistock Publications.* (Hay edición en castellano: Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires, Hormé 1962 (S).)
- 19 FREEDMAN & KAPLAN Comprehensive Textbook of Psychiatry (Cap. XLVII). Edit. Williams & Wilkins Co.; Baltimore (1967).
- 20 HAMILTON, M. «The assessment of anxiety states by rating». *Brit. J. med. Psychol., 32:* 50 (1959).
- 21 KIELHOLZ, P. «Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker», J. F. Lehmanns Verlag, München (1965).
- 22 KIELHOLZ, P., «Behandlung depressiver Zustandsbilder unter spezieller Berücksichtigung von Tofranil, einem neuen Antidepressivum». *Schweiz. med. Wschr., 88:* 763 (1958).
- 23 KUHN, R. «Ueber die Behandlung depressiver Zustände mit einem Imino-dibenzyl-derivat (G22355)». *Schweiz. med. Wschr., 87:* 1135 (1957).
- 24 LEWIN, K. «A Dynamic Theory of Personality». Nueva York y Londres McGraw-Hill Book Company (1935).
- 25 LÓPEZ IBOR, J. J. «La angustia vital». Paz Montalvo. Madrid (1950).
- 26 LÓPEZ IBOR, J. J. «Cuestiones actuales de medicina psicosomática». *Acta Psicosomática. Documenta Geigy.* Basel. (1960).
- 27 LÓPEZ IBOR, J. J. «Psychosomatische Forschung». In: *Psychiatrie der Gegenwart* (H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Cross; M. Müller, Hrsgb.), Bd. 1/2, S. 79. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer (1963).
- 28 LÓPEZ IBOR, J. J. «Las neurosis como enfermedades del ánimo». *Gredos.* Madrid (1966).
- 29 LÓPEZ IBOR, J. J. «Los equivalentes depresivos». Paz Montalvo. Madrid (1973).
- 30 LUBAN-PLOZZA, B. Sozialmedizinische Aspekte der Gerontologie». *Schweizerische Rundschau für Medizin. PRAXIS, 60,* 25: 827 (1971).
- 31 PICHOT, P. «Die Quantifizierung der Angst», en: *Angst Psychische und somatische Aspekte* Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart (1967).
- 32 ROF CARBALLO, J. «Urdimbre afectiva y enfermedad». Edit. Labor, S. A. Barcelona (1961).
- 33 SANDLER, J., «The 'obsessional': on the psychological classification of obsessional character traits and symptom. *Brit. J. med. Psychol., 33:* 113 HAZARI, A. (1960).
- 34 SCHMIED, J., «Tofranil in der Geriatrie». *Praxis, 40,* 19: págs. 472-476 (1960). ZIEGLER, A.
- 35 SPIEGELBERG, U. «Zur Psychosomatikdes Syndrom-schift (Feldwechsel)». *Conference in the 4th Hamburger Gespräche* (1965).
- 36 SPIEGELBERG, U. «Zyklothymie, Neurose und Psychosomatische Störung (1968).
- 37 SULLIVAN, H. S. «Conceptions of Modern Psychiatry». The first Williams Alanson White Memorial Lectures. Washington, William Alanson White Psychiatric Foundation. (Hay edición en castellano: «Concepciones de la psiquiatría moderna». Buenos Aires, *Psique,* 1959.)

- 38 TAYLOR, J. A. «A personality scale of manifest anxiety», *J. abnorm. soc. Psychol.*, 48: 285 (1953).
- 39 TELLENBACH, H. «Melancolic Springer». Berlng. Gottinger. Heidelberg (1961).
- 40 WELSH, G. S. «An anxiety index and an internalization ratio for the M.M.P.I.», *J. cons. Psychol.*, 16: 65 (1952).
- 41 WEIZACKER, V. «Der Gestaltkreis». *Tbieme*. Stuttgart (1950).