

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR
QUE PADECE OSTEOPOROSIS”

MARIANA LETICIA FAJARDO CHAVARRÍA
LIGIA SUSSELY REYES ARMAS

GUATEMALA, AGOSTO DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRÉ MÓRBIDA DEL ADULTO
MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MARIANA LETICIA FAJARDO CHAVARRÍA

LIGIA SUSSELY REYES ARMAS

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

GUATEMALA, AGOSTO DE 2013

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a robe, likely a saint or scholar, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a banner. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR**

**M. A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdón Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTATE DE EGRESADOS**

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 189-2012
CODIPs. 1329-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

07 de agosto de 2013

Estudiantes

Mariana Leticia Fajardo Chavarría
Ligia Sussely Reyes Armas
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINCUAGÉSIMO OCTAVO (58º.) del Acta TREINTA Y UNO GUIÓN DOS MIL TRECE (31-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de julio de 2013, que copiado literalmente dice:

QUINCUAGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Mariana Leticia Fajardo Chavarría
Ligia Sussely Reyes Armas

CARNÉ No. 2008-11122
CARNÉ No. 2008-21289

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

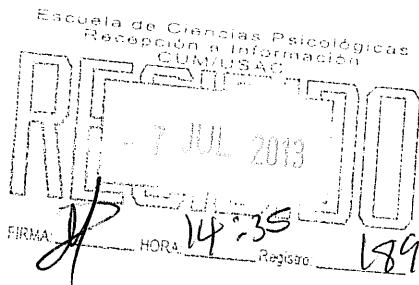
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby



CIEPs 478-2013
REG: 189-2012
REG: 189-2012

INFORME FINAL

Guatemala 16 de julio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS.”


ESTUDIANTE: **Mariana Leticia Fajardo Chavarría**
Ligia Sussely Reyes Armas

CARNÉ No.
2008-11122
2008-21289

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 03 de julio del presente año y se recibieron documentos originales completos el 15 de julio, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 479-2013
REG 189-2012
REG 189-2012

Guatemala, 16 de julio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS.”

ESTUDIANTE:	CARNÉ No.
Mariana Leticia Fajardo Chavarría	2008-11122
Ligia Sussely Reyes Armas	2008-21289

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de junio del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado  **DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala 15 de mayo de 2013

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en

Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”

CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS” realizado por las estudiantes

Mariana Leticia Fajardo Chavarría Carné 200811122

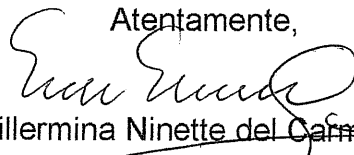
Ligia Sussely Reyes Armas Carné 200821289

El trabajo fue realizado a partir del 30 de abril de 2012 hasta el 15 de mayo de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia

Doctora en Psicología Clínica

Colegiado No. 1411

Asesora de contenido



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
CAMIP 3 ZUNIL
Dirección Departamental

Guatemala 8 de Abril de 2,013

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Licenciada Mayra Luna:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Mariana Leticia Fajardo Chavarría, con número de carné 200811122, y Ligia Sussely Reyes Armas, con número de carné 200821289, realizaron el trabajo de estudio de casos de la investigación titulada "**CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MORBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS**" durante el mes de Enero del 2,013.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos su participación en beneficio de nuestra Institución

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,



Hugo Leonel Castañeda Toledo
Dirección Departamental

POR MARIANA LETICIA FAJARDO CHAVARRÍA

SAMUEL EDUARDO GARCÍA DÍAZ
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 16132

ROSA ENCARNACIÓN PÉREZ DE CHAVARRÍA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 3452

POR LIGIA SUSSELY REYES ARMAS

EFRÉN REYES ARMAS
LICENCIADO EN COMERCIO INTERNACIONAL
COLEGIADO 8645

NEREYDA RODAS DE REYES
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA INDUSTRIAL ORGANIZACIONAL
COLEGIADO 907

GUILLERMINA NINETTE DEL CARMEN MEJÍA PALENCIA
DOCTORA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
COLEGIADO 1411

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser mi padre y confidente y regalarme cada maravilloso día para cumplir cada una de mis metas.

A MIS PADRES

Walter Ovidio Fajardo Jumique y Blanca Leticia Chavarría Rodríguez gracias a su amor, ejemplo, comprensión y apoyo he logrado alcanzar mis metas.

A MIS HERMANAS

Blanquy, Claudia, Ana, Gaby y Bianca por ser quienes han sido mi inspiración para ser mejor cada día.

A MIS SOBRINITOS

Mariandré, Valentina, Camilita y Waltercito, a quienes adoro y llenan mi vida de alegrías.

A MI NOVIO Y AMIGO

Samuel Eduardo García Díaz gracias por estos siete años de conocernos y en los cuales hemos compartido tantas cosas y ahora estás conmigo en este día tan importante.

A MIS AMIGOS

Ligia, Sandrita, Laura, Majo, Wilmer, gracias por su amistad y apoyo en la realización de este gran sueño.

Y a todas las personas que desinteresadamente me ayudaron a culminar mi carrera profesional.

Mariana Leticia Fajardo Chavarría

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser la fuerza espiritual que me guió en cada momento.

A MIS PADRES

Por ser los pilares inquebrantables de nuestra familia y mi fuente inagotable de inspiración. Su ejemplo de vida me ha formado y hecho de mí la mujer que soy. Sus enseñanzas las atesoro con el alma, gracias por todo su apoyo y amor absoluto.

A MIS HERMANOS

Por ser la máxima expresión del amor fraternal, sus consejos han iluminado mi vida. Gracias por ayudarme a crecer. Efrén y Javier son el regalo perfecto que mis padres me pudieron dar.

A MIS AMIGAS

Porque fueron la locura necesaria para sobrevivir a tanta cordura. Reír a su lado fue el complemento perfecto a mis días de estudio. Gracias por los sentimientos que han transformado mi vida y materializar lo que algún día fue un sueño. En especial a Ana Sucely Donis y Lucía Martínez.

A MARIANA FAJARDO

Mi gran amiga y compañera de tesis, gracias por compartir conmigo sueños, alegrías y tristezas. Tu apoyo fue crucial para alcanzar esta meta.

A NINETTE MEJIA

Gracias por brindarme la oportunidad de tener su invaluable amistad. Sus conocimientos serán siempre una luz que guíe mi camino.

Ligia Sussely Reyes Armas

AGRADECIMIENTOS

- A La Universidad de San Carlos de Guatemala
- A La Escuela de Ciencias Psicológicas
- A Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Camp 3 ZUNIL
- A Licenciado Marco Antonio García
Revisor de tesis
- A Doctora Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia
Asesora de tesis
- A Ingeniero Hugo Leonel Castañeda Toledo
Director Departamental Camp 3 ZUNIL
- A Licenciada Rosita Pérez de Chavarría
Supervisora del Centro de Práctica DEPSIC
- A Licenciada Alejandra Monterroso
Supervisora del Centro de Práctica Patronato Antialcohólico

INDICE

Resumen.....	1
Prólogo.....	2
Capítulo I	
I. Introducción.....	4
1.1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	5
1.1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.1.2 Marco teórico.....	8
Capítulo II	
II. Técnicas e instrumentos.....	54
2.1 Técnicas.....	54
2.1.1 Técnicas de muestreo.....	54
2.1.2 Técnicas de recolección de datos.....	54
2.1.2.1 Entrevista estructurada.....	54
2.1.2.2 Observación.....	55
2.2 Instrumentos.....	55
2.2.1 Test del dibujo de la familia.....	55
2.2.2 Test de la figura humana de Karen Machover.....	55
2.2.3 Genograma.....	56
Capítulo III	
III. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	57
3.1 Características del lugar y de la población.....	57
3.1.1 Características del lugar.....	57
3.1.2 Características de la población.....	57
3.2 Presentación de casos.....	59

3.3 Análisis cualitativo.....	71
Capítulo IV	
Conclusiones y recomendaciones.....	76
4.1 Conclusiones.....	76
4.2 Recomendaciones.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	80

RESUMEN

“CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PADECE OSTEOPOROSIS”

**AUTORAS: Mariana Leticia Fajardo Chavarría
Ligia Sussely Reyes Armas**

La población de la tercera edad es un grupo que va en aumento y por ello se le está dando la importancia necesaria, que por responsabilidad social esta demanda. Por tal situación el tema del “adulto mayor” se maneja con mayor frecuencia estudia y profundiza aspectos psicológicos, físicos y sociales de estas personas. Es una población que sufre cambios no solo en sí mismos sino a nivel de su contexto familiar, ya que al no ser “productivos” se ven privados de atención, comunicación, sufren exclusión, no satisfaciéndoles sus necesidades básicas, lo cual provoca pérdida de autoestima, dificultades de adaptación y muchos problemas físicos que desencadenan una inmovilidad parcial o total en la persona. Una de las principales causas de la inmovilidad en el adulto mayor es la osteoporosis, enfermedad que se caracteriza por el descenso de la masa ósea, acompañado por la disminución de la microarquitectura del tejido óseo, así como también un aumento de la fragilidad de los huesos. La osteoporosis deteriora de forma significativa la calidad de vida del paciente, lo cual desencadenan una serie de limitaciones a causa de la inmovilidad profundizando el deterioro de las relaciones sociales, pérdida de empleo, hasta en algunos casos depresión y pérdida de sentido de vida, etc. A nivel afectivo y de manera simbólica la estructura ósea y su funcionamiento es la representación física de la necesidad de protección, apoyo y amparo, lo cual pierden en este periodo. Según Freud y Luis Chozza en su libro “Enfermedades y Afecto” menciona que la estructura ósea en conjunto puede ser una representación yoica que entrelaza las distintas normas que están regidas por el superyó, el cual se internaliza por el cuidado paterno. Esta relación nos indica que la enfermedad de la Osteoporosis está íntimamente ligada a una dinámica familiar disfuncional, por la incapacidad de fusionar en el superyó los modelos parentales, con las propias necesidades y deseos. El trabajo de investigación busco descubrir la relación que existe entre la dinámica familiar y los aspectos de la personalidad que puede presentar un paciente y que puedan desencadenar la presencia a futuro de esta enfermedad. Se utilizó como instrumentos para identificar los rasgos de personalidad que pueden estar asociados con la Osteoporosis, el test de la Figura Humana y el de La Familia, que son pruebas proyectivas, que de forma indirecta la persona plasma la esencia de su propia personalidad a través del dibujo. Además se hizo uso de una entrevista estructurada, con la finalidad de profundizar en la dinámica familiar. La población con que se trabajó fueron pacientes del Camip 3 Zunil, ubicado en la 13 av. 1-54 col. Monte Real, zona 4 de Mixco, Guatemala.

PRÓLOGO

Una de las necesidades de nuestra sociedad es la de mejorar la calidad de vida de la población en general. Las condiciones y los hábitos personales determinan en gran medida el bienestar de las personas. Uno de los grupos de la población sensible a la mejora de la calidad de vida es el del adulto mayor, pues se encuentran en una etapa en la que los problemas físicos se manifiestan más visiblemente y en forma más dolorosa. Grandes cambios se dan durante esta etapa de la vida, aspectos como las relaciones familiares, la jubilación, el nivel económico, preocupan a los mayores y pueden llegar a alterar el equilibrio emocional y físico de las personas. La familia es el principal soporte psicosocial del adulto mayor, es la encargada de prestar atención a las personas de la tercera edad que presentan alguna enfermedad o disminución en su autonomía personal. Para ello es de suma importancia contar con una relación positiva que permitan el fortalecimiento de sentimientos de arraigo, seguridad, autoestima y confianza.

Un factor a tomar en cuenta dentro de los individuos, es la personalidad; de la cual no se puede dar un concepto sin antes hablar del marco de referencia hipotético dentro del cual se considera. La Personalidad se puede describir como la unión de elementos que caracterizan a un individuo, haciendo referencia al carácter, lo cual implica ser susceptible a los cambios en la evolución del desarrollo. El medio ambiente y aspectos psicosociales influyen en el desarrollo de las personas. El adulto mayor atraviesa por etapas que cambian drásticamente su forma de vida, esto altera de muchas maneras aspectos de su personalidad que a su vez están ligadas con la salud física. Envejecer es un proceso lento y progresivo, asimilar los cambios de forma objetiva y firme facilita la adaptación a los mismos. Las situaciones de pérdida (de seres queridos, trabajo, autonomía, etc.) son las que les resultan más difíciles de asimilar, es por

eso la importancia de proporcionarles los recursos necesarios para la superación de estos aspectos propios de la cotidianidad de la vida. La respuesta con que afrontan los cambios será determinada en gran medida por la actitud con la cual responden a ellos, así como el apoyo afectivo que proporcione la familia.

Una de las enfermedades que con frecuencia sufre el adulto mayor es la Osteoporosis, enfermedad que afecta la estructura ósea y es provocada por la disminución del tejido que la forma. El esqueleto está constantemente en formación y absorción ósea. En el adulto mayor el proceso sufre cambios, lo cual hace que se pierda masa ósea.

El objetivo general de la presente investigación es conocer las características de la personalidad del adulto mayor antes de padecer osteoporosis. Específicamente la investigación se dirigió a obtener nuevos conocimientos de osteoporosis, identificar las características psicológicas del adulto mayor que padece dicha enfermedad y relacionarla con una personalidad específica que pueda contribuir a cambios físicos que alteren la formación ósea, así como las modificaciones psicosociales y familiares que intervienen de forma directa en la enfermedad.

El principal aporte de este trabajo es profundizar sobre la comunicación simbólica que tienen las enfermedades, hacer una acertada interpretación y aportar conocimientos a las personas y organizaciones que trabajan con grupos de tercera edad así como vincular la vida emocional, los síntomas de personalidad, algún tipo de personalidad específica con la osteoporosis, es decir esta enfermedad como resultado de una disfunción familiar, una dinámica familiar disfuncional que provoca en uno de sus miembros un trastorno de personalidad o síntomas afectivos que inducen a interpretar la realidad de una manera determinada y la simbolizan con la enfermedad de osteoporosis.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida del ser humano se ha prolongado más años, y se ha determinado que los ambientes propicios y estilos sanos de vida son factores fundamentales en tales cambios. El tema del adulto mayor ha cobrado auge en los últimos tiempos y más ahora cuando esta población va en aumento, el fin de la investigación es aportar datos que ayuden a la reflexión sobre algunos aspectos de la personalidad que influyen en determinados padecimientos, tal es el caso de la osteoporosis.

Nuestra sociedad es altamente competitiva, utilitaria y masificada, la cual maneja pseudovalores, desvalorizando la sensibilidad y solidaridad, negando a la persona el reconocimiento de la experiencia y sabiduría acumulada principalmente cuando se ven obligados a una jubilación, cuando aun gozan de sus facultades mentales y físicas. Es necesario que se profundice en el tema del adulto mayor porque son personas que son valiosas y forman parte de la estructura de nuestra sociedad, principalmente porque son proveedoras de valores a las siguientes generaciones. Se debe poner especial atención a los aspectos de la personalidad que puedan desencadenar padecimientos físicos y problemas emocionales e incluso mentales en la tercera edad y a través de estos estudios hacer programas de integración, ayuda y prevención a esta población. Una de las prioridades es desarrollar una actitud abierta ante los aspectos psicológicos que acompañan el estado físico del individuo, consolidar sentimientos de autoestima, así como los aspectos positivos del mundo y de las otras personas son ideales para el buen funcionamiento y una saludable existencia psíquica.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del Problema

La investigación consistió en estudiar si alguna personalidad específica, ante los cambios ambientales y contextuales familiares y laborales, favorecen y/o determinan que el adulto mayor desarrolle osteoporosis, como una forma de comunicación simbólica de la exclusión y desprotección afectiva que sufre. Mantener una buena salud es la mejor forma de envejecer y de hacer frente a las posibles enfermedades y dolencias que se presenten, lo que redundaría en una mayor calidad de vida, una existencia más activa y un mejor estado psicológico y emocional.

La investigación se dirigió a responder a las interrogantes relacionadas con la osteoporosis, las características de la personalidad presentes en el adulto mayor que padece dicha enfermedad y con las entrevistas aplicadas al paciente descubrir las emociones, sentimientos y dinámica familiar que manejaba frecuentemente antes del diagnóstico de osteoporosis.

En la actualidad se ha observado que las personas mayores están acostumbradas a acudir al médico cuando sufren alguna molestia o enfermedad física, pero, cuando sus emociones reclaman la atención, difícilmente acuden a un psicólogo para que las ayude. En este sentido es muy importante concientizarse de que no sólo pueden tratarse y curarse las enfermedades orgánicas; el dolor emocional por la pérdida de un ser querido, la desilusión al emprender cualquier actividad, la tristeza, la ansiedad y el miedo también pueden ser tratados por un psicólogo (a) quien ayudará a entender qué les pasa y lo que se puede hacer para que se sientan mejor y así recuperar las ganas de vivir.

La tercera edad es una etapa de grandes cambios físicos, cognitivos y sociales que preocupan al adulto mayor y a sus familias y pueden llegar a alterar el equilibrio físico y emocional de las personas, disminuir la calidad de vida y predisponer a ciertas enfermedades. Es pues imprescindible orientar al adulto mayor a asumir los cambios con tranquilidad y cuidar de la salud, conocer bien los límites y los riesgos de esta nueva etapa y aprovechar todo lo que tiene de bueno.

La vejez forma parte del proceso evolutivo, diferencial y dinámico de la vida por lo que no puede culparse solamente a la edad de muchas de las enfermedades que aparecen, ya que, al ser la última etapa que vive el ser humano, muchas de sus características son consecuencia de cómo se han vivido las etapas anteriores. Por otro lado, esta edad también se caracteriza por una mayor fragilidad de determinadas partes del cuerpo, a las que hay que dedicar especial atención. Por ello es fundamental conocer bien el propio cuerpo y el funcionamiento del organismo para saber los cambios por los que van pasando en cada momento. De esta manera, se puede diferenciar entre el envejecimiento normal (senectud) y las alteraciones debidas a cambios patológicos (senilidad). Los rasgos de personalidad se modifican cuando la persona envejece, son afectados por el género. Los rasgos antisociales y la frialdad disminuyen, pero más entre los hombres; hombres y mujeres se vuelven más introvertidos. Las personas al envejecer se hacen más tranquilas. Ello no es reflejo de felicidad necesariamente, sino que tornan más indiferentes al mundo, lo cual en el polo positivo implica tranquilidad, pero en el negativo apatía. Estos cambios de personalidad se han explicado por las modificaciones fisiológicas, pero también porque la sociedad no se adapta a sus necesidades y por ello prefieren retraerse.

Es por ello que con la siguiente investigación se pretendió conocer como el complejo mundo de la mente puede ayudar a entender los procesos psíquicos que acompañan a las personas mayores y a descubrir qué se necesita para tener un buen estado de salud a través del equilibrio psíquico. Al mejorar el sentido de vida del adulto mayor que padece osteoporosis, se incluirán los hábitos personales y las condiciones en las que se encuentra que determinen en gran parte el bienestar del que puede gozar, por ello es necesario tener acceso a la mayor información posible sobre la salud tanto física como mental y conocer qué pautas de comportamiento pueden ayudar en aumentar este bienestar.

Al carecer de herramientas motivacionales o refuerzos sociales al anciano le es difícil adquirir hábitos nuevos, por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias, es por ello que la base fundamental teórica para este problema es la Teoría Psicoanalítica de los seres humanos de Freud del modelo psicodinámico esta enfatiza que los síntomas físicos pueden ser de origen psicógeno, Freud promovió en gran medida la idea de que los síntomas físicos pueden tener orígenes psicógenos. Los conflictos podrían convertirse en síntomas físicos. Sería posible que el deterioro físico sirviera como recurso de escape protector, permitiéndole a la persona excusarse de obligaciones desagradables. Muchas condiciones físicas que eran atribuidas a causas psicógenas, ahora se atribuyen a disfunciones bioquímicas, pero aún hay mucho lugar para explicaciones psicógenas.

1.1.2. Marco teórico

1.1.2.1. ADULTO MAYOR

1.1.2.1.1. Aspecto físico

1.2.1.1.1.1. Longevidad y envejecimiento

Se entiende por longevidad como la duración de vida de un individuo. El envejecimiento es un proceso natural considerado como “proceso biológico caracterizado por la aparición de una serie de transformaciones en el organismo que conducen a la disminución de la capacidad funcional de sus órganos una vez finalizado el desarrollo, se inicia el proceso del envejecimiento; pero su ritmo y progresión es específica para cada individuo y depende de varios factores: la herencia, el estilo de vida durante la juventud las enfermedades padecidas, el tipo de trabajo, los hábitos etc. No obstante, a partir de los 60 años, el proceso de envejecimiento puede verse influido positivamente por una alimentación equilibrada, el buen estado de salud y el ejercicio físico y negativamente por la obesidad, las enfermedades y el sedentarismo”.¹

En general se ha visto que el envejecimiento presenta cinco características:

a) transformaciones en la composición química del organismo, b) cambios degenerativos en el funcionamiento de los órganos, c) disminución de la capacidad de adaptación a los cambios ambientales, d) aumento en la

¹ Medrano Carmen, Montserrat Tremoleda e Isalt Carmen, Estar en forma, ejercicio físico, España: Edipresse, 2V, 1990, pp. 36

vulnerabilidad hacia las enfermedades y e) aumento en la mortalidad. La vejez es una etapa diferencial, igual que cualquier otra etapa de la vida, como la infancia, la juventud o la madurez. En ella hay algunos denominadores comunes y muchas variaciones individuales, lo que explica el hecho de que algunas personas no encajen en las tablas o los patrones evolutivos planteados. Además, muchos de estos cambios están enmarcados en una concepción de pérdida progresiva de facultades en la vejez, es decir, solamente apuntan en el sentido del declive. Habitualmente presentan una serie de cambios que, más que procesos naturales, implican enfermedad. A medida que se envejece, el cuerpo va experimentando una serie de cambios, que se manifiestan en todos los órganos y sistemas como resultado de un proceso natural. Conocer las características de estos cambios nos puede ayudar a distinguir el envejecimiento normal o sano de un proceso patológico o enfermedad.

1.1.2.1.1.2. Contexto y estilos de vida

Actualmente, no sólo se debe entender que las personas mayores son algo más que un colectivo numeroso que se ha de proteger y cuidar, sino adecuar los medios precisos para facilitarles la vida, permitiéndoles participar y disfrutar de la sociedad en la que viven. Esto se ha de llevar a cabo sin actitudes paternalistas, ya que las personas mayores pertenecen a un sector de la población tan importante como cualquier otro.

Existe una concepción generalizada de la ancianidad como una etapa cargada de pasividad y dependencia. Sin embargo, el buen estado de salud de que

gozan muchas de las personas que llegan a los 65 años deja entrever que gran parte de las ideas sobre la vejez han quedado atrás. No sólo estas personas deben asumir un futuro cargado de posibilidades que vale la pena cuidar y planificar, sino que el entorno social debe adaptarse a una nueva forma de contemplar la tercera edad, como una etapa activa y con capacidad de independencia.

“Por último, durante las últimas etapas de la edad adulta, las personas aceptan más a los demás y su propia vida, y les preocupan menos los asuntos o problemas que antes les molestaban. Las personas llegan a aceptar que la muerte es inevitable y tratan de entender sus logros en términos del significado más amplio de la vida. Aunque quizá empiecen a catalogarse como “viejos”, muchos desarrollan también un sentido de sabiduría y se sienten mucho más libres de disfrutar la vida”.²

1.1.2.1.1.3. Calidad de vida

Uno de los grupos de población más sensibles a la mejora de la calidad de vida es el de los mayores, no sólo porque se trata de una etapa en la que los problemas que puedan presentarse afectan de una manera más visible y dolorosa a los que los sufren, sino también porque el número de personas que se encuentran en el rango de edad que pasa de los 65 años es cada vez más elevado. El aumento de la esperanza de vida, es indiscutiblemente, un gran

² Feldman Robert S., Psicología con aplicaciones para Iberoamérica, Sexta edición, McGrawHill, México, 2006, pp. 379

logro, pero hay que poder garantizar que esos años serán placenteros y gratificantes para los que los recorran. Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población.

1.1.2.1.1.4. Alimentación

El estado de salud está condicionado por los hábitos alimentarios. La calidad y la cantidad de alimentos que se ingiere influyen no sólo en la salud y el crecimiento corporal, sino también en las facultades mentales y el desarrollo social. Al tener una alimentación correcta y equilibrada durante toda la vida, se puede aumentar la longevidad. Además, la dieta tiene una importancia vital para tratar determinadas enfermedades. “Los problemas básicos que amenazan a las personas mayores en cuanto a la alimentación son:³

- **Comer demasiado:** Es necesario adecuar la dieta a la edad. Existe una relación estrecha entre el peso de una persona y su estado de salud. La voracidad, comer con ansiedad y darse muchos atracones esconden en

³ Lucena Cayuela, Núria. Induráin Pons, Jordi. (Ed al), Larousse de los mayores, Barcelona: Editorial Spes, 2002, pp. 45

ocasiones un problema de fondo, al querer suplir ciertas carencias con la alimentación.

- **Comer muy poco o mal:** También puede ocurrir que la persona esté desganada y no mantenga unos hábitos alimentarios sanos. Es posible que coma sólo una o dos veces al día, que su alimentación no sea variada y que no cocine adecuadamente los alimentos. Esta carencia incrementa la fragilidad y las posibilidades de enfermar: el cuerpo no encuentra el número de calorías que requiere para sus necesidades y no existe un equilibrio en la variedad de las sustancias nutritivas”.

1.1.2.1.1.5. Jubilación

La jubilación está en función de factores como vivir en la ciudad o en el campo, ser hombre o mujer, el tipo de trabajo realizado, y la cultura y la etnia a la que se pertenece. Otro aspecto importante es la edad a la que una persona se jubila, aunque mayoritariamente se ha estipulado en los 65 años. La jubilación le plantea al adulto mayor un cambio en sus ocupaciones y en la disponibilidad de tiempo, y sobre todo le hace cuestionarse aspectos profundos de la imagen que tiene de sí mismo. Los jubilados son personas que han trabajado intensamente, durante muchos años su profesión ha ocupado la mayoría de su tiempo, así que es necesario encontrar nuevas actividades que llenen ese tiempo. La jubilación genera sentimientos ambivalentes: se puede tener la sensación de que la sociedad aparta de la vida activa a las personas mayores, pero también se puede pensar que por fin pueden dedicarse a hacer lo que les gusta, la vida

adopta otro ritmo y las cosas pueden tomarse con más calma, pero aparecen padecimientos que antes no se sufrían y el cuerpo ya no responde tan rápidamente a los estímulos.

1.1.2.1.1.6. Cambios físicos, orgánicos y sistémicos

Lo primero que hace que se catalogue a una persona joven o anciana es, sin duda, su apariencia física, los más obvios son: el cabello disminuye, encanece y cae, y provoca calvicie en los hombres , la piel pierde flexibilidad y elasticidad, se torna seca y aparecen las arrugas, y en ocasiones se produce una ligera pérdida de peso cuando disminuye el grosor entre las vértebras de la espina dorsal, esta disminución empieza a los 50-55 años y normalmente se pierden 3 o 4cm. , pero también se dan cambios mucho más sutiles: la vista, el oído, el olfato y el gusto pierden sensibilidad; la pérdida de piezas dentales, la inflexión de la voz y los movimientos lentos también forman parte del proceso normal del envejecimiento.

“La sexualidad puede mantenerse, aunque presenta ciertas características específicas; en los hombres disminuye la tensión sexual y con ello también la frecuencia de las relaciones. En las mujeres decrece el endurecimiento de los senos, la erección de los pezones, la tensión en el clítoris”.⁴

⁴ Felipe Tirado Segura, Psicología educativa: Para afrontar los desafíos del siglo XXI, México: McGraw-Hill, 2010, pp. 157

“Al ir envejeciendo, en los sistemas y órganos internos se producen modificaciones. Destacan las siguientes:⁵

- **Articulaciones y músculos:** Les afecta mucho el envejecimiento. Existe una pérdida de fuerza y flexibilidad muscular, y un desgaste de las articulaciones que fácilmente puede conducir a la artrosis.
- **Circulación sanguínea:** Las venas y las arterias se endurecen, lo que dificulta el paso de la sangre e incrementa la tensión arterial. El latido del corazón es más lento y menos regular, y con frecuencia se producen obstrucciones al paso de la sangre, con el consiguiente aumento del riesgo de padecer angina de pecho, ataques isquémicos transitorios cerebrales o claudicación intermitente en las piernas.
- **Huesos:** Se vuelven más frágiles y más vulnerables a las fracturas, y disminuyen de volumen. Una enfermedad relacionada con este desgaste óseo es la osteoporosis.
- **Capacidad pulmonar:** Se produce una disminución de la misma y la respiración se hace más lenta y costosa.
- **Sistema nervioso:** Las modificaciones pueden afectar a la memoria, la capacidad de aprendizaje y la adaptación a situaciones nuevas. El número de neuronas desciende con la edad y esto puede provocar un deterioro de las funciones intelectuales.

⁵ Op. Cit., Lucena Cayuela, Núria. Indurain Pons, Jordi. pp. 37

Además, la digestión se lentifica, la respuesta sexual cambia, las horas de sueño se reducen y se afectan los órganos sensoriales, sobre todo la vista y el oído”.

1.1.2.1.1.7. Envejecimiento del cerebro

El cerebro pierde su eficacia funcional al disminuir progresivamente las neuronas y las dendritas. Además, baja la disponibilidad de neurotransmisores, vehículos de la comunicación entre neuronas. Afortunadamente se cree que la estimulación ambiental puede formar dendritas nuevas. El deterioro de las neuronas después de los 60 años puede provocar pérdida del equilibrio, pérdida del tono muscular, fatiga muscular y dificultad para coordinar movimientos motores finos. También se conoce que en los ancianos aumenta el tiempo de reacción. En él participan tres componentes, el tiempo de transmisión sensorial, el de ejecución motora y el de procesamiento central. “La investigación ha mostrado que lo que se afecta más con la edad es el procesamiento central y ello puede explicar las deficiencias que se observan en procesos como aprendizaje y percepción. La actividad física puede mejorar los tiempos de reacción posiblemente porque aumenta el flujo sanguíneo en el cerebro y la cantidad de oxígeno en la sangre”.⁶

El deterioro cerebral puede originarse por envejecimiento normal o por enfermedades, es decir, envejecimiento patológico. Entre los patológicos agudos se encuentran los debidos a infarto y dentro de los crónicos el Alzheimer.

⁶ Op. Cit., Felipe Tirado Segura, pp. 158

Esta enfermedad ocasiona atrofia intelectual y también anormalidades conductuales y emocionales.

1.1.2.1.1.8. Funcionamiento sensorial y psicomotor

Algunas personas ancianas experimentan declinación aguda en el funcionamiento sensorial y psicomotor, otras no experimentan casi ningún cambio en la vida cotidiana. Hay algunos ancianos en los cuales los trastornos tienden a ser más severos y le impiden cada vez más sus actividades, la vida social y la independencia. Los problemas de visión y audición pueden interferir la vida diaria, aunque con frecuencia pueden corregirse a través de las nuevas tecnologías, como la cirugía correctiva para cataratas y ayudas para mejorar la audición o implantes cocleares para corregir la pérdida de la audición, ayuda a muchos ancianos a combatir estas limitaciones. Las pérdidas gustativas y olfativas pueden conducir a una nutrición deficiente. Los adultos mayores son particularmente susceptibles a las caídas debido a que disminuye la sensibilidad de las células receptoras que llevan información necesaria para mantener el equilibrio. La disminución de los reflejos, la pérdida de fortaleza muscular, de visión y percepción de profundidad también contribuyen a la pérdida de equilibrio. El entrenamiento puede mejorar la fortaleza muscular, el equilibrio y el tiempo de reacción.

1.1.2.1.2. Área cognitiva

1.1.2.1.2.1. Inteligencia y capacidad de procesamiento

En general, las habilidades relacionadas con la inteligencia fluida que abarca el razonamiento, la memoria y el procesamiento de la información muestran disminuciones en el adulto mayor. Sin embargo, las habilidades relacionadas con la inteligencia cristalizada, inteligencia basada en la información, las habilidades y las estrategias para resolución de problemas permanecen constantes y, en algunos casos, en realidad mejoran. Se señala que la cristalizada se mantiene más estable a lo largo del tiempo, pero también se apunta que la disminución de la fluida puede compensarse por la cristalizada, es decir, la experiencia puede equilibrar las secuelas negativas del envejecimiento. Cuando ocurre un decaimiento de la inteligencia, éste se explica a) por desuso, la habilidad disminuye porque se practica en forma insuficiente, b) por lentitud que priva en la conducción neuronal y c) por deficiencias del sistema sensorial al disminuir la información que recibe el cerebro.

Se considera que el principal contribuyente en cambios en las habilidades cognitivas y en la eficiencia de procesamiento de información sea la disminución general del funcionamiento del sistema nervioso central. La lentitud del procesamiento de información puede llevar a que las personas mayores pidan que les repitan información presentada con demasiada rapidez o sin la claridad suficiente. Una habilidad que parece disminuir con la edad, asociada a las medidas del funcionamiento cognitivo, es la facilidad para cambiar de una

función a otra. “Aunque las pérdidas en la velocidad de procesamiento están relacionadas con el desempeño cognitivo, no constituyen todo el problema. Habilidades cognitivas específicas como el razonamiento, las relaciones espaciales y la memoria no parecen declinar con tanta rapidez como la velocidad de procesamiento”.⁷ Para mantener las facultades intelectuales, es importante que los adultos mayores lleven una vida lo más activa posible. Se les debe estimular a que sigan realizando las actividades que les resultan placenteras, como leer, relacionarse con los amigos o escuchar la radio.

1.1.2.1.2.2. Atención y memoria

“La atención, se menciona que la sostenida, involucrada al concentrarse en una tarea, se mantiene con la edad, mientras que la selectiva, que lleva a centrarse en una tarea a pesar de estímulos que distraen en algunas circunstancias tanto a adultos mayores como jóvenes presentan resultados análogos, aunque en otras los primeros son peores; la atención dividida que permite atender y procesar en forma simultánea más de una fuente de información disminuye, debido tal vez a lo que se mencionó anteriormente, la capacidad de procesamiento del sistema nervioso es deficiente”.⁸

Respecto a la memoria, se afecta de diversas formas. La memoria sensorial sufre un déficit que altera el procesamiento cognoscitivo; lo mismo sucede con la

⁷ Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman, *Psicología del desarrollo*, Colombia: McGraw-Hill, Octava edición, 2001, pp. 662

⁸ Op. Cit., Felipe Tirado Segura, pp. 158

memoria a corto plazo, sobre todo en tareas complejas o en las que existen distracciones. La memoria a largo plazo disminuye, aunque cierta información puede ser fácil de recordar si se da tiempo suficiente para hacerlo y se proporciona ayuda.

Se realizan mejor aquellas tareas que involucran la memoria implícita, conformada por hábitos y aspectos rutinarios, que las basadas en la memoria explícita, relacionada a conceptos, palabras, cuestiones aprendidas. La memoria procedimental se mantiene si las habilidades han sido objeto de mucha práctica. Aunque las personas muestran disminuciones en la memoria durante la edad adulta, sus deficiencias suelen limitarse a determinados tipos de recuerdos. Por ejemplo, las pérdidas tienden a circunscribirse a los recuerdos episódicos, que se relacionan con experiencias específicas. Otros tipos de recuerdos, como los semánticos que se refieren a conocimientos y hechos generales, y los implícitos que son recuerdos de los que no somos conscientes, no se ven afectados mayormente por la edad. Las disminuciones en los recuerdos episódicos pueden deberse a cambios en la vida de los adultos mayores.

1.1.2.1.3. Desarrollo psicosocial

En este período se rompe el equilibrio entre la dependencia y autonomía, se vuelven cada vez más dependientes tanto económica como físicamente, lo cual amenaza su autoestima y confianza. En estrecha vinculación con esto, se observa que el apoyo y atención que se les brinda ha cambiado de patrón,

siendo menos los que se quedan con su familia, lo cual propicia el aislamiento al perder vínculos con los demás, incluso con la pareja, si sobrevino la muerte. A medida que las personas envejecen tienden a estar menos tiempo con los demás. Para la mayoría de los adultos mayores, el trabajo es una fuente importante de contacto social y para otros las enfermedades dificultan cada vez más salir a visitar a otras personas. Con frecuencia, los ancianos evitan las oportunidades de incrementar el contacto social y tienen más probabilidad de estar más satisfechos con redes sociales pequeñas que los adultos jóvenes.

El largo camino que han recorrido las personas mayores, con sus momentos de dificultad y de gozo, debería proporcionarles los recursos necesarios para afrontar los cambios, ya que su larga existencia se han tenido que enfrentar a situaciones muy diversas. La adaptación social en la vejez sería mucho más sencilla si las personas mayores tuvieran más facilidades para acceder a los recursos que necesitan, si sus pensiones fueran dignas y se sintieran respetadas no sólo cuando gozan de buena salud, sino sobre todo cuando se encuentran enfermas.

Muchas personas mayores limitan sus actividades porque se sienten más viejas de lo que son, porque se dejan llevar por antiguas creencias de que a cierta edad ya está todo perdido o porque la sociedad no les permite manifestar sus capacidades. De aquí la necesidad no sólo de que el anciano se sienta capaz de convivir con los cambios que le suceden, sino de que la sociedad le permita expresarse ampliamente. Para adaptarse a los cambios biológicos que son

parte de la vejez, es necesario aceptar las arrugas, las canas, la lentitud de los movimientos y las reacciones, las progresivas dificultades en la vista y en la audición, y la pequeña disminución de la talla no como enfermedades, sino como los procesos naturales que son.

“Varias son las teorías psicosociales que describen el envejecimiento:⁹

- **Teoría de la desvinculación.** Postulada por Cumming y Henry, señala que con el envejecimiento sobreviene un desapego y disminución de las interacciones con los demás. Esta desvinculación es de la persona hacia la sociedad y viceversa. Ésta es influida por el temperamento activo o pasivo de la persona. Los activos intentan en todo adaptarse a su nueva situación, mientras que los segundos se desvinculan en forma pasiva.
- **Teoría de la continuidad de Neugarten.** En esencia, postula que a) a nivel psicológico no existe una evolución única, b) el individuo sigue siendo único a lo largo de la vida y la evolución depende de lo que fue antes, c) al final de la evolución la persona integra su experiencia y la imagen de sí mismo en una estructura llamada autoconcepto o personalidad, d) la persona tiende a construir su entorno a partir de su funcionamiento interno, e) la persona tiene pocos cambios en su personalidad, a menos que existan circunstancias desestabilizadoras, f) en la vejez se pueden mostrar los rasgos de personalidad en forma más nítida y g) aunque la personalidad es continua, sigue evolucionando e

⁹ Op. Cit., Felipe Tirado Segura, pp. 159

integrando los acontecimientos que se viven. Si la discontinuidad aparece surge la inadaptación, pues la continuidad óptima es reflejo de adaptación a las situaciones.

- **Optimización selectiva con compensación.** Describe que se puede enfrentar exitosamente la pérdida de capacidades estableciendo metas personales alcanzables, reflexionando acerca de las propias capacidades y definiendo la forma adecuada de lograrlas, venciendo las limitaciones.
- **Selectividad socioemocional.** Los adultos mayores disminuyen paulatinamente sus vínculos con los demás, porque consideran más importante el aspecto emocional de la relación. La interacción social en la vejez es selectiva, se prefieren los contactos que provocan experiencias positivas. Esta selectividad en las interacciones es una estrategia que favorece la adaptación al optimizar la probabilidad de encuentros felices y enriquecedores”.

1.1.2.1.4. Aspectos familiares

La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo de las personas mayores. No obstante, la convivencia con los hijos puede producir tensiones en cuanto a las reglas familiares porque el abuelo (a) entra a formar parte de una unidad familiar que ya ha establecido sus propias normas y que funciona según un orden determinado, así que debe adaptarse a la nueva situación, respetando el estilo de vida de sus integrantes, y sintiéndose aceptado y querido. Muchas familias ahora se extienden a cuatro o hasta cinco generaciones, lo cual permite

que una persona sea abuelo y nieto en la misma época. La presencia de muchos miembros de la familia puede enriquecer pero también puede crear presiones especiales. El número creciente de este tipo de familias hace más probable que tengan por lo menos un miembro que ha vivido suficientemente para tener varias enfermedades crónicas y cuyos cuidados pueden ser extenuantes física y emocionalmente. El ritmo de vida actual provoca que muchos ancianos no puedan vivir con sus hijos, porque ambos trabajan y no tienen espacio o tiempo para atenderlos. Hay que buscar, entonces, soluciones para que no se sientan abandonados o tan solos.

1.1.2.2. PERSONALIDAD

1.1.2.2.1. Definición

“La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos”¹⁰. Esta definición toma en cuenta varios aspectos:

- La personalidad es una organización, no es solo una recolección de piezas y partes.
- Tiene procesos, por lo cual no es estática; es activa.
- Ayuda a comprender las formas en que el individuo se relaciona con el mundo, es una fuerza causal.
- La personalidad se manifiesta en esquemas, recurrencias y conexiones.

¹⁰ Carver, Charles S., Scheier, Michael F “Teorías de la Personalidad” Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., Tercera Edición, Pp. 25

- La personalidad se conoce de varias maneras, por medio de las conductas, formas de pensamientos y sentimientos.

Otro aspecto a considerar dentro de la definición de personalidad son las diferencias individuales, que cada persona es diferente a las demás, no hay una igualdad de personalidad en individuos diferentes. Esto es de suma importancia para la necesidad de utilizar un término de personalidad, lo cual es identificar los rasgos que definen al individuo. Un concepto apegado a esta realidad tiene que tomar en cuenta esto y explicar los orígenes de estas diferencias. El funcionamiento intrapersonal, otro factor a considerar; implica la existencia de un conjunto de procesos dentro del individuo. La personalidad conlleva mecanismos que nos lleva a actuar de cierta manera, esto nos da una continuidad interior, aun cuando el sujeto reacciona diferente en situaciones iguales. Es por eso que se considera que la personalidad es producto de motivaciones, las cuales cambian con el tiempo y con las situaciones.

Las diversas aproximaciones a la personalidad conceden un énfasis diferente a cada uno de esos temas. Algunas teorías dan importancia a los procesos, consisten principalmente en una visión del funcionamiento intrapersonal y prestan menor atención a las diferencias individuales. Otros enfoques consideran que la unicidad del individuo es el aspecto más importante de la personalidad y son más vagas acerca de los procesos internos.

1.1.2.2.2. Rasgos de la personalidad

Hay una serie de condiciones que son necesarias para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, pero también podemos encontrar varios rasgos en el ser humano sin que se determine como trastorno de la personalidad. A continuación se mencionaran grupos con varios rasgos de la personalidad que el ser humano puede llegar a presentar.

Grupo a: Excéntricos

Rasgos personalidad paranoide:

Se caracteriza por un patrón de conducta intermitente caracterizado por la desconfianza y la suspicacia, de forma que se interpreta maliciosamente la intención de los actos de los demás. La sospecha de ir a ser engañados se mantiene latente pese a la ausencia de datos que lo justifiquen, así evitan dar datos a los demás que consideran que serán utilizados en su contra. La percepción continua de ataques contra su persona o a su reputación genera rencores mantenidos de forma prolongada en el tiempo. La desconfianza sobre la lealtad o fidelidad de amigos y parejas ocasiona graves dificultades de convivencia.

Rasgo esquizoide de la personalidad:

De esta forma no se suele desear ni disfrutar de las relaciones personales, ni siquiera de la familia, por lo que se tiende a elegir actividades solitarias. No se disfruta de prácticamente ningún tipo de actividad, ni amistad ni relaciones

sexuales. Todo esto se enmarca en un clima de frialdad emocional en el que los halagos o las críticas de los demás son irrelevantes.

Grupo b: Dramáticos-emotivos

Rasgo antisocial de la personalidad.

La falta de repercusión afectiva de sus actuaciones y la sobrevaloración de las conductas delictivas hacen que esta categoría se halle sobredimensionada en los contextos forenses, facilitando la creencia y tendencia jurisprudencial a no considerar los trastornos de la personalidad como patologías de pleno derecho a la hora de aplicar atenuantes de las penas. La diferencia principal debe hacerse con conductas similares que se pueden realizar en el seno de un trastorno bipolar, principalmente en fase maníaca, o en la esquizofrenia.

En resumen se trata de personas que desprecian y violan con frecuencia los derechos de los demás desde los 15 años de edad, con lo que fracasan en adaptarse a las normas sociales, son deshonestos para conseguir un beneficio personal o simplemente por placer. Su actuación se suele enmarcar en la impulsividad, irritabilidad y agresividad con gran dificultad para planificar el futuro con despreocupación de su seguridad o la de los demás. La irresponsabilidad y la falta de remordimientos les hacen justificar su conducta inadaptada socialmente.

Rasgos límites de la personalidad:

La relación con los demás carece de empatía, no se generan sentimientos hacia los demás como personas, pues son considerados como instrumentos para su

fin. Es muy frecuente que se genere un campo de envidias que dirige hacia los demás o que cree que los demás dirigen hacia él.

Grupo c: Ansiosos

Rasgos de la personalidad por evitación:

Se caracteriza por un patrón de conducta de inhibición social debido a unos marcados sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación. Por ello se evita relaciones íntimas y actividades o trabajos que puedan implicar un contacto interpersonal por el miedo a la crítica y la desaprobación, sólo se implica con la gente si está convencido de que va a gustar. Los sentimientos de inferioridad le hacen verse socialmente incapaz y sin interés en el terreno personal.

Rasgo de la personalidad por dependencia:

Necesita sentir que los demás se ocupan de uno, desarrollando conductas de sumisión, con miedo a la separación y soledad. Es incapaz de tomar decisiones cotidianas si no es intensamente asesorado por los demás, que deben asumir sus responsabilidades y de cuyas opiniones no se puede discrepar. En ocasiones, el deseo de mantener la "protección" de los demás lleva a realizar tareas desagradables que nadie más quiere realizar. Por esa inseguridad son incapaces de iniciar o crear proyectos, de cuidar de sí mismos, lo que genera un miedo intenso a ser abandonado y si eso sucede buscan urgentemente otra relación que aporte el cuidado y apoyo necesarios.

1.1.2.2.3. Trastornos Psicosomáticos

La medicina psicosomática centra su investigación en la unidad de mente y cuerpo y como estas se relacionan. La interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos que intervienen en el origen o en el mantenimiento de los estados morbosos. La mayoría de los trastornos somáticos se ven influenciados por el estrés, algunos se ven más afectados que otros.

“El DSM-IV-TR clasifica los trastornos psicosomáticos como factores psicológicos que afectan lo físico. Para cumplir los criterios diagnósticos de los factores psicológicos que afectan al estado físico deben reunirse los dos criterios siguientes: 1) presencia de una enfermedad médica, y 2) factores psicológicos que afecten negativamente (p. ej., el estímulo ambiental, con significado psicológico, se relaciona temporalmente con el inicio de la exacerbación de un trastorno o enfermedad somáticos específicos). El trastorno somático debe obedecer bien a una enfermedad orgánica (p. ej., artritis reumatoide) o a un proceso fisiopatológico conocido (p. ej., migraña)”¹¹.

Cualquier estrés que se prolongue puede causar cambios fisiológicos que determinarán un trastorno somático. Todos los individuos poseen una vulnerabilidad ante el estrés: algunos pacientes se recienten del corazón, del estómago y otros con la piel. Las personas que son más sensibles a padecer ansiedad o depresión crónica son vulnerables también a padecer enfermedades psicosomáticas.

¹¹ Sadock, Benjamin j, Sadock, Virginia J. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica, Lippincott Williams y Williams, 5ta edición, pp. 226

Dentro de los factores psicológicos se describe el síndrome de adaptación general, "que es la suma de todas las reacciones sistémicas inespecíficas del cuerpo que siguen al estrés prolongado. El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal está afectado y la secreción excesiva de cortisol produce daño estructural a varios sistemas orgánicos"¹².

Los mecanismos neuroreguladores experimentan cambios dentro de su función lo cual reduce los mecanismos homeostáticos corporales, de tal modo que el organismo queda expuesta a padecimientos infecciosos y otros trastornos. Las vías neurofisiológicas que supuestamente median en las reacciones de estrés son la corteza cerebral, el sistema límbico, el hipotálamo, la médula suprarrenal y los sistemas nerviosos simpático y parasimpático.

Bajo el estrés se activa el sistema nervioso vegetativo para preparar al organismo a una respuesta de lucha, cuando no existe la posibilidad de este mecanismo de defensa es cuando surgen los trastornos psicósomáticos.

1.1.2.2.4. Rasgos de la personalidad en la senilidad

La senectud influye en la presentación clínica y el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. Así, se encuentra que la depresión del anciano, frecuentemente, se acompaña de trastornos cognoscitivos y la esquizofrenia de síndromes persecutorios. Así mismo, los cuadros clínicos tales como la parafrenia, el síndrome de Cotard, la llamada parasitosis delirante, el síndrome de Charles Bonnet y las alucinaciones musicales, son más comunes en la tercera edad. La

¹² Op. Cit. Sadock, Benjamin j, Sadock, Virginia J. pp. 226

aparición de tales cuadros pareciera estar relacionada al envejecimiento cerebral y al aumento consiguiente de la patología cerebral de todo tipo. Adicionalmente, el metabolismo lentificado del anciano también causa dificultades terapéuticas: por ejemplo, los neurolépticos con más frecuencia producen disquinesia tardía; los benzodiacepínicos, déficit cognoscitivo; los antidepresivos (aquellos con efecto antimuscarínico), disturbios del ritmo cardíaco y estados confusionales agudos. En países con alto nivel económico, la expectativa de vida ha aumentado a más de 75 años; y el consecuente aumento de sujetos en la tercera edad ha incrementado también la incidencia de enfermedades propias de la vejez, y en algunos países se habla ya de una "epidemia de demencia". El ser humano envejece debido tanto a desorganización celular de origen genético cuanto a la acción de noxas físicas y psicológicas. En contraste con las sociedades de otras, la moderna ha devenido incapaz de integrar al anciano en roles sociales útiles. Esto causa en él sentimientos de aislamiento, inutilidad y desamparo, acrecentando el estrés psicológico. La tercera edad no está exenta de ningún cuadro clínicopsiquiátrico, ni de como herencia del pasado. Entre los primeros se encuentran las patologías orgánicas y psicóticas. Es interesante observar que la ansiedad generalizada, fobias, pánicos, trastornos obsesivos compulsivos, la conversión histérica y la hipocondría, rara vez aparecen inicialmente en la tercera edad; y cuando lo hacen, casi siempre anuncian la presencia de depresión o demencia temprana.

1.1.2.2.5. Cuadros clínicos comunes

1. Trastornos de la personalidad.

Por razones intrínsecas (que tienen que ver con los cambios propios de la vejez y/o con enfermedad física o mental) o por razones extrínsecas (que tienen que ver con la actitud social), el anciano puede desarrollar rasgos agresivos, paranoides o antisociales; retraerse del medio social y volverse disfórico, irritable y taciturno. Con frecuencia, esto interfiere con su competencia psicosocial y provoca el rechazo familiar y social.

Tales cambios de personalidad pueden ser una exageración de rasgos caracterológicos, o anunciar enfermedades tales como la depresión, hipomanía secundaria (a estados orgánicos), demencia temprana, tumores cerebrales, epilepsias de comienzo tardío con focalización en el lóbulo temporal, trastornos metabólicos y endocrinos. Duelos (a veces) patológicos resultantes del aislamiento producido por la jubilación, la pérdida de estatus social o la viudez, son otras causas de cambios en la personalidad y el comportamiento.

2. Ansiedad generalizada, fóbica y ataques de pánico.

Es extremadamente raro que aparezcan por primera vez en la vejez. Como en el caso de los trastornos de personalidad, las causas más frecuentes son la depresión y la demencia temprana.

3. Cuadros Obsesivoides.

La enfermedad obsesivo-compulsiva es extremadamente rara en la vejez, más no los síntomas obsesivoides. Más que exageraciones de rasgos premórbidos,

tales síntomas tienden a reflejar patología funcional u orgánica; por ejemplo, las demencias, tumores cerebrales y accidentes cerebrovasculares liberan conductas anancásticas. Aun cuando estas conductas se pueden interpretar psicodinámicamente (como esfuerzos para controlar el entorno social y físico), es más probable que resulten de una desinhibición de programas cerebrales vestigiales.

4. Cuadros histéricos e hipocondríacos.

Son casi siempre secundarios a la depresión y a los estados orgánicos. Conductas histriónicas y disociaciones histéricas son aún comunes en ancianos cuyo funcionamiento intelectual premórbido y educación fueron limitados y su origen social es bajo. Las quejas hipocondríacas persistentes pueden dominar las depresiones de la tercera edad. Las más frecuentes son dolores generalizados, miedo a tener cáncer, caídas, trastornos del sueño y estreñimiento. Una vez más se debe asumir que hay una depresión de fondo y recetar antidepresivos.

5. Esquizofrenia de inicio tardío.

El diagnóstico de los cuadros psicóticos puede ser difícil en la tercera edad, particularmente porque las delusiones y alucinaciones (indicadores importantes de estas enfermedades) se presentan en una variedad de situaciones clínicas. Por ejemplo, las alucinaciones visuales se pueden dar en estados orgánicos cerebrales (síndrome de Charles Bonnet) y en privación sensorial (tal como la causada por la cirugía ocular). Alucinaciones auditivas y musicales son comunes

en sordera, tinitus y otras patologías del oído interno. También se da el caso que sordera y ceguera parcial pueden llevar a delusiones paranoides.

6. Estados paranoides.

Los más comunes consisten en delusiones persecutorias limitadas a un tema (por ejemplo, ser víctima de robo); otros, más floridos, incluyen en el sistema paranoide a autoridades y personajes públicos. Las erotomanías, es decir, la delusión de ser amado en secreto por alguna persona importante, son comunes en mujeres maduras pero devienen raros en la senectud. Sólo algunos de estos cuadros son primarios; la mayoría son secundarios a depresión, sordera y cegueras parciales y demencia. Esta última crea desconfianza y actitudes paranoides a través del olvido que efectivamente hace que el anciano pierda control de su entorno. En otros pocos casos el desarrollo paranoide es una reactivación de rasgos premórbidos.

7. Parasitosis delirante.

Enfermedad que comienza con quejas (al principio plausibles) de que el domicilio del enfermo está infestado con parásitos además de pedidos repetidos a las autoridades sanitarias por fumigaciones, y, a veces, cambios de casa. En una segunda etapa, la enferma (la enfermedad es más común en mujeres) procede a afirmar que los parásitos ahora viven y ponen huevos debajo de su piel.

8. Depresión y manía.

Depresiones unipolares y bipolares, manías unipolares y secundarias, y síndromes afectivos de origen orgánico, son comunes en la tercera edad, y todos

pueden acompañarse de déficit intelectuales más o menos transitorios. Asimismo, hay en el anciano una tendencia a las recaídas frecuentes y prolongadas y resistencias al tratamiento. Las depresiones (y manías) se combinan a veces con infartos cerebrales, demencia temprana, carcinoma de pulmón y de páncreas, trastornos endocrinos y epilepsia de comienzo tardío (con foco temporal en el hemisferio no dominante).

9. Síndromes mentales orgánicos.

El concepto de síndrome mental orgánico ha desaparecido del DSM IV, pero sigue siendo útil en psicogeriatría para referirse a síntomas psiquiátricos que resultan de enfermedad neurológica.

1.1.2.3. OSTEOPOROSIS

1.1.2.3.1. Definición

La osteoporosis es un padecimiento que se caracteriza por la disminución de la resistencia ósea como también por la presencia de fracturas y fragilidad. Cuando hay pérdida de tejido óseo se produce un declive de la estructura del esqueleto, la combinación de estos dos factores incrementa el riesgo de sufrir fracturas. Con base en la recomendación de un comité de la OMS, la osteoporosis.

“Se define desde el punto de vista operativo como densidad ósea ubicada 2.5 desviaciones estándar por debajo de la media observada en adultos jóvenes sanos de raza y género similares: también se hace referencia a este valor como *puntuación T* menor de 2.5. Los casos que se encuentran en el extremo más bajo de los límites de lo normal para personas jóvenes (*puntuación T* mayor de 1

SD por debajo de la media) se definen como individuos con densidad ósea baja, y se consideran con riesgo incrementado de osteoporosis¹³, es decir, que las personas que presentan una densidad ósea de bajo de lo normal según estudios ya realizados con personas de la misma edad tienen osteoporosis y las que se acercan a la media tienen riesgo de padecer osteoporosis.

Es de menester importancia tomar en cuenta la definición de osteoporosis que los elementos de la masa ósea, alteración de la microarquitectura, aumento de la fragilidad y la tendencia a las fracturas guardan una estrecha relación entre sí.

1.1.2.3.1.1. Proceso de la enfermedad

El esqueleto humano está en constante proceso de formación y resorción ósea. A los 40 años aproximadamente se forma más masa ósea de la que se pierde, es acá donde la masa ósea de las personas aumenta hasta que alcanza un máximo, el crecimiento durante la juventud. A partir de los 40 años es cuando predomina la resorción o reabsorción ósea, el cuerpo pierde al año 0,5 a un 1% de masa ósea.

La predominancia de una masa ósea baja se vincula directamente con el concepto de osteoporosis. La alteración en la microarquitectura del esqueleto, aunque pudiera padecer nuevo el concepto, aunque el nombre del padecimiento mismo lo pone en relevancia con su etimología: huesos porosos; los poros hacen referencia a los huecos que aparecen en el entramado trabecular. Se determina un trastorno dentro de la microarquitectura porque se ha perdido hueso y tal

¹³ Harrison. "Principios de Medicina Interna" Editorial Perrado, 16Ed. pp. 11834

pérdida se establece por el adelgazamiento o la posible pérdida total de los elementos que la conforman (trabéculas, cortical).

Los procesos de pérdida de masa ósea así como la deficiencia en la microarquitectura son alteraciones de la remodelación ósea, es por eso que entendemos la osteoporosis como una enfermedad de la remodelación ósea.

“A este respecto, debe recordarse que hay dos mecanismos por los que las unidades de remodelación (UR) dan lugar a pérdida de masa ósea. El primero, y a la larga más trascendente, es la existencia de un *balance negativo* en la UR, en virtud del cual las osteonas que sustituyen a las más antiguas tienen menor grosor. Se trata de una pérdida ósea definitiva. El segundo, tal vez más importante a corto plazo, está vinculado al *espacio en remodelación*. Cada vez que una UR se activa, determina la aparición de una cavidad ósea, que supone una pérdida transitoria de hueso (en tanto vuelve a rellenarse). Esta pérdida no es importante en términos de cantidad, pero lo es en términos de función, ya que viene a constituir un punto de debilidad en la trabécula en que se establece. Ambos mecanismos tienen mucha más repercusión cuando el número de UR aumenta, situación denominada de “alto recambio”. Un balance negativo muy marcado puede tener también una gran trascendencia, incluso en ausencia de recambio alto”¹⁴.

El proceso de la osteoporosis no tiene síntomas y muchas veces su relevancia medica aparece al presentarse alguna fractura, a ésta predisposición la

¹⁴ Riancho Moral, José A, González Macías, Jesús “Manual Práctico de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Mineral” Editorial Jarpyo 2004, pp 100

entendemos como fragilidad, la cual se convierte en el punto central de la osteoporosis. La osteoporosis es el resultado de la pérdida de hueso por cambios normales que muchas veces se relacionan con la edad, los cuales se dan en la remodelación ósea, ya sea por cambios intrínsecos y extrínsecos que alteran este proceso. En consecuencia, el desarrollo de la remodelación ósea es básico para entender el proceso de la osteoporosis.

“El esqueleto aumenta de tamaño mediante el crecimiento lineal y por aposición de tejido óseo nuevo sobre las superficies externas de la corteza. Este último proceso es el fenómeno de *modelación* y también permite que los huesos largos se adapten en su forma a las fuerzas que actúan sobre ellos. El incremento de la producción de hormonas sexuales en la pubertad es imprescindible para que se produzca la maduración máxima del esqueleto, que alcanza su nivel más alto de masa y densidad al principio de la edad adulta. La nutrición y el estilo de vida también son elementos importantes en el crecimiento, aunque los factores genéticos son los principales determinantes de la masa ósea máxima y densidad esquelética. Numerosos genes controlan el crecimiento del esqueleto, de la masa ósea máxima y el tamaño corporal, pero es probable que existan genes distintos que controlen la estructura y densidad esquelética”¹⁵.

Dentro de la remodelación ósea se dan dos funciones primordiales, las cuales son: 1) la reparación de las microlesiones óseas para mantener el soporte del esqueleto, y 2) la obtención del calcio para la conservación de la concentración

¹⁵ Op. Cit., Harrison pp. 11840

sérica de este ion. Este proceso puede activarse por lesiones microscópicas que resultan de cargas excesivas o acumuladas. La remodelación ósea es también regida por varias hormonas como los estrógenos, andrógenos, vitamina D y hormona paratiroidea.

Como resultado de la remodelación ósea se da la sustitución de cierta cantidad de tejido por uno nuevo; de este modo se logra que la masa del esqueleto se conserve relativamente constante aún después de alcanzar su punto máximo en la edad adulta. Sin embargo, al llegar a la edad de los 30 o 40 años este proceso de formación sufre un desequilibrio. Esto puede empezar en diferentes edades, así como también variar la zona del esqueleto afectada. La pérdida de excesiva de material óseo puede ser producida por un incremento de la actividad osteoplastia, disminución de la actividad de los osteoblastos, o a ambos.

“En el hueso trabecular, si los osteoclastos penetran en la trabécula, no dejan espacio para que se forme hueso nuevo, y por lo tanto pueden provocar pérdida rápida de masa ósea. En el hueso cortical el incremento de la activación de la remodelación crea un hueso más poroso”¹⁶.

El resultado de este aumento puede ser poco significativo si no cambia el diámetro total del hueso. Sin embargo, si disminuye de la aposición del nuevo material óseo sobre la superficie perióstica, así como el aumento de la resorción endocortical del hueso, minimiza la oposición biomécanica de los huesos largos.

¹⁶ IDEM, Harrison pp. 11844

Un insuficiente consumo de calcio, así como de otros factores nutricionales (proteínas, calorías y otros minerales) durante la etapa del crecimiento, puede poner en riesgo la incidencia de osteoporosis en una etapa posterior en la vida de la persona. En la etapa de la edad adulta, consumir calcio en cantidades inferiores a las necesarias puede producir hiperparatiroidismo secundario e incremento de la tasa de remodelación a fin de conservar normales las concentraciones séricas de este ion. Un consumo inferior a 400 mg es perjudicial para es esqueleto, la cantidad diaria recomendada es de 1000 a 1200 mg para los adultos.

Las fracturas osteoporóticas son las consecuencia final de un proceso que, de una forma en la que progresa lenta y constante ha ido mermando la resistencia ósea, así como también la capacidad de conservar la estructura del esqueleto ante los traumatismos de bajo impacto.

1.1.2.3.1.2. Clasificación de la osteoporosis

Osteoporosis Primarias

La constituyen el grupo más grande y contiene todos aquellos casos de Osteoporosis en los que no hay alguna enfermedad que justifique de forma directa el padecimiento. Se encuentran.

Osteoporosis transitoria idiopática

Es un tipo de osteoporosis que afecta a hombres y mujeres de la cuarta a la sexta década de la vida, es más frecuente en mujeres en el segundo o tercer trimestre de embarazo. El área afectada, frecuentemente es la cadera, aunque

también suele verse afectadas las rodillas, los tobillos y los pies. Se han postulado tres teorías con respecto a su etiopatogenia, las cuales son: una fase precoz o reversible de osteonecrosis, una situación estresante o microtraumas óseos. El dolor que se presenta es agudo y va acompañado de inflamación en el área afectada, sin necesidad de traumatismo previo; este dolor se intensifica con la movilización así como del apoyo de la extremidad. Otra característica es la atrofia de la musculatura y la limitación de la funcionalidad en un grado variable.

Osteoporosis idiopática juvenil y Osteoporosis del adulto joven

También un padecimiento que afecta tanto a niños (as) o adultos jóvenes de ambos sexos con función gonadal normal. Es un trastorno poco común, que usualmente se presenta entre los 8 a 14 años, se manifiesta por el apareamiento de dolor en la masa ósea y a veces pequeñas fracturas con un mínimo de traumatismo. Este padecimiento desaparece en muchos casos de forma natural y la recuperación se da en forma espontánea en tiempo estimado de 4 a 5 años.

La Osteoporosis idiopática del adulto joven se puede advertir en mujeres premenopáusicas y varones jóvenes, en los que no se determina ningún elemento etiológico. En algunas mujeres aparece durante el embarazo o poco después. El desarrollo del padecimiento puede variar y a pesar de la reincidencia de fracturas, se ha determinado que no se produce un deterioro progresivo en las personas que la padecen.

Osteoporosis postmenopáusica. Tipo I

Esta se da en un pequeño grupo de mujeres postmenopáusicas comprendidas entre las edades de 51 a 75 años. Su característica principal es la pérdida de forma acelerada de hueso tabecular. Son frecuentes las fracturas de los cuerpos vertebrales y de la porción distal del radio.

Osteoporosis senil. Tipo II

Esta se observa en algunas mujeres y varones de mas de 70 años que presentan un déficit en su función de los osteoblastos (baja remodelación ósea). Otros factores como el sedentarismo-inmovilización, mala absorción intestinal de calcio, trastornos alimenticios que intervienen en la absorción de la vitamina D e hiperparatiroidismo secundario, también son elementos que contribuyen a este padecimiento.

Osteoporosis secundarias

Dentro de este grupo encontramos a todos aquellos casos de Osteoporosis que se dan a consecuencia de una manifestación de otras enfermedades que la acompañan o bien de sus tratamientos. Es necesario que se logre una pronta identificación de estas afecciones para lograr un tratamiento efectivo que pueda reducir las consecuencias físicas acompañantes. Podemos mencionar:

Enfermedades endocrinas

- a) Hiperparatiroidismo
- b) Síndrome de Cushing
- c) Hipogonadismo

- d) Hipertiroidismo
- e) Hiperprolactinemia
- f) Diabetes mellitus
- g) Acromegalia
- h) Ooforectomía temprana

Enfermedades hematopoyéticas

- a) Mieloma múltiple
- b) Mastocitosis sistémica
- c) Leucemias y linfomas
- d) Anemia de células falciformes y talasemia

Enfermedades del tejido conectivo

- a) Osteogénesis imperfecta
- b) Síndrome de Ehlers-Danlos
- c) Artritis reumatoidea.
- d) Espondilitis anquilosante.
- e) Empleo de corticoides (levotiroxina, antiepilépticos, etc.)

1.1.2.3.2. Predominancia de género

La osteoporosis es una enfermedad tradicionalmente considerada propia de la mujer. Sin embargo, con ella ocurre algo similar, aunque a la inversa a lo que sucede con la enfermedad vascular: tradicionalmente considerada femenina, hoy se sabe que también tiene importancia en el sexo masculino. No existe pues una definición operativa (diagnóstica) de la osteoporosis masculina, a falta de la

misma, para su diagnóstico se han propuesto fundamentalmente dos tipos de criterios. El primero de ellos defiende utilizar como punto de referencia el mismo valor absoluto de masa ósea que para la mujer (la media juvenil femenina menos 2,5 DE (desviación estándar)); el segundo considera que es la media juvenil masculina menos 2,5 DE, el valor que debe constituir el punto de referencia.

Epidemiología

“En las mujeres, la medición de la densidad ósea en cuello de fémur del esqueleto permite diagnosticar de osteoporosis aproximadamente al 15% de las que se encuentran en la postmenopausia (el porcentaje sube al 30% si la medición se realiza en varios lugares). En los varones, en cambio, la medición de la densidad ósea en una única localización clasifica como osteoporóticos sólo al 4 ó al 7% de los mismos, según utilicemos como punto de referencia la media juvenil femenina o la media juvenil masculina”¹⁷.

Los datos son más confiables si nos ocupamos de la epidemiología de las fracturas, y especialmente de la fractura de cadera. Aunque la incidencia de ésta aumenta exponencialmente con la edad en ambos sexos, en el varón lo hace con un retraso de 5 y 10 años respecto a la mujer. El resultado es que el número de varones que padece fractura de cadera es menor que el de mujeres. La relación que hay entre mujer y varón, en términos absolutos, es de 3, a lo que contribuye la mayor longevidad de la mujer. Si se corrige por la edad, para neutralizar el efecto de ésta, pasa a ser de aproximadamente 2.

¹⁷ Op. Cit., Riancho Moral, José A. Gonzáles Macías, Jesus pp. 246

Respecto a las fracturas vertebrales, el número de las mismas identificable radiológicamente en personas de más de 50 años es igual en ambos sexos. Sin embargo, entre los 50 y los 65 años es mayor en el varón, mientras que por encima de dicha edad lo es en la mujer. Seguramente, el exceso de fracturas masculinas por debajo de los 65 años se debe a una mayor exposición del varón a sobrecargas mecánicas. En cambio, el exceso de fracturas femeninas por encima de dicha edad probablemente se deba a la mayor frecuencia de osteoporosis en la mujer. Por otra parte, las fracturas vertebrales sintomáticas son menos frecuentes en el hombre (vienen a suponer un tercio de las de la mujer).

“En EE.UU. se calcula que el riesgo que tiene una mujer de 50 años de sufrir en el resto de su vida cada una de las tres grandes fracturas osteoporóticas (cadera, columna, muñeca) es de un 15%, y el de sufrir cualquier fractura osteoporótica, del 40-50%. Las cifras que se calculan para el varón son aproximadamente un tercio de las anteriores”¹⁸.

Para estudiar la etiología de la osteoporosis del varón es útil distinguir dos formas: la osteoporosis determinante de una fractura vertebral (o “síndrome de aplastamiento vertebral”), y la osteoporosis determinante de una fractura periférica (y más en concreto, de fractura de la cadera). En último lugar, cabe distinguir la osteoporosis asintomática.

¹⁸ IDEM, Riancho Moral, José A. González Macías, Jesús pp. 247

Cuando se habla de la mujer que ya ha pasado la menopausia la mayoría de las veces se debe a la propia menopausia (“osteoporosis pos menopáusica”) y sólo en un 25-30% de los casos lo hace a otras razones (“osteoporosis secundaria”). En el varón, por definición, no existe osteoporosis postmenopáusica, y las formas “secundarias” vienen a constituir la causa del síndrome de aplastamiento vertebral osteoporótico en algo más del 50% de los casos. El resto de las formas masculinas de este síndrome constituyen la denominada “forma idiopática” (ésta, por definición, no se considera en las mujeres después de la menopausia, ya que, en ellas, cualquier osteoporosis sufrida en este momento de su vida y no atribuible a otro factor se califica de postmenopáusica). Desde un punto de vista práctico, es importante tener en cuenta que, entre las causas de osteoporosis secundarias del varón se resaltan tres: el alcoholismo, el tratamiento esteroideo y el hipogonadismo.

Razones de la diferente incidencia de osteoporosis en ambos sexos son varias, y pueden sistematizarse en dos grandes grupos

Diferencias cuantitativas:

Al momento que finaliza el desarrollo, el varón posee una masa ósea mayor (un 24-30%) que el de la mujer. Se debe puntualizar que esta mayor masa ósea, cuando se divide por el mayor volumen del esqueleto masculino, proporciona una densidad similar, en todo caso al ser mayor el tamaño del esqueleto del varón, su resistencia también es mayor, y la otra razón de que existan diferencias en ambos sexos es la de que el hombre no experimenta un

fenómeno equivalente al de la menopausia que, por el sinnúmero de depleción hormonal que supone, determina una pérdida ósea acelerada en la mujer.

Diferencias cualitativas:

Estas diferencias tienen que ver con las distintas remodelaciones y la modelaciones óseas entre ambos sexos. La osteoporosis postmenopáusica es una osteoporosis de alto recambio, mientras que la osteoporosis del varón, en su forma idiopática, no lo es. La existencia de un aumento de recambio óseo significa la presencia de un mayor número de unidades de remodelación ósea, lo que tiene dos tipos de consecuencias.

En primer lugar, ya que cada unidad constituye un espacio carente de hueso, y, por tanto, un lugar de menor resistencia, el incremento de su número disminuye la resistencia de las estructuras óseas en que asientan.

En segundo lugar, ya que cada unidad conduce a pérdida de masa ósea una vez que se encuentra en balance negativo (lo que ocurre a partir de, aproximadamente, los 40 años), la presencia de un número excesivo de ellas, actuando continuamente, determina una acumulación de pérdida de masa ósea, que se traduce en la perforación y desaparición de las trabéculas. En definitiva, en la mujer se produce una desconexión trabecular, con presencia en las trabéculas conservadas de lugares de menor resistencia. En la osteoporosis idiopática del varón, dado que el recambio óseo es menor, simplemente se produce un adelgazamiento de las trabéculas, sin desconexión de las mismas, y

el número de lugares de menor resistencia debidos a las unidades de remodelación también es menor.

1.1.2.3.3. Factores de riesgo

Un factor de riesgo de osteoporosis puede definirse como aquella variable, estado o condición asociado con un mayor riesgo de padecer la enfermedad, y sobre todo una de sus consecuencias determinantes: la fractura.

La probabilidad individual de padecer una fractura osteoporótica está condicionada por múltiples factores. De hecho, cada localización específica de fractura tiene un perfil de factores de riesgo determinado. Generalmente no actúan de forma aislada, sino que es la combinación de varios de ellos lo que aumenta significativamente el riesgo de fractura y puede ser útil para seleccionar a individuos a los que realizar una densitometría ósea e incluso para decidir el inicio del tratamiento farmacológico. Por su interés en la práctica diaria, comentaremos alguno de ellos con mayor detenimiento, agrupándolos en dos categorías: factores que originan un aumento de la fragilidad ósea y aquellos relacionados con las caídas.

1. Edad y sexo: El principal marcador de riesgo para la fractura de cadera es la edad, siendo el riesgo un 50% mayor en la mujer que en el varón.

En los distintos estudios existe discordancia en atribuir a la edad un determinado riesgo relativo (RR) de osteoporosis y fractura. "En el estudio SOF se pudo comprobar que por cada 10 años de incremento en la edad, el riesgo de fractura de cadera aumenta 2,9 veces. En una revisión reciente (Kanis, 2002) se

establece que la probabilidad a 10 años de cualquier fractura osteoporótica (antebrazo, húmero, vertebral o de cadera) aumenta 8 veces en las mujeres y 5 veces en los varones al pasar de los 45 a los 85 años¹⁹. El riesgo de fractura de cadera aumenta 13 veces entre los 60 y los 80 años, mientras que la DMO (Densidad mineral ósea) desciende sólo lo suficiente como para ser responsable del incremento en el riesgo de fractura al cuádruplo.

La mujer es el grupo poblacional más susceptible de padecer osteoporosis, principalmente en los años cercanos y posteriores a la menopausia. La prevalencia es de 15-20:1 respecto al hombre. A partir de los 50 años la tasa de incidencia de fractura de cadera es mayor en la mujer que en el varón en una relación 3:1.

2. Factores de riesgo de caídas: Los datos sobre este tipo de factores proceden en su mayoría de estudios prospectivos como el EPIDOS, el cual confirmó la importancia de alguno de ellos, como los defectos visuales y las alteraciones neuromusculares, en el riesgo de caídas. Estos factores se asocian principalmente con la fractura de cadera y se han descrito entre otros los siguientes:

- Inestabilidad o alteración del equilibrio en la exploración física
- IMC bajo (<19 kg/m²)
- Antecedente de caída reciente (en el último año): una caída lateral incrementa

¹⁹ IDEM, Riancho Moral, José A. González Macías, Jesús pp. 133

6 veces el riesgo de fractura de cadera en relación con una caída en otra dirección

- Deterioro cognitivo o demencia
- Uso de sedantes
- Defectos visuales
- Alteraciones neuromusculares: la incapacidad para levantarse de una silla sin ayuda, para estar de pie al menos durante 4 horas al día, o para dar paseos se asocian con un incremento del riesgo.
- Enfermedades o condiciones asociadas con riesgo de caídas: enfermedad de Parkinson, alcoholismo y vértigo, entre otros.

3. Aplicación de los factores de riesgo a la práctica clínica: Al igual que en el caso de las enfermedades cardiovasculares, en la valoración del riesgo de fractura osteoporótica se postula una aproximación basada en la consideración de varios factores de riesgo. Se ha señalado que la probabilidad de fractura a 10 años puede ser el índice más útil para valorar el riesgo de esta complicación de la osteoporosis. Las tablas más empleadas valoran esta probabilidad en función de la edad y la DMO. También se han desarrollado varias escalas pronósticas. Su limitación más importante es la falta de validación y generalización. Se ha sugerido que cinco factores históricos son los de mayor importancia en la mujer posmenopáusica blanca. Se han elegido porque son relativamente comunes y fáciles de identificar en la práctica clínica y algunos autores han propuesto su uso para decidir a quién y cuándo se debe evaluar la DMO. Estos cinco factores

son la edad, el antecedente de fractura a partir de los 40 años, el antecedente de fractura en un familiar de primer grado, el hábito tabáquico activo y un peso corporal < 57,6 kg. En general, estas escalas tienen una sensibilidad aceptable, pero especificidad y valor predictivo positivo bajos.

4. Variables antropométricas: El peso corporal es un importante factor de riesgo de osteoporosis. Varios estudios han señalado que un peso menor o igual a 57 kg se asocia a un mayor riesgo de fractura, especialmente de cadera. Una talla baja también se ha implicado como factor de riesgo de fractura osteoporótica, así como un IMC menor de 19 kg/m². Por otro lado, las mujeres con un menor contenido de grasa corporal presentan una menor DMO.

5. Densidad mineral ósea: La DMO es la variable aislada que mejor predice el riesgo de fractura osteoporótica en la mujer posmenopáusica. El riesgo de fractura aumenta aproximadamente al doble por cada desviación estándar de disminución de la DMO medida por DEXA. Este riesgo varía en función de la técnica empleada, de la localización y del tipo de fractura. En el caso de la fractura vertebral, el riesgo aumenta 1,8 veces por cada desviación estándar de disminución de la DMO en el cuello femoral.

6. Fracturas Osteoporótica previa: la presencia de las múltiples fracturas previas incrementa aún más el riesgo de fracturas subsiguientes independientemente del valor de DMO, el riesgo de fractura osteoporótica es 12 veces mayor en presencia de dos o más fracturas vertebrales previas. Por tanto, la radiografía vertebral combinada con la determinación de la DMO permite establecer un

patrón de riesgo de fractura mejor que el conseguido con cada técnica por separado. Por ejemplo, una mujer osteoporótica de 50 años tiene el triple de riesgo de fractura de cadera que la población general de su edad. Sin embargo, si además tiene una fractura previa, su riesgo es 5 veces mayor.

7. Antecedente familiar de fractura: Este factor se ha relacionado principalmente con la fractura de cadera. Dado que la influencia genética sobre el riesgo de osteoporosis es multifactorial, no sólo debe considerarse el antecedente de fractura de cadera en familiares de sexo femenino (madre y abuela), sino también en familiares varones de primero y segundo grados.

8. Índices bioquímicos y riesgo de fractura: Aisladamente, la utilidad de los marcadores bioquímicos de remodelado en la predicción de la pérdida de masa ósea es escasa. Sin embargo, dado que el aumento del recambio, con independencia de su efecto sobre la masa ósea, es por sí mismo un factor de riesgo de fractura, algunos estudios recientes sugieren que una aproximación combinada con DMO y marcadores de recambio (especialmente el CTX en orina) predice mejor el riesgo de fractura en la mujer posmenopáusica que la simple medición de la DMO. Sin embargo esta sigue siendo una cuestión controvertida.

1.1.2.3.4. Consecuencias Psicosociales de la Osteoporosis

La Osteoporosis y su variedad más frecuente, como lo es la osteoporosis posmenopáusica, forman parte de un verdadero problema social, económico y para la salud pública. La salud representa una de las preocupaciones más

relevantes de las sociedades en general. Las fracturas ocasionadas por presencia de osteoporosis representan un problema de la salud en gran magnitud a nivel asistencial, económico y sanitario. Cuando existen programas de prevención se presentan mejoras en la calidad y expectativa de vida. Así como lo antes mencionado las afecciones psicológicas son las que afectan de forma más directa a la persona que padece osteoporosis. Algunos estudios demuestran que las personas que padecen osteoporosis están propensas a padecer una masa ósea baja.

“Un estudio descubrió que entre las mujeres que no han llegado a la menopausia, las que padecen depresión leve tienen menos masa ósea que las que no la padecen.

Aunque la osteoporosis afecta a más mujeres que a hombres, un estudio ha recomendado estudiar la osteoporosis en hombres mayores que padecen depresión. El mismo estudio sugirió estudiar la depresión en hombres mayores con osteoporosis, dado que esta enfermedad aumenta el riesgo de depresión.⁶

Si padece osteoporosis, puede necesitar hacer algunos cambios en su estilo de vida, y estos cambios pueden aumentar su riesgo de padecer depresión. Por ejemplo:

- Para evitar caídas que podrían hacer que los huesos ya frágiles se fracturen, y tal vez no pueda participar en algunas actividades que alguna vez disfrutaba.

- Los huesos debilitados pueden hacer que sea más difícil realizar las tareas diarias, y podría perder algo de su independencia.
- Puede sentirse nervioso al ir a lugares muy concurridos, como centros comerciales o cines, por temor a caerse y quebrarse un hueso²⁰.

²⁰ Instituto Nacional de la Salud Mental, "Depresión y la Osteoporosis" pp. 4

CAPÍTULO II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

2.1.1. Técnica de muestreo

La investigación se llevó a cabo en el CAMIP 3 Zunil, ubicado en la 13 Avenida 1-54, Colonia Monte Real, zona 4 de Mixco, la población adulta mayor presenta las siguientes características disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental. La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos; el muestreo que se utilizó es el intencional o de conveniencia este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionalmente los individuos de la población. Se realizó el análisis de 6 casos de adultos mayores con Osteoporosis.

2.1.2 Técnicas de Recolección de Datos

2.1.2.1. Entrevista estructurada:

Esta técnica posee parámetros que sirvieron como guía para recabar información, esta entrevista fue dirigida a pacientes con un enfoque actitudinal del adulto mayor y las relaciones interpersonales dentro de su familia.

2.1.2.2. Observación:

Es una metodología cualitativa de recopilación de datos observables como son los gestos, el espacio, las frases o exclamaciones, las cifras, el tiempo, etc. Esta metodología se basó en el seguimiento atento del comportamiento de la población, sin voluntad de cambiarlo siguiendo un procedimiento adecuado. La observación permitió enriquecer considerablemente el análisis y la interpretación del discurso.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Test del Dibujo de la Familia

Es una herramienta insustituible y de base que sirvió para explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien se le administró esta técnica. Es un test gráfico, por lo tanto proyectivo, donde el examinado proyecta su subjetividad incluido en el contexto de la familia, donde aparecen sus fantasías, deseos y temores en relación a la dinámica vincular. Además su propia ubicación y la imaginación de los otros lugares.

2.2.2. Test de la Figura Humana de Karen Machover

A través del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámico como nosológico. El valor diagnóstico del lenguaje gráfico estaría referido a que éste se constituye como una expresión menos controlada del mundo interno, lo que permitió una aproximación significativa a contenidos inconscientes y más regresivos, y consecuentemente a los aspectos patológicos presentes en el sujeto evaluado. Entre las ventajas de su utilización, puede mencionarse además lo sencillo, económico y factible de su aplicación. Lo que facilita el diagnóstico de

sujetos con bajo nivel de escolaridad o con dificultades para expresarse oralmente.

2.2.3. Genograma

Es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información de los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información en forma gráfica de manera que proporciona un rápido gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

CAPÍTULO III

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la población

3.1.1. Características del lugar

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), como parte de su compromiso con la población protegida del adulto mayor, inauguró en el mes de noviembre 2011 el nuevo Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, denominado CAMIP 3 “ZUNIL”, ubicado en la zona 4 de Mixco.

Esto como parte de la mejora permanente de los servicios del IGSS, al entrar en funcionamiento del nuevo CAMIP 3 “Zunil” que contribuirá a descongestionar CAMIP Pamplona y CAMIP 2 Barranquilla, ya que brindará sus servicios a casi 15 mil pensionados y jubilados de cinco zonas del municipio de Mixco y de las zonas 7 y 19 de la ciudad capital.

El CAMIP 3 “Zunil”, cuenta con 19 clínicas de atención médica, con lo que brindará aproximadamente 23,100 consultas al año. Las clínicas médicas cuentan con equipo médico de reciente tecnología para asegurar una excelente atención a la población pensionada y jubilada. Las nuevas instalaciones fueron diseñadas para que la atención se preste con orden y prontitud, además de reunir una serie de condiciones como lo son la ventilación e iluminación, esto con el objetivo de brindar una estadía cómoda y satisfactoria en estas nuevas instalaciones.

3.1.2. Características de la población

La población investigada es residente de las cinco zonas del municipio de Mixco y de las zonas 7 y 19 de la ciudad capital, CAMIP 3 “Zunil”, 6 mujeres en edades

comprendidas de los 50 a los 89 años de sexo femenino, la mayoría sufren de enfermedades como osteoporosis y artritis, las cuales son padecimientos que llevan control médico para impedir la inmovilización. Son personas jubiladas y pensionadas, algunas tienen como ocupación el colaborar con sus familias en el quehacer diario, su actividad motora es normal y algunas tienen dificultad para caminar apoyándose con bastón, sus rostros son expresivos, hay expresión corporal para hablar, se observa buena cooperación, el contenido de sus pensamientos es depresivo con sensación de soledad, muestran deterioro físico y notable cansancio, tanto por el proceso de su enfermedad como por la edad avanzada. Manifiestan sentirse muy enfermas y sufren sentimientos de minusvalía.

Tabla No.1

Género de los pacientes estudiados con Osteoporosis en CAMIP 3 ZUNIL durante el mes de enero del año 2013

Paciente	Género	Porcentaje
1	Femenino	16.6%
2	Femenino	16.6%
3	Femenino	16.6%
4	Femenino	16.6%
5	Femenino	16.6%
6	Femenino	16.6%
TOTAL		100%

Tabla No.2

**Edad de los pacientes estudiados con Osteoporosis en CAMIP 3 ZUNIL
durante el mes de enero del año 2013**

Rango de edad	Frecuencia
50-60	1
61-70	0
71-80	1
81-90	4
TOTAL	6

3.2. Presentación de casos

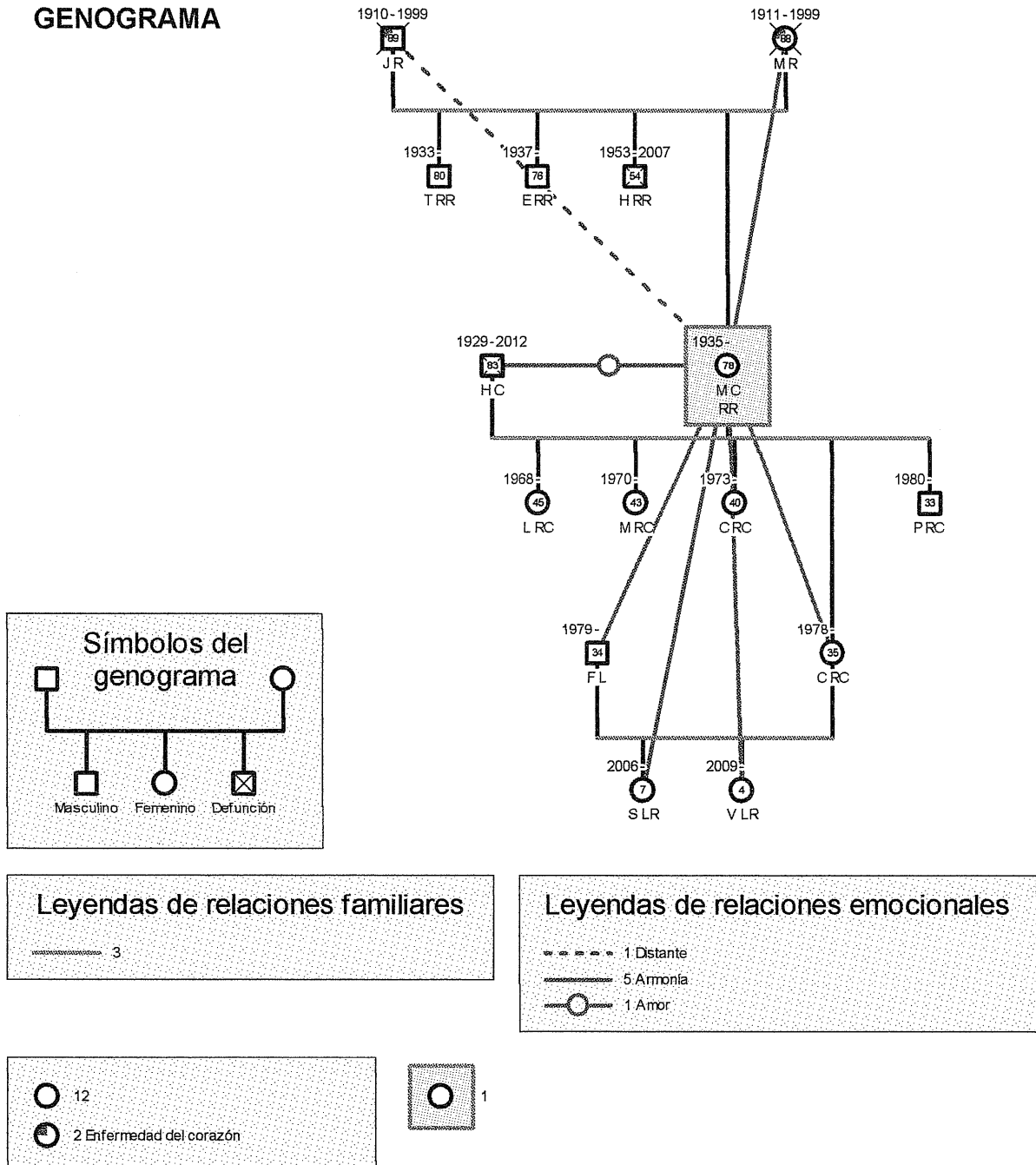
CASO 1

Paciente de sexo femenino, de 77 años de edad, viuda, originaria de Guatemala y trabajó en un Laboratorio.

Durante su infancia su familia estaba formada por su madre, padre y tres hermanos. Su soporte económico era su padre que trabajaba en la Aduana y su soporte emocional era su madre que no trabajaba porque se dedicaba al hogar. Se identificaba con su padre porque la chineaba mucho. Actualmente su núcleo familiar lo forman sus cuatro hijas e hijo. Su soporte económico actualmente es el IGSS, sus hijas e hijo son su soporte emocional y la Iglesia es su soporte social. Se identifica con su cuarta hija por el físico y el carácter. Ninguno en su familia ha padecido Osteoporosis pero a ella se le fue diagnosticada a finales del 2011. La relación actual familiar es buena a excepción de una nuera porque no hay comunicación y aceptación. Ha tenido una relación especial con una amiga porque le ofreció apoyo cuando su esposo estaba enfermo. Antes de padecer Osteoporosis, mataron a su nieto por un disparo en la cabeza eso

sucedió un 8 de noviembre del 2011 y esto le provocó un impacto emocional. Su residencia es en Tikal I, zona 7 allí vive desde el año 1970.

GENOGRAMA

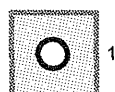
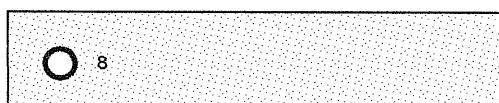
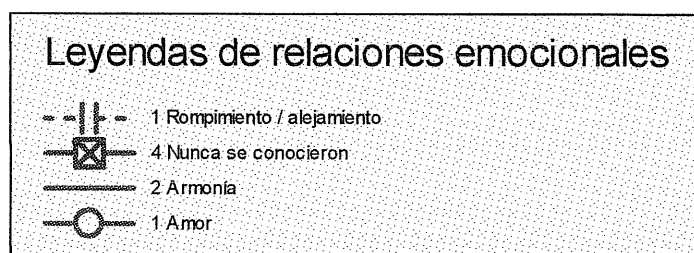
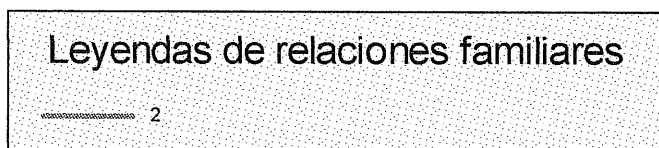
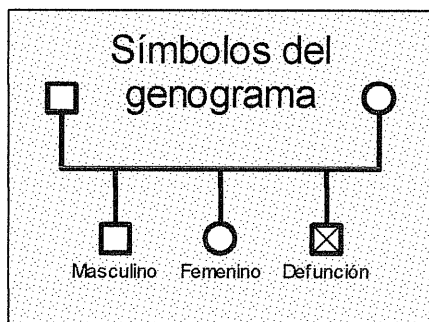
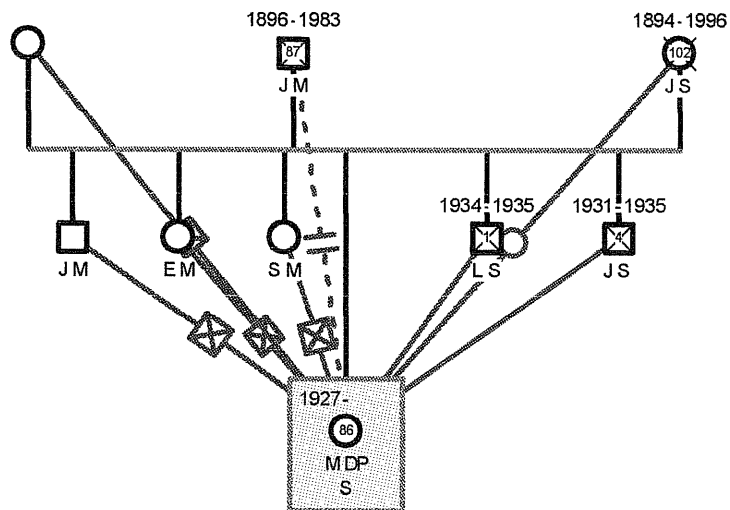


CASO 2

Paciente de sexo femenino, de 85 años de edad, soltera, originaria de Guatemala y trabajó en Camisas Arrow.

Durante su infancia su familia estaba formada por su madre y dos hermanos que fallecieron a las edades de 1 y 4 años respectivamente a causa de Neumonía. Su soporte económico era su madre que trabajaba y su soporte emocional era su madre porque le brindaba cariño. Su padre vivía en el extranjero porque engaño a su madre y allá tenía otra familia. Se identificaba con su padre porque se parecían en el físico. Actualmente no tiene núcleo familiar, vive sola, no tiene familia materna porque ya todos fallecieron y de la familia de su padre no tiene información. Su soporte económico actualmente es el IGSS y su soporte social y emocional es una vecina que le brinda apoyo y cuida de ella. No se identifica con nadie porque vive sola. No tiene antecedentes de que en su familia han padecido Osteoporosis pero a ella se le fue diagnosticada hace 6 años y la presenta en los brazos. Ha tenido una relación especial con una compañera de trabajo y dejaron de hablarse porque perdieron la comunicación. Antes de padecer Osteoporosis falleció su madre y esto le provoco un impacto emocional. Al perder un anillo de oro que era de su madre y el cambio de domicilio porque antes vivía en la zona 5 estas dos situaciones le causaron un impacto emocional porque el anillo le recordaba a su madre y su residencia en la zona 5 le recordaba su infancia porque allí creció y tenía sus amistades.

GENOGRAMA

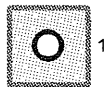
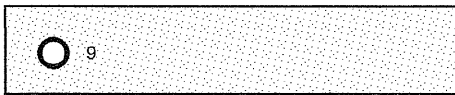
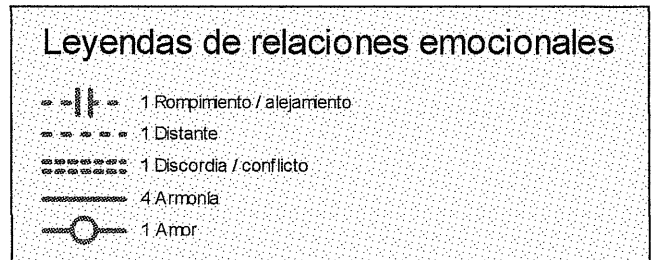
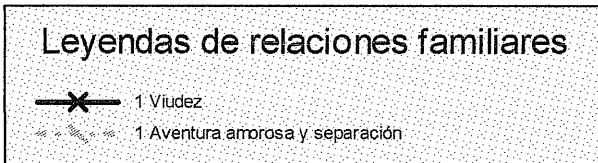
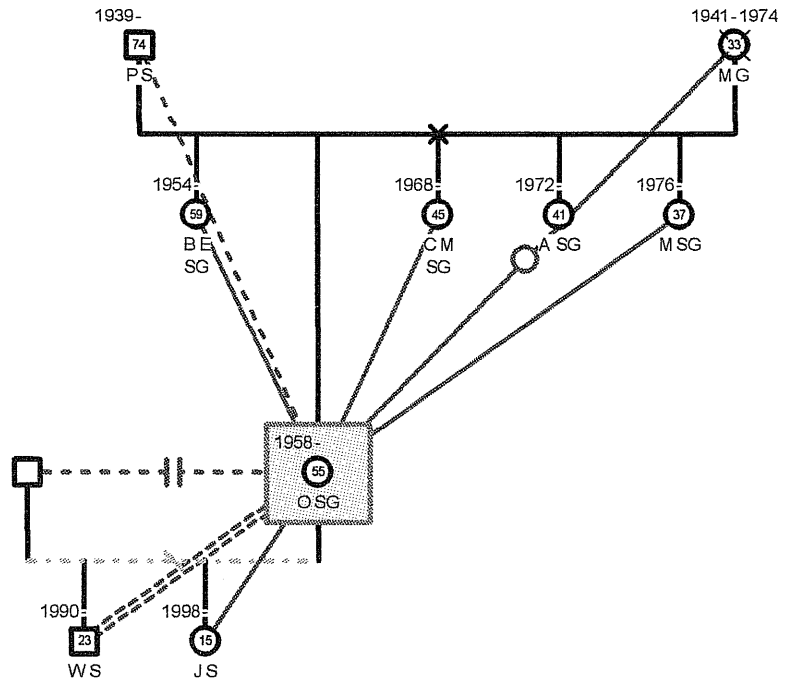
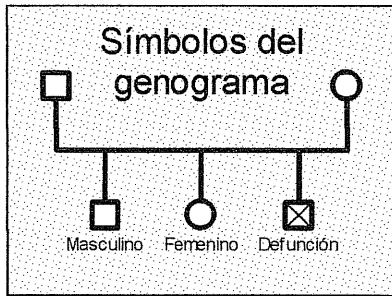


CASO 3

Paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, soltera, originaria de Santa Rosa, Guatemala y trabajó en una fábrica.

Durante su infancia su familia estaba formada por su padre, madre y cuatro hermanas. Su soporte económico era su padre que se dedicaba a la agricultura y su soporte emocional y social era su madre porque pasaba más tiempo con ella. Se identificaba con su padre en el aspecto físico y a su madre en la personalidad. Actualmente su núcleo familiar lo forman su hijo de 23 años, su hija de 15 años y un sobrino de 11 años. Su soporte económico actualmente es el IGSS y su soporte social y emocional son sus hijos porque la apoyan. No se identifica con nadie. En su familia dos tías maternas han padecido de Artritis y Osteoporosis, la relación con sus tías era de armonía porque eran buenas personas y la ayudaron a sostener a su familia. Su relación actual familiar es buena porque sus hermanas la apoyan y están pendiente de ella, con su padre no ha tenido relación desde que falleció su madre. Ha tenido una relación especial con una amiga que vive en Guajitos que la apoyaba mucho pero por falta de dinero ya no se ven. Antes de padecer Osteoporosis falleció su madre y esto le provocó un impacto emocional porque lloró mucho y actualmente le da tristeza. Cuando se cambiaron de domicilio con su familia mejoró la situación económica porque la casa anterior era alquilada.

GENOGRAMA

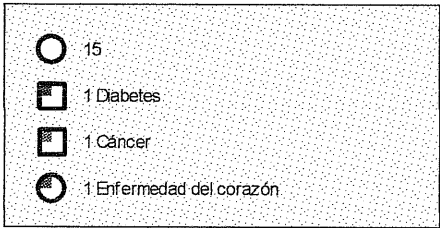
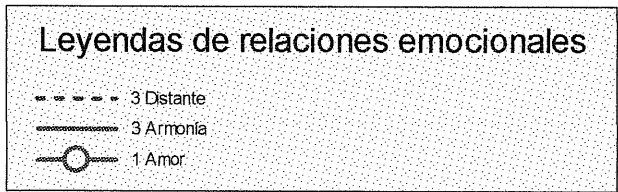
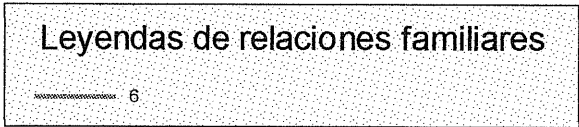
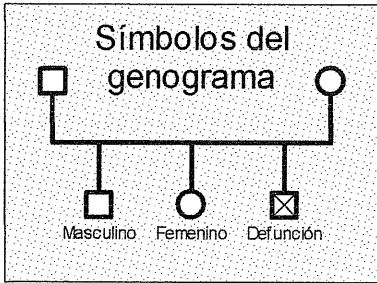
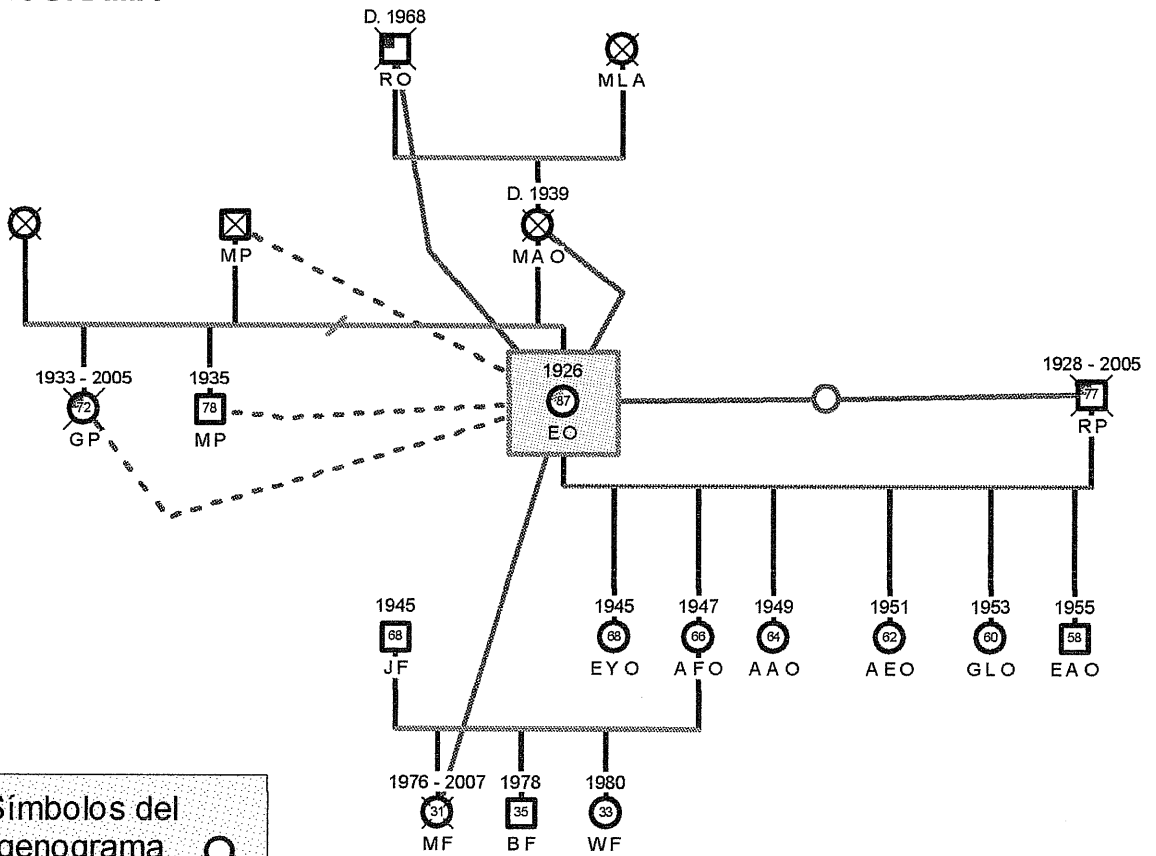


CASO 4

Paciente de sexo femenino, de 87 años de edad, viuda, originaria de Quiché.

El núcleo familiar en la infancia estaba conformado por su abuelo, su abuela y su madre. La relación con su padre fue bastante distante, vivió un tiempo con su padre al morir su madre; cuando ella falleció la paciente tenía 13 años. Comenta que el tiempo que vivió con su padre fue muy triste para ella pues constantemente “deseaba regresar”. Su figura paterna fue realmente su abuelo con quien tenía una relación muy estrecha, lo recuerda como un hombre muy cariñoso que siempre estaba pendiente de ella. El era su soporte económico y social, su muerte la afectó mucho, murió de complicaciones de la diabetes. Se casó y tuvo seis hijos, cinco mujeres y un hombre. Manifiesta que fue un matrimonio muy unido, él falleció de complicaciones por la vejez. Comenta que la muerte de su primera nieta (2007) le dolió mucho, manifiesta reactividad emocional cuando recuerda su muerte, la describe como una persona que era muy cariñosa con ella y que siempre estaba pendiente que no le faltara nada, tenían una relación muy estrecha. Actualmente vive con su hija mayor, que no se ha casado. Ella es su soporte económico y social y con la que actualmente se identifica.

GENOGRAMA

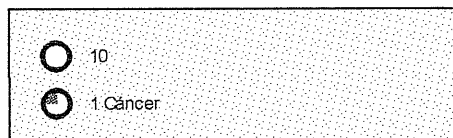
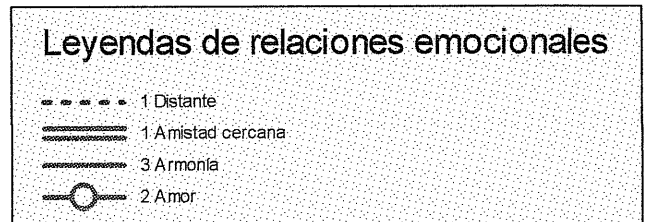
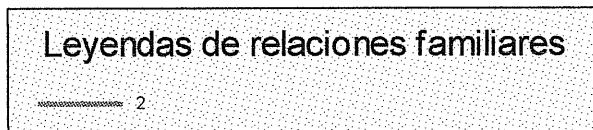
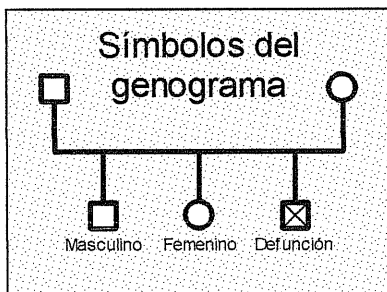
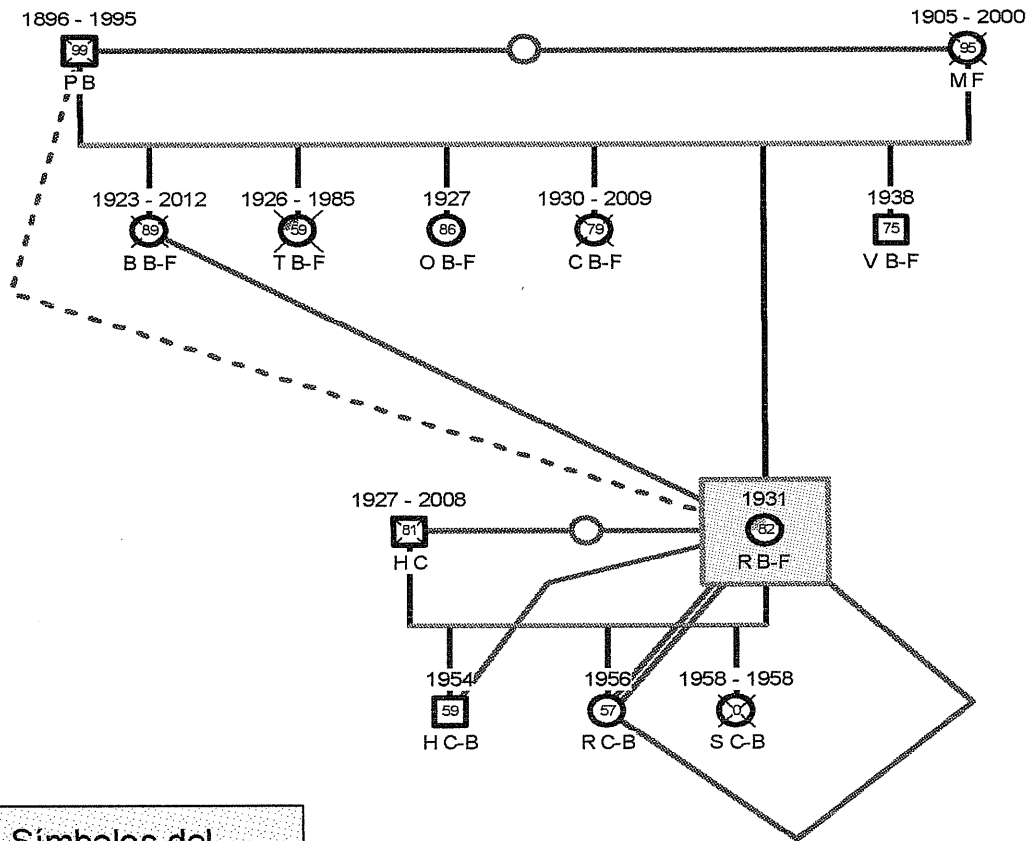


CASO 5

Paciente de sexo femenino de 82 años de edad, viuda, originaria de Guatemala, maestra de profesión.

Su núcleo familiar en la infancia estaba conformado por su papá, su mamá y cinco hermanos (tres mujeres y un hombre). Su padre era enfermero y era él en ese entonces su soporte económico. Recuerda una familia unida y con mucho respeto entre sus integrantes. Hace referencia a una infancia feliz. Durante su infancia se identificaba más con su hermana mayor (Bertila), quien también padeció de osteoporosis y fallece en el año 2012. Se recuerda una niña llorona y comenta haber manifestado mucho miedo a la gente edad avanzada, cuando estaba embarazada ese sentimiento se transformó en repugnancia, relata que sentía náuseas cuando veía a personas mayores. Se casó cuando tenía 22 años y tuvo dos hijos, un hombre y una mujer, tuvo una niña que murió en el parto porque tuvo complicaciones de desprendimiento prematuro de la placenta. Comenta que fue un matrimonio feliz y que sus hijos eran su prioridad. Su esposo falleció en un accidente en el 2008. Actualmente vive sola y su hijo es quien la visita más pero su hija es quien la ayuda más económicamente. Le diagnosticaron osteoporosis en el año 1996.

GENOGRAMA

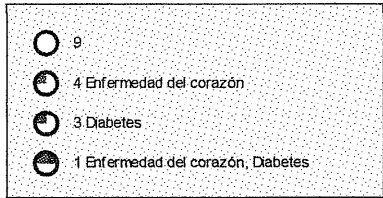
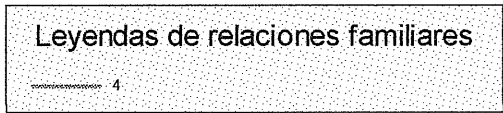
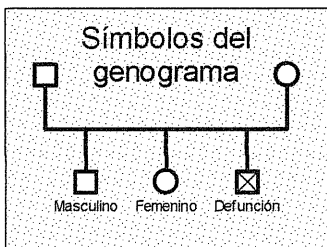
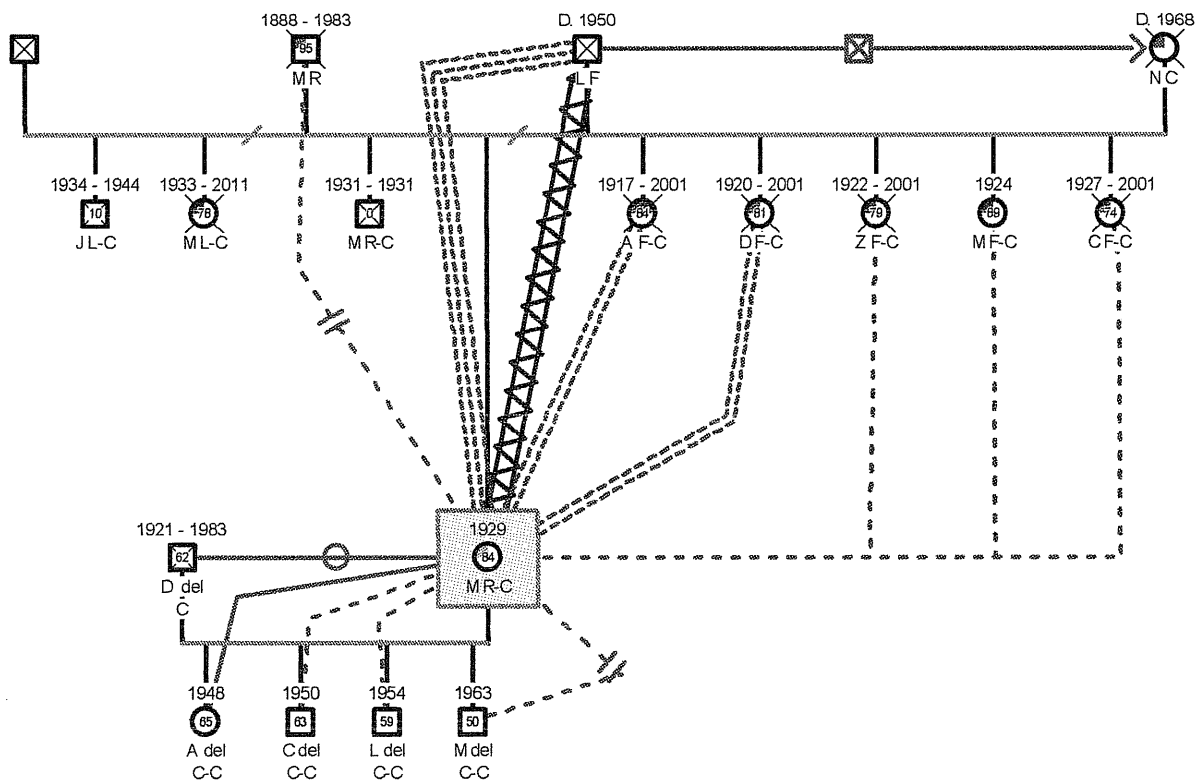


CASO 6

Paciente de sexo femenino, de 83 años de edad, viuda, originaria de Guatemala.

Durante su infancia su familia estuvo formada por su padrastro, madre y hermanos. Tuvo conflicto desde pequeña con su padrastro por ser hija de otro persona, la cual la registro como hija propia sin consultar con su madre; esto hizo que no lograra identificarse con su nombre. A los 12 años sufrió de abuso sexual por parte de su padrastro. Sus hermanas mayores siempre la hicieron sentir mal por llevar un apellido que no les correspondía, lo cual siempre ha hizo sentir mal. Su relación con su verdadero padre fue muy distante. Se caso a los 18 años y tuvo una menopausia prematura (a los 27 años). Su matrimonio fue muy bueno y lleno de amor, procrearon cuatro hijos, una mujer y tres varones. Su esposo falleció en 1983 por complicaciones renales y fue un hecho que le afecto mucho. Actualmente vive con su hija y un nieto. Su hija es su actual soporte económico, social y psicológico. Se identifica más con su tercer hijo, comenta que con el convivio mas de pequeño porque fue ella quien cuidó de el directamente. El año 2001 fue muy difícil para ella pues murieron tres de sus hermanas. Refiere que nadie ha padecido de osteoporosis en su familia, pero sí de enfermedades como diabetes y venas varicosas. Comenta que su relación actual familiar es buena, pero un poco distante porque viven lejos y no se visitan con frecuencia. Le diagnosticaron osteoporosis en el año 1988.

GENOGRAMA



3.3. Análisis Cualitativo

Las personas estudiadas evidencian que en su infancia sufrieron problemas dentro de su dinámica familiar, el principal problema fue la pérdida del padre por ausencia física y/o emocional, lo cual les provocó sensación de desprotección, inseguridad, minusvalía, necesidad de vínculos fuertes y seguros posteriores. Algunas de las personas estudiadas no tuvieron por la anterior razón, una familia integrada. Actualmente mantienen una necesidad creciente de apoyo por lo que la mayoría de las pacientes indican que sus hijos (as) constituyen los principales soportes económicos, sociales y emocionales, es decir, que para ellas la ayuda prestada por su familia es muy importante. La mayoría de las personas en estudio se identifican más con la madre ya que la cercanía con ella fue mayor, mientras que el padre desempeñó el papel de proveedor para el hogar y en algunos casos fue nula su presencia. Además se evidencia que la mayoría no tuvo una buena relación con el padre, ya que ellos se alejaron durante la niñez, a veces imprevistamente, lo cual hoy las hace dudar de su importancia e influencia, sin comprender cuánto los necesitaban sus hijas, esto debilitó su autoestima y la capacidad para tener relaciones sanas con otros hombres.

Las pacientes relataron haber tenido una relación distante a nivel afectivo, con su padre en la mayoría de los casos, así como un distanciamiento que provocó falta de protección y fortaleza interna; algunos de ellos sólo representaba el soporte económico y en otros no hubo ni siquiera relación física. Por lo que una y otra vez en los test y entrevistas vuelve a manifestarse el sentimiento de desprotección que vivieron en su infancia, así como de duelo en algunos de los casos por la pérdida del padre de manera simbólica.

En los casos donde se casaron o tuvieron pareja formal las pacientes, mencionan haber tenido una "buena" relación con sus parejas, pero no hacen

mayor referencia a la misma, por lo que el análisis descubre que la descripción de la relación se da por la necesidad afectiva y de protección aun a esta edad y debido a que no fue satisfecha la relación padre – hija por la figura paterna.

Al sufrir una segunda pérdida, la de su esposo, las pacientes atraviesan nuevamente por una etapa de duelo y desprotección, lo cual se evidencia por la ansiedad que manifiestan simbólicamente en los dibujos del Test de la Familia. En la relación con su pareja, algunas han compartido penas y alegrías durante muchos años, se han respetado y siguen amándolos a pesar de su muerte, recuerdan estos momentos con mayor plenitud y esperanza que aquellas que nunca fueron felices en su relación o no se casaron.

En la relación con sus hijos (as), surgen estados de ánimo negativo que las llenan de tristeza y de soledad y sufren de este problema por los sentimientos que implica su dedicación a la maternidad. La mayoría se identifica con un hijo (a) porque tienen las mismas actitudes y porque la sociedad actual tiende a rendir culto a la belleza y a la juventud, y es fácil que surja la inquietud de competir y de aferrarse con nostalgia a la juventud, pensando que cualquier tiempo pasado fue mejor que el actual. De esta forma, dejan de vivir el momento presente y aumenta la frustración, la ansiedad, la tristeza y la soledad, situaciones que progresivamente pueden causar problemas físicos, mentales y sociales. Las pacientes manifiestan un distanciamiento emocional con sus familiares (aun cuando la vinculación afectiva y de seguridad ha sido una conducta importantísima) dibujando sus figuras considerablemente lejanas unas de otras, lo que se interpreta como la distancia afectiva entre los miembros de la familia y la poca comunicación que existe. La relación actual de las pacientes con sus familias es “buena”, pero mencionaron que las actividades de cada hacen difícil que las relaciones sean estrechas, con lo cual las pacientes vuelven a sentirse desvinculadas afectivamente, manifestándose con episodios de depresión y ansiedad. Los niveles de ansiedad que manejan las pacientes se

muestran como una sensación de agobio y preocupación excesiva y evitan determinadas situaciones en donde ellas no tienen el control. La edad es un factor que influye en sus estados de ansiedad pues las preocupaciones por temas cotidianos se vuelven excesivas.

La angustia manifestada en los dibujos se refleja en su estructura somato-psíquicas, como primera instancia y a causa de las desvinculaciones y pérdidas de protección, evitan el dolor a través de la adaptación y la tolerancia de las nuevas situaciones. La desprotección vivida por las pacientes fue la experiencia sensorial displacentera que les provocó un sentimiento de indefensión, elemento presente en la angustia. La culpa es otro de los sentimientos que manifiestan las pacientes, lo cual pone en evidencia una debilidad de carácter, pues prefieren evadir la realidad considerándola como irreversible a la cual no pueden apelar por el cambio.

Los acontecimientos que les produjeron un impacto emocional, y a partir del cual se desarrolla la enfermedad, fueron la muerte de un ser querido (esposo, abuelo, nieto/a), las separaciones, la pérdida del trabajo, de la salud, el cambio de domicilio, la falta de comunicación con sus amistades han provocado un dolor emocional; es necesario resaltar que en la vejez la falta de interés, la incomunicación, la abulia y la desesperación en los momentos dolorosos de su vida llevan a un severo proceso de decadencia.

La desvalorización propia y los sentimientos de inferioridad que las pacientes presentan se presentan a partir de no haber tenido un entorno de protección, verdadero afecto y cuidado en el cual pudieran madurar y desarrollarse. Esto ocasionó el bloqueo la capacidad de sentir y pensar en libertad, las potencialidades se ven heridas y las causas estrictamente causas emocionales y su dinámica de desvalorización en las relaciones parentales. Ya

de adultos perciben sus sentimientos y necesidades de alguna manera invalidados sumergiéndose en una opresión psicológica la cual repercute el cuerpo de forma somática. La permanencia dentro de estas dinámicas disfuncionales de manera emocional puede ocasionar el deterioro de la estructura física de las pacientes, pues es a través de síntomas físicos que se expresa la pérdida de identidad así como de la valorización, lo cual se puede vincular simbólicamente en los dibujos del Test de la Figura Humana.

La unión de estos factores favorecieron al debilitamiento de la estructura del Yo, reflejándose así de manera psicosomática como una enfermedad de la estructura ósea. La desprotección, la angustia, la ansiedad y la desvalorización fueron los estados emocionales que propiciaron este proceso.

La osteoporosis en la vejez afecta a ambos sexos, aunque predomina en la mujer y en algunos casos el hecho de que un familiar directo (tías, hermana) sufra de osteoporosis equivale a tener entre un 60 y un 80% más de probabilidades de padecer la enfermedad más adelante. Es necesario resaltar que al analizar resultados se relacionó que la Osteoporosis está ligada a la relación del padre con la paciente porque es importante el potencial de relación y ayuda con este ya que conscientemente hay una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad, pero si no tuvieron una buena relación le provoca ansiedad y a la vez tiende a generar baja autoestima, determinando una cadena compleja de hechos psicológicos que da como resultado, el odio y el desprecio hacia sí misma y para hacerle frente a la ansiedad, la persona se refugia en el mundo de la imaginación en donde crea una imagen idealizada del padre que al momento de buscar pareja se basan en esa imagen, buscando la sensación de fuerza y de confianza. También se relacionó que las pérdidas afectivas significativas antes de padecer Osteoporosis han provocado un impacto emocional; se tratan de situaciones vividas que desencadenan estados

depresivos, como la pérdida de un ser querido, desilusiones afectivas, conflictos interpersonales, marginación, aislamiento, no aceptación de la jubilación o problemas económicos. El origen de la mayor parte del impacto emocional en las pacientes hay que buscarlo en una situación de pérdida, por lo cual no hay situación más dolorosa en la vida que la pérdida de un ser querido, y, en la vejez, estas pérdidas pueden suponer un desmoronamiento de la persona, dada su fragilidad. Cuando se habla de duelo nos encontramos en presencia de una situación dolorosa cuya resolución es conflictiva. La razón de que unas personas sufran durante más tiempo que otras un duelo depende de factores como el apego que se le tenía al difunto, las circunstancias de la muerte, el tiempo que durado la enfermedad y las características personales. Las pacientes que padecen osteoporosis no pertenecen a un estrato social específico, por lo cual no se relaciona la enfermedad con la situación económica en la que se encuentran o a la que han pertenecido. A través del genograma que se realizó en cada caso, se encontraron algunos indicadores en cuanto a las relaciones familiares que las pacientes presentaban en común.

CAPÍTULO IV

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Las personas mayores tienden a realizar quejas somáticas más que afectivas, es decir, una persona anciana identifica su bajo estado de ánimo más con el dolor y la enfermedad que con una causa emocional.
- El adulto mayor ante la enfermedad, la pérdida de autonomía o ante la soledad, se apoya emocionalmente, socialmente y económicamente en sus hijos (as) y familiares.
- La persona que sufre de una desprotección al inicio de la vida determinara en gran medida las relaciones interpersonales futuras.
- La familia en el adulto mayor tiene un papel muy importante, sobre todo en el proporcionar sentimientos de arraigo, seguridad, utilidad, autoestima, confianza y ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más indicada para apoyo social.
- La desvinculación parental juega un papel fundamental en la valorización de un individuo así como de la formación de su personalidad.
- La osteoporosis no se ha estudiado a profundidad desde una perspectiva psicológica, aún cuando se reconoce que las enfermedades tienen una base psíquica.

4.2. Recomendaciones

- Profundizar el aspecto psicodinámico de la enfermedad de la Osteoporosis.
- Concientizar sobre la necesidad del fortalecimiento de las relaciones familiares, no solo para el mejoramiento social, sino también por las implicaciones psicológicas en las que intervienen, las cuales pueden tener una repercusión física.
- Brindar apoyo psicoterapéutico a las personas que presentan esta enfermedad en cualquiera de sus etapas, para mejorar su calidad psicológica y por lo tanto física.
- Realizar estudios que permitan encontrar con más claridad los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la osteoporosis.
- Promover en el estudiante de Psicología la búsqueda del conocimiento científico en forma autodidacta para complementar su formación profesional; además de la implementación informativa que recibe en la Escuela de Psicología.

BIBLIOGRAFIA

- Carver S. Charles, Teorías de la Personalidad, 3era Edición, México: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A., 1997, 632 pp.
- Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman, Psicología del desarrollo, Colombia: McGraw-Hill, Octava edición, 2001, 708 pp.
- Eleanor Limmer, El Lenguaje Físico de la Enfermedad, España: Ediciones Obelisco, 2004 270 pp.
- Feldman Robert S., Psicología con aplicaciones para Iberoamérica, Sexta edición, McGrawHill, México, 2006, 592 pp.
- Felipe Tirado Segura, Psicología educativa: Para afrontar los desafíos del siglo XXI, México: McGraw-Hill, 2010, 384 pp.
- Harrison, Principios de Medicina Interna, Décimo Sexta, Edición Editorial Perrado, 13425 pp.
- Lucena Cayuela, Núria. Induraín Pons, Jordi. (Ed al), Larousse de los mayores, Barcelona: Editorial Spes, 2002, 399 pp.
- McGoldri Monica, Gerson Randy. Genogramas en la evaluación familiar: Editorial Gedisa, 3ra. Edición, Barcelona 2000, pp.194
- Medrano Carmen, Montserrat Tremoleda e Isalt Carmen, Estar en forma, ejercicio físico, España: Edipresse, 2V, 1990

- Riancho Moral, José A, González Macías, Jesús Manual Práctico de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Mineral Editorial Jarpyo 2004, pp. 100
- Sadock, Benjamin J, Sadock, Virginia J. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica, Lippincott Williams y Williams, 5ta edición, pp. 226

ANEXOS

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

DIRIGIDA A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

Nombre: _____

Edad: _____ años. Sexo: _____ Originario de: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo estaba formada su familia durante su infancia?

2. ¿Quién/es eran su soporte económico, social y emocional durante su infancia?

3. ¿Con quién se identificaba más durante su infancia?

4. ¿Quién/es forman su actual núcleo familiar?

5. ¿Quién/es su actual soporte económico, social y emocional?

6. ¿Con quién se identifica actualmente?

7. ¿Quiénes de su familia han padecido Osteoporosis? _____

8. ¿Cómo fue la relación con esta persona? _____

9. ¿Cómo es su relación actual familiar? _____

10. Tiene o ha tenido alguna relación especial con alguien fuera de la familia (amigos/as) que este por perderla o la ha perdido por cambio de residencia, muerte o simplemente la relación afectiva no es la misma.

11. Mencione algún acontecimiento importante que le haya sucedido antes de padecer Osteoporosis y causado un impacto emocional.

12. Mencione alguna pérdida material que le haya causado un impacto emocional. _____

13. Ha cambiado de domicilio o de lugar de trabajo y esto le ha causado impacto emocional.

TEST DE LA FAMILIA DE JOSEP M. LLUÍS FONT
ENTREVISTA ESTRUCTURADA

CONSIGNA: "Esta familia que dibujo me la va a explicar"

1. ¿En qué lugar están? _____

1.1 ¿Qué están haciendo allí? _____

2. Nómbrame a todas las personas que dibujo, empezando por la primera que hizo: _____

3. ¿Quién de todos los de esa familia es el más bueno? ¿Por qué es el más bueno? _____

4. ¿Quién es el menos bueno? ¿Por qué es el menos bueno?

5. ¿Cuál de todos ellos es el más feliz? ¿Por qué es el más feliz?

6. ¿Quién es el menos feliz? ¿Por qué es el menos feliz?

7. Usted en ésta familia ¿A qué persona prefieres? ¿Por qué la prefiere?

8. El papá de esta familia propone un paseo, pero no todos pueden ir,
¿Quién se quedará en casa? ¿Por qué se quedará?

9. Uno de los integrantes (niños) se portó mal, ¿Quién será?, ¿Qué fue lo
que hizo?

10. ¿Qué castigo tendrá? ¿Por qué le pondrán ese castigo?

ENTREVISTA PARA LA APLICACIÓN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA

¿Qué está haciendo la figura?

¿Qué edad tiene?

¿Es casado (a)?

¿Tiene hijos?

¿Con quién vive?

¿En qué trabaja?

¿Qué ambiciones tiene?

¿Es elegante?

¿Es fuerte?

¿Es sano o enfermizo (a)?

¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo?

¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué?

¿Tiene preocupaciones? ¿Cuáles?

¿Está triste o feliz? ¿Por qué?

¿Qué es lo que más lo/la enoja?

¿Confía en las personas?

¿A quién le recuerda o se le parece la figura?

¿Quiere usted ser como él/ella?

GLOSARIO

- **Articulaciones:** es la unión entre dos o más huesos, un hueso y cartílago o un hueso y los dientes. La parte de la anatomía que se encarga del estudio de las articulaciones es la artrología.
- **Atención:** la atención es una cualidad de la percepción que funciona como una especie de filtro de los estímulos ambientales, evaluando cuáles son los más relevantes y dotándolos de prioridad para un procesamiento más profundo.
- **Autoestima:** Puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.
- **Calidad de vida:** es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social.
- **Dependencia:** estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayuda importante para realizar actividades básicas de la vida

diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

- **Diabetes:** La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).
- **Epidemiología:** La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.
- **Factor de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Jubilación:** es el nombre que recibe el acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, después de alcanzar una determinada edad máxima legal para trabajar o edad a partir de la cual se le permite abandonar la vida laboral y obtener una retribución por el resto de su vida.
- **Inteligencia:** es la capacidad de relacionar conocimientos que poseemos para resolver una determinada situación.

- **Memoria:** La memoria es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos, etc.).
- **Nutrición:** La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.
- **Osteoporosis:** es una enfermedad sistémica que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas. Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura.
- **Personalidad:** se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra, la personalidad está íntimamente relacionado con el temperamento y el carácter.
- **Pruebas proyectivas:** constituyen un instrumento clínico que con frecuencia pone de relieve datos relacionados con el modo en que el examinado ve, enfoca y maneja su mundo. Sus ansiedades e inseguridades, sus dolores y deseos, sus ficciones, sus necesidades, sus bienes y sus carencias determinarán los elementos de los dibujos que realice.

- **Rasgos:** es un modelo explicativo del comportamiento humano que supone la existencia de características estables en la estructura de la personalidad de los individuos. Desde este punto de vista, la personalidad está formada por una jerarquía de *rasgos* estables y consistentes que determinan, explican y, hasta cierto punto, permiten predecir el comportamiento individual, en la medida en que guían la forma en que cada individuo piensa e interpreta la realidad.
- **Seguridad:** Cotidianamente se puede referir a la seguridad como la ausencia de riesgo o también a la confianza en algo o alguien. Sin embargo, el término puede tomar diversos sentidos según el área o campo a la que haga referencia.
- **Sexualidad:** La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociados a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida.
- **Síndrome de Cushing:** Es un trastorno que ocurre cuando el cuerpo se expone a niveles altos de la hormona cortisol. También puede ocurrir si se toma demasiado cortisol u otras hormonas esteroides.
- **Sistema Nervioso:** es un conjunto de órganos constituidos por tejido nervioso que controla las funciones del organismo. Sus partes principales son el cerebro y la médula espinal, de las que salen y entran nervios que

se distribuyen por todo el cuerpo a través de los nervios craneales y los nervios raquídeos a lo largo de toda la columna vertebral.

- **Somatizar:** Transformar un conflicto psíquico en una enfermedad corporal.
- **Tejido:** es un conjunto de células similares que suelen tener un origen embrionario común y que funcionan en asociación para desarrollar actividades especializadas.
- **Yo:** Instancia del sistema funcional de la personalidad, conformado por el sistema de funciones conscientes e inconscientes.