

01962
3
202



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE
EN LA TERCERA EDAD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A ;
MARIA FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO G. M.
MAESTRO: FRANCISCO MORALES
MAESTRO: JORGE PEREZ
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DRA. LUISA J. ROSSI

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE

EN LA VEJEZ

INDICE

Resumen

Introducción

MARCO TEORICO

CAPITULO I ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA TERCERA EDAD

- 1.1 El envejecimiento 1-3
1.2 Aspectos Psicodinámicos en el Proceso de Envejecimiento 4-11

CAPITULO II PSICOPATOLOGIA EN LA VEJEZ

- 2.1 Trastornos en el estado de ánimo..... 13-19
2.2 Trastornos de la Personalidad 19-25
2.3 Los Procesos del Duelo 25-30

CAPITULO III EVALUACION MENTAL Y PSICOLOGICA DEL ANCIANO

- 3.1 Historia Clínica 31-34
3.2 El Examen del estado mental..... 34-35
3.3 Evaluación de las funciones del yo 35-38
3.4 La Autobiografía 38-42

CAPITULO IV LA PSICOTERAPIA EN LA TERCERA EDAD

- 4.1 Antecedentes 43-46
5.2 Justificación 46-49
5.3 La psicoterapia breve en la tercera edad..... 49-62
 -Consideraciones teóricas
 -Tratamiento
 -Metas de la psicoterapia
 -Indicaciones para la psicoterapia
 -La transferencia
 -Contratransferencia
 -Procedimientos

CAPITULO V METODO

Planteamiento del Problema.....	63-64
Hiótesis.....	65
Variables	65-66
Muestra.....	66
Escenario.....	67-68
Definición de Términos	68-70
Descripción de Instrumentos.....	70-79

CAPITULO VI RESULTADOS	80- 110
-------------------------------------	----------------

CAPITULO VII DISCUSION Y CONCLUSIONES	111-120
--	----------------

BIBLIOGRAFIA.....	121-124
--------------------------	----------------

BIBLIOGRAFIA

APENDICE

RESUMEN

El presente trabajo surgió de la necesidad de encontrar opciones de intervención psicológica para personas de la tercera edad con dificultades de adaptación manifiestas en diferentes síntomas psíquicos, que limitan su relación familiar y social y son fuente de sufrimiento emocional.

Específicamente para esta investigación se procuró a través de la utilización de las técnicas de la psicoterapia breve, reducir síntomas y promover que el anciano se integre a un Centro de la Tercera Edad.

Se empleó un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones de los síntomas psíquicos en la misma persona, antes y después de la variable independiente (técnicas de la psicoterapia breve propuestas por Bellak y Small 1970, que se aplicaron en forma individual).

De los sujetos que voluntariamente solicitaron atención psicológica, se seleccionaron 15 que reunían las características indicadas para este tipo de intervención. Con base a las técnicas empleadas en la evaluación inicial (entrevista clínica, examen mental, evaluación de la función del yo), se identificaron los síntomas y se estableció el foco de la psicoterapia.

Después de 7 sesiones, se identificaron los síntomas que en ese momento presentaba la persona y se compararon con los del inicio del tratamiento. Posteriormente se aplicó tanto a los sujetos en tratamiento como a los otros ancianos funcionales la subescala de fuerza del yo de Barron (MMPI 2); que constituyó una medida para valorar si la fuerza yoica es un factor que puede asociarse con el éxito en la psicoterapia, y si esto, también es un factor que favorece la adaptación social del anciano.

Seis meses después de la intervención, a las 3 personas encargadas de asistir diariamente a los ancianos se les aplicó un cuestionario para evaluar la asistencia, participación y conductas en relación a la salud mental de los sujetos de la

muestra, lo que fue tomado como una medida de adaptación psicológica de las personas que estuvieron bajo tratamiento.

Para observar la diferencia en los síntomas antes y después de la intervención de psicoterapia breve, se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon para muestras apareadas, en donde se obtuvo un nivel de significancia de .005 , que confirma la hipótesis alterna : " EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO CON EL USO DE LAS TECNICAS DE LA PSICOTERAPIA BREVE, TIENE UN EFECTO POSITIVO SOBRE LOS SINTOMAS DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD."

Diez de los pacientes continúan asistiendo al centro y tienen una mayor participación social sobre todo los que obtuvieron más altos puntajes en la subescala de fuerza del yo de Barron (MMPI).

INTRODUCCION

MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE

EN LA TERCERA EDAD

En nuestro país según el Censo de Población y Vivienda de 1990, se registra un total de 81 millones de habitantes, de los cuales 5 millones corresponden a la población de 60 años y más (Personas de la Tercera Edad), lo que representa el 6.15% del total de habitantes.¹

Las proyecciones de la población en México indican que para el año 2000, habrá un 10% de personas mayores de 60 años.

De todas las etapas del ciclo vital, la vejez es la que menos conocemos, desconocimiento que ha generado una serie de creencias y mitos que tienden a darle a este período de la vida una connotación negativa relativamente generalizada.

En nuestra sociedad, los ancianos constituyen hoy en día, un grupo que presenta problemas psicológicos como son depresión, angustia, sentimientos de inutilidad y dependencia entre otros, lo que transforma los últimos años de su vida en una etapa difícil tanto para ellos mismos, como para aquéllos que los rodean (Rodan, A.; Ramírez, T 1985).

Aunque en las últimas décadas por el cambio demográfico total de la población mundial, diferentes disciplinas se han interesado por su estudio, en México la investigación con ancianos es muy limitada sobre todo en aspectos psicológicos. Recientemente algunas investigaciones médicas se han dedicado a explorar la parte física de los viejos, dejando un hueco en los aspectos emocionales y de salud mental, tan importantes para la calidad de vida de las personas.

¹*Cifras aproximadas.

Esta investigación surgió de mi experiencia, trabajando con personas de la tercera edad que asisten a un centro de rehabilitación física y club social, en donde pude percatarme de ciertas dificultades de adaptación de las personas mayores, que se manifiestan en diferentes síntomas físicos, psíquicos y sociales, que dificultan su relación familiar y social y generan un gran malestar emocional al paciente.

Este tipo de problemática es posible abordarla con técnicas del tipo de la psicoterapia breve propuestas por Bellak y Small (1976) y empleadas por Grunes y Lazaruz (1988).

A través del tratamiento se trata de elevar la calidad de vida del senecto y que pueda disfrutar del apoyo social que le brinda el Centro de Rehabilitación en donde se realizó el estudio.

La psicoterapia breve utilizada en este trabajo, es un método de tratamiento para síntomas y problemas de adaptación que requieren alivio lo más rápido posible, debido a que por su naturaleza, colocan al individuo en inferioridad de condiciones. Muchas veces, las personas mayores sienten que les queda poco tiempo de vida, por lo que reciben con beneplácito planteamientos y soluciones breves y directas a los problemas y molestias emocionales que los aquejan.

Para el propósito de esta investigación se reviso los aspectos psicológicos del envejecimiento, la psicopatología de la vejez, las técnicas de evaluación y los procedimientos de la psicoterapia breve en la tercera edad; lo que constituye el marco teórico y se revisan en los capítulos I al IV.

Los capítulos V, VI y VII, se dedican al método, los resultados y la discusión.

Por último en el apéndice se incluyen los cuestionarios de evaluación utilizados en esta investigación.

CAPITULO I

ASPECTOS PSICOLOGICOS

EN LA TERCERA EDAD

Como el objetivo de este estudio es valorar el impacto de la psicoterapia breve en personas de la tercera edad, considero conveniente empezar por describir las características generales de este grupo de edad, y el concepto que ha prevalecido sobre ésta etapa del desarrollo desde el punto de vista de la psicología por diferentes autores, así como las diferencias que se marcan entre el envejecimiento normal y la psicopatología en la vejez.

Para completar el panorama sobre la psicología en la vejez en este mismo capítulo se hará una revisión sobre los aspectos psicodinámicos de la personalidad.

1.1 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento desde el punto de vista de la biología, se ha definido como un proceso biológico que reúne algunas características tales como ser universal, progresivo, acumulativo, irreversible e intrínseco, (Stehle 1959). Otros autores como Folkis(1981) consideran al envejecimiento como un proceso con características bastante heterogéneas en donde la duración, la dimensión, la dirección y el movimiento de este proceso es diferente en cada uno de los sistemas y órganos que forman el total del organismo humano.

En general se considera como envejecimiento a un proceso que se inicia desde el nacimiento y que termina con la muerte, mientras que la vejez se define como una etapa más en el desarrollo del ser humano.

Es necesario también considerar que el anciano se encuentra inmerso en una sociedad que le asigna un lugar y un papel determinado, teniendo en cuenta su idiosincrasia individual, sus

limitaciones y su experiencia lo que está condicionado por la actitud práctica e ideológica de la sociedad para con él (Beauvoir, S. 1970). Dentro de este contexto se puede apreciar, que la vejez no es una etapa autónoma, forma parte del desarrollo del individuo, y para su estudio se debe tomar en cuenta no solo su estado físico y mental, es necesario considerar también la herencia, los valores, el carácter, el temperamento, las experiencias de la vida, las enfermedades sufridas, las condiciones socioeconómicas, los nexos familiares y afectivos y las posibilidades de comunicación (Zenil, Ma. del C.1989).

Se considera que envejecer es un proceso normal determinado por las circunstancias propias, tanto psicológicas como sociales de cada individuo, así como por la forma de desarrollo de la personalidad.

El proceso de envejecimiento se refiere a los cambios físicos que se desarrollan con el crecimiento y eventualmente terminan con la muerte. Las consecuencias del envejecimiento son acumulativas y en forma esquemática pueden dividirse en primarias y secundarias.

El envejecimiento primario es habitualmente intrínseco al organismo y está determinado por factores inherentes o hereditarios. El envejecimiento secundario se refiere a defectos y alteraciones causadas por factores hostiles en el ambiente, el trauma y las diversas enfermedades. Se debe tener presente que existen cambios normales que vienen con la edad. Envejecer no es una enfermedad, pero si existe una disminución de la capacidad funcional y una mayor vulnerabilidad (Parres 1990).

Cabe mencionar que los cambios psicológicos ejercen una influencia en la forma como el individuo se percibe a si mismo, conjuntamente con los cambios biológicos, psicológicos y sociales fácilmente observables, el envejecimiento implica un estado mental percibido internamente por el individuo de edad avanzada (Doval Mezey y Col 1984).

Por lo tanto, al hacer cualquier estudio en relación a la vejez debe mantenerse en la mente que cada anciano tiene su propia historia y sus particulares requerimientos de salud. Los ancianos

no pueden considerarse de manera global como un segmento homogéneo de la sociedad. Como en otros grupos de edad entre las personas de la tercera edad existen grandes diferencias físicas, fisiológicas, emocionales, culturales y socioeconómicas. En la práctica clínica por tanto, es imposible generalizar sobre la prestación de una asistencia amplia de salud a un individuo determinado, aunque es difícil evitar algunas generalizaciones y estereotipos al tratar de describir la influencia que tienen los factores físicos y psicosociales en la personalidad del anciano (Epstein, L. 1989).¹

I.2 ASPECTOS PSICODINAMICOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Como se mencionó al hacer cualquier estudio en relación a la vejez debe mantenerse en mente que cada anciano tiene su propia historia y sus particulares requerimientos de salud y atención. Como en otros grupos de edad entre los individuos de la tercera edad existen grandes diferencias.

Sin embargo no es posible negar que la senectud es un tiempo de pérdidas, que afectan psicológicamente al individuo y a su ambiente familiar y social, e incluso lo enfrenta a la proximidad de su propia muerte.

Los cambios físicos conducen a un concepto distinto del yo y suponen necesariamente, una estimación diferente de la calidad y carácter de la energía de que se dispone. El envejecimiento conlleva una alteración de la imagen corporal, constituyendo esto una parte del proceso de envejecimiento normal pero que plantea dificultades de aceptación y adaptación en función de la necesidad de elaborar pérdidas (Zetzer 1979).

En muchos casos, la personalidad del anciano está dominada por la angustia con respecto a su estado de salud. Ya que el hecho de envejecer obliga al individuo a volverse más consciente de las

¹ Citado en Howard H. Goldman, Psiquiatría General, Editorial Manual Moderno, 2a. Edición, México, 1989. 736 pp.

posibilidades de enfermarse, manifestando tal preocupación a través de un excesivo análisis de los cambios físicos y del estado de sus funciones corporales (Fuentes 1985).

En el aspecto físico, encontramos por lo general que los reflejos se hacen mas lentos, lo que interfiere con la capacidad del individuo para reaccionar a los estímulos en forma eficiente; ocurre con frecuencia cierta alteración de la memoria reciente, que propicia una tendencia a ocuparse del pasado, estrechez de los intereses y cierta dificultad para aceptar nuevas ideas.

Los cambios físicos afectan también la adaptación psicosocial del senecto, sobre todo la dificultad para la locomoción y en especial las pérdidas de la visión y audición que limitan la interacción y la comunicación con otras personas, con su concomitante de dificultades emocionales, que interfieren en las relaciones interpersonales y de grupo (Epstein, L.1989).

Es frecuente que aparezca la suspicacia, cuando el individuo se ve cada vez más mermado de sus capacidades y proyecta sus sentimientos de inseguridad en los otros, siente que hablan de él, o que deliberadamente le ocultan información negándose muchas veces aceptar sus limitaciones, mecanismo que estrecha sus relaciones interpersonales y su capacidad para valorar la realidad (Fuentes 1985).

El anciano prefiere mantenerse en los ambientes en los que logró adaptarse con éxito, al sentirse cada vez más inseguro frente a sus condiciones de vida y su futuro.

Las dificultades físicas propician también la dependencia, los ancianos tienden a considerar casi cualquier ausencia como abandono contribuyendo esto a bajar la autoestima lo que frecuentemente se manifiesta en síntomas depresivos(Fuentes, A. 1985).

Los eventos como pérdidas y cambios externos, inevitablemente demandarán respuestas adaptativas o no adaptativas del individuo. Los cambios internos pueden, no únicamente deteriorar la flexibilidad y la capacidad adaptativa del aparato psíquico, sino

que además, pueden disminuir la energía psíquica disponible al mismo tiempo que se presenta una constricción del aparato perceptual (Zetzer 1979).

Cada persona jerarquiza consciente o inconscientemente el valor que le da a sus pérdidas según su propia idea de las mismas. Unos dan más importancia a los cambios físicos (pérdida de la elasticidad de la piel, arrugas, pérdida de cabello, menor tolerancia al esfuerzo físico, etc.), otras a la disminución de la capacidad sexual, etc.) pero es muy frecuente observar que estos cambios, vividos o no como pérdidas, generan angustia (Strejilevich 1990).

De este modo la angustia constituye un síntoma frecuente en pacientes de edad avanzada. Sin embargo la naturaleza y el contenido de esta angustia, no corresponde a las concepciones de angustia primaria y secundaria descritas por Freud. La angustia característica en la vejez, frecuentemente indica un miedo a la pérdida de objeto, comparable a la justificada angustia que experimenta un niño. De hecho muchos ancianos dependen de la ayuda y continuo interés de otras personas (Zetzer, 1979).

Strejilevich (1990) señala que se ha comprobado que el mayor cambio, a veces transitorio, que genera angustia en esta edad, es la enfermedad. Ella trae frecuentemente aparejada fantasías de muerte próxima y lo que es peor, según el relato de muchos ancianos, el temor a una secuela de invalidez permanente y de dependencia.

Birren (1965) por su parte menciona haber observado en la clínica que a muchos ancianos les resulta inaceptable la relativa inversión de la dependencia. Muchos fantasean que solo mientras dan y son padres, son merecedores de cariño; en cambio, si reciben, perderán ese rol y el amor que lo acompaña. (1965)

Además de las enfermedades, las relaciones intergeneracionales, suelen ser las causas más frecuentes de la angustia durante el envejecimiento; más frecuente aún que la soledad, como muchos suponen (Strejilevich 1990).

En la práctica clínica es posible observar que algunos

ancianos, por su personalidad previa, tienen más dificultad en adecuarse a los cambios que exigen una adaptabilidad extrema.

Para Zetzel(1979) el problema relevante del proceso de envejecimiento es la aflicción y las pérdidas, menciona que, una cuestión muy controversial puede ser la relación que existe entre la depresión clínica tal como aparece en los pacientes adultos y la existencia o posibilidad de prototipos de ésta en el desarrollo infantil. Sin embargo dice estar convencida que la capacidad del yo que permite a los individuos lidiar en otra etapa de la vida con las inevitables pérdidas y decepciones esta determinada por las tempranas relaciones de objeto y la calidad y naturaleza de las primeras identificaciones (Zetzel 1979).

Existen personas que en el curso de su desarrollo temprano en forma parcial o relativa fallan en su adaptación temprana, aunque son personas que han funcionado en forma más o menos efectiva a través de casi toda su vida adulta por que las condiciones físicas y ambientales han sido favorables, sin embargo, la entrevista clínica revela que estas personas tienen estructuras neuróticas de carácter que las hacen mas vulnerables al cambio en la tercera edad. Unos manifiestan que en el curso de la edad adulta, han sido independientes, ambiciosos y muy exitosos, lo que les permitió mantener una alta autoestima que satisfizo a su demandante superyo. En contraste otras personas parecen haber sido pasivas y muy dependientes del exterior. En sus historias es posible observar que, literalmente, pasaron de las manos de los padres a las del cónyuge, y luego por fallecimiento de éste, a manos de los hijos y cuando las nuevas condiciones los obligan a desempeñarse independientemente, pueden presentar una intensa angustia frente a la necesidad de resolver situaciones como el hacer trámites, salir sólo a la calle, o lidiar incluso con situaciones cotidianas que no estaban acostumbrados a enfrentar, lo que frecuentemente también se acompaña de malestares físicos y quejas hipocondriacas (Zetzel 1979).

Una de las dificultades que más preocupan al individuo en esta edad, es la incapacidad y la impotencia. La forma en que esto se

maneja en la vejez , esta en relación a la estructura de carácter del individuo y a problemas no resueltos en fases tempranas del desarrollo.

La intensidad de los sentimientos de impotencia es en primer término un fenómeno del yo dependiente de varias funciones del mismo. En el período de envejecimiento cuando ocurren diversos impedimentos, pérdidas, muertes cercanas y privación económica, puede aparecer un sentimiento muy objetivo de incapacidad con la suficiente intensidad como para llevar al individuo a presentar reacciones depresivas. Si la persona en el pasado ha estado predispuesta a presentar este tipo de reacciones, las experiencias reales en esta edad pueden ser el detonador para que con mayor facilidad se presenten las reacciones depresivas. La definición expresada por Bibring (1953) en relación a la depresión parece ser la más conveniente en el contexto de la incapacidad en la vejez. Bibring describe la depresión como una expresión emocional (indicador) de un estado de incapacidad y falta de poder del yo independientemente de lo que pueda causar el trastorno de los mecanismos que establecieron la autoestima del individuo.

La depresión es esencialmente una forma humana de reaccionar a la frustración y a la desgracia, cuando el yo se encuentra en el estado (real o imaginario) de desesperanza contra eventos abrumadores o extraordinarios (Bibring 1953).

Las experiencias tempranas juegan una parte significativa en determinar la capacidad del adulto y el viejo para resolver problemas relativos al creciente reconocimiento de inminentes pérdidas en todas las áreas significativas de la adaptación adulta. Un desarrollo exitoso facilitará la tolerancia que puede manifestarse en una depresión simple como la descrita por el Dr. Busse (1968). Una depresión simple remite en forma rápida, no se acompaña de culpa y no resulta a la larga en un daño significativo para las funciones del yo. En contraste fallas adaptativas tempranas tienden a incrementar las respuestas regresivas en cada paso del desarrollo psíquico. Esas respuestas incluyen una depresión involutiva más profunda que comprometen severamente la

prueba de realidad, y es frecuente que en estos casos aparezca la culpa y el autoreproche en el ya deteriorado anciano. Las respuestas frente a esas dificultades pueden incluir un amplio rango de sintomatología y aparecer defensas como la negación y otras contra la depresión que el individuo no puede tolerar.

En esta etapa las limitaciones reales a menudo se incrementan en forma geométrica. Los sujetos de edad avanzada que responden con una depresión simple, reversible y transitoria en esencia están repitiendo un doble proceso que se inicia a edades muy tempranas ; el de aceptar sus propias limitaciones y las impuestas por el ambiente. Esta aceptación no debe ser el resultado de la resignación o la desesperación, sino debe constituirse en un tipo de respuestas propicias para facilitar nuevas adaptaciones más apropiadas a los logros y gratificaciones que aún conserva la persona.

Un punto que debe quedar muy claro, es que la madurez en el sentido amplio del término, demanda aceptación del dolor y de lo inevitable. La vejez demanda la capacidad de renunciar a lo inevitable sin amargura, sin el autoreproche y sin autocompasión. La adquisición de esta aceptación, presenta especial problema para aquellos quienes han considerado sus logros como primordiales para mantener su autoestima. Es por eso que el retiro puede acarrear en especial problemas para aquellos individuos que han sido muy activos y exitosos, situación que perciben como una amenaza a su rendimiento y experiencia que los coloca en una situación de reto (Zetzel 1979).

En este sentido , en la atención que se proporciona a las personas de la tercera edad es necesario considerar (Reichman, 1954), el como , muchas de las sugerencias que frecuentemente se hacen para mejorar el ajuste en la vejez generalmente se enfocan como paleativos artificiales sin considerar ninguna transformación que pudiera permitir la propia renovación..... Un esfuerzo rápido para asegurar un ajuste somero, da como resultado una actividad

puramente substitutiva, mientras permiten a la persona confrontar por un tiempo lo que la puede salvar o destruir, dependiendo de los recursos internos que para este reto pueda reunir [Riesman, 1954].

Los recursos internos a los que se hace referencia son los que se adquirieron en las primeras etapas de la vida, y que permanecen potencialmente accesibles en cada crisis del desarrollo. En este sentido, la vejez, como la niñez, la adolescencia, la madurez y la adultez tardía, puede ser incluidos, dentro del marco de una psicología genética evolutiva como lo sugiere Erikson (1950).

La vejez tiene una tarea única respecto al desarrollo. La niñez se puede definir como período de adquisición y ampliación de fortaleza y experiencia; en tanto que una función primordial en la vejez es aclarar, profundizar y encontrar utilidad para lo que ya se ha logrado en el tiempo de aprendizaje y adaptación.

La habilidad de la persona mayor para adaptarse a esta etapa de la vida va a depender de su salud física, su personalidad, sus experiencias tempranas y el apoyo social que recibe: bases económicas adecuadas, seguridad, cuidados médicos, roles sociales y de recreación (Butler y Lewis, 1977).

Epstein (1989) menciona que otros han considerado la tarea de la senectud como supervivencia mediante extensión de hábitos y el dominio por el que previamente tuvieron éxito, la integración del pasado que culmina en la madurez de la sabiduría, la aceptación del estado alterado de la madurez tardía, el reconocimiento de la finitud de la vida, el logro de ideales modificados, o el descubrimiento de personas protectoras y proveedoras, como en la infancia.

Aunque existen diferencias en los aspectos señalados, la mayoría de quienes estudian a los ancianos concuerdan en que durante los últimos años de la vida la mayor parte de las personas suelen afrontar cambios importantes en su estilo de vida; físico, socioeconómico, familiar y social. Algunos de estos cambios se relacionan con la tarea de prepararse para la muerte (o para negarla). En los estudios con ancianos se han señalado también los

cambios en la esfera psíquica, por ejemplo, incremento de la egocentricidad y debilitamiento de la represión como mecanismo mental, con desarrollo subsecuente de la angustia en el momento en que ha disminuido el potencial para afrontarla.

El anciano afronta las tareas tardías del desarrollo no sólo con alteración del aparato psíquico, sino también con una capacidad cerebral muchas veces alterada para manipular y almacenar las percepciones y conservar los conocimientos. Estos cambios pueden llevar al individuo a un estado de inatención relativa hacia el mundo, a la introversión y a la preocupación por un pasado simplificado.

Una tarea importante para el bienestar emocional del anciano es la modificación de las metas que había esperado alcanzar, la aceptación de los ideales que le es posible lograr tomando en cuenta sus limitaciones, para lo que recurre a su capacidad adaptativa. El individuo capaz de elaborar sus pérdidas, puede aceptar sus limitaciones, su creciente dependencia y su posición cada vez mayor de espectador en vez de dirigente, asimismo es capaz de aceptar e integrar los cambios de su propia imagen con un dominio adecuado de sí mismo que culmina en conservación del respeto que le tienen los demás (Epstein, L.1989).

CAPITULO II

PSICOPATOLOGIA EN LA VEJEZ

Una vez revisado los aspectos psicodinámicos de los procesos del envejecimiento normal y aquellos rasgos de la personalidad que pueden verse incrementados o modificados en la tercera edad, debido como ya se mencionó a las circunstancias adversas que con frecuencia enfrentan los individuos en esta etapa de la vida, es indispensable para poder brindar el tratamiento adecuado conocer los aspectos psicopatológicos del individuo que permitan establecer un diagnóstico y un pronóstico adecuado dependiendo de la severidad de los síntomas.

Para el propósito de este trabajo es esencial determinar aquellos síntomas mentales que son susceptibles a ser tratados a través de la técnica de la psicoterapia breve así como el poder diagnosticar padecimientos en los que es necesario la intervención de otros profesionistas como sería el psiquiatra o el neurólogo.

En este capítulo se revisarán los trastornos del estado de ánimo haciendo énfasis en el diagnóstico diferencial en la depresión y la demencia, se analizarán también los trastornos de la personalidad y su psicodinamia y los procesos de elaboración del duelo y su patología; padecimientos que son susceptibles a ser tratados con el modelo de la psicoterapia breve o bien con tratamientos combinados.

Los desórdenes psiquiátricos no son por sí mismo diferentes en los ancianos que en otros grupos de edad; sin embargo, los problemas físicos y sociales que padecen, tales como deficiencia sensorial, pérdida de la locomoción limitaciones, relegaciones y restricciones sociales, son factores que influyen en forma determinante en el estado anímico del anciano, provocando altos porcentajes de depresión y, cuando hay pérdida del funcionamiento, demencia. (Medina Mora 1987)

Jarvik, (1982)¹ por su parte se refiere al serio problema que para los ancianos representa las enfermedades mentales. Estadísticamente considera que en los Estados Unidos aproximadamente de un 15 a un 20 % de las personas mayores de 65 años tienen trastornos psiquiátricos de carácter funcional. Esto significa de 3 a 4 millones de pacientes potenciales. Si a ellos se añaden las personas que presentan algún tipo de demencia, más del 25% de la población de ancianos en la unión americana requerirán evaluación y/o tratamiento psiquiátrico. El autor considera como un hecho desafortunado el que, los ancianos parecen ser menospreciados por la psiquiatría, lo que se evidencia en las consultas a psiquiatras de ejercicio privado o a los servicios de salud mental de la comunidad que únicamente representan del 3 a 5 % a pesar de que el grupo senil constituye el 11 % de la población total (Gurland y Cross, 1982). Menciona que este hecho puede deberse a que muchas de las personas que podrían recibir beneficios de la atención psiquiátrica, permanecen ocultos en la comunidad, los problemas no son siempre identificados, o bien los pacientes y sus familiares se resisten a la evaluación.

Los ancianos con trastornos neuropsiquiátricos obvios permanecen hospitalizados o internos en casas para ancianos. Casi el 65% de las personas de la tercera edad afectadas por trastornos mentales también padecen enfermedades orgánicas. Muchas veces la alteración psiquiátrica es consecuencia inevitable de la enfermedad primaria. Sin embargo la depresión y otras alteraciones psiquiátricas no deben considerarse respuesta normal a otros padecimientos (Wills 1988).

¹Citado por Wills, R (1988) D.L Carnevali, M. Patrick, Problemas psiquiátricos del anciano. Tratado de geriatría y gerontología pp 300. Editorial Interamericana 1988 2a. edición.

3.1 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Depresión (Episodio depresivo mayor DSM III R 1988)

Wills (1988) considera que la depresión es el trastorno más común, pocas personas escapan a este estado de ánimo, y si la depresión y el mal humor fueran los únicos síntomas, la mayoría de las personas, jóvenes y viejos, podrían quejarse de depresión con bastante frecuencia. Además del ánimo deprimido, las personas afectadas por la depresión profunda también tienen disfunciones físicas y mentales. Esta diferenciación tiene importancia clínica y estadística. Aproximadamente del 5 al 10% de las personas mayores con diagnóstico de depresión profunda tienen la triada completa de síntomas que consisten en : **Trastornos afectivos, alteraciones mentales y padecimiento físico**. Si sólo se toma en consideración el estado de ánimo, 15 a 20 % de los ancianos admiten encontrarse tristes, abatidos o deprimidos.

En psiquiatría las teorías modernas acerca de la depresión han concentrado su interés en las alteraciones neuroquímicas que ocurren en ciertas estructuras específicas del encéfalo, reguladoras del estado de ánimo; por ejemplo el sistema límbico. Los desajustes o la reducción en la cantidad de neurotransmisores, como serotonina, dopamina y adrenalina, lógicamente producirán trastornos de la conducción de estímulos neuronales y síntomas clínicos de depresión. Esta teoría se apoya en los resultados del tratamiento con medicamentos.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este estudio, otras teorías se enfocan a las experiencias de vida del paciente : las pérdidas sufridas, la edad en que ocurrieron y el significado que tuvieron para la persona. En la teoría psicoanalítica la depresión se considera como resultado de sentimientos ambivalentes proyectados hacia el interior, producidos por la pérdida de objetos con carga afectiva de amor y de odio. Frente a la incapacidad del individuo para expresar abiertamente sus afectos, estos se vuelven contra sí mismo dando lugar a los síntomas depresivos.

Por el estilo de vida actual, sobre todo en las grandes urbes, además de las pérdidas específicas las personas se ven afligidas por el estrés que proviene de muy diversas fuentes. El ritmo acelerado de la sociedad, las tensiones en el trabajo, problemas personales y familiares, así como cambios constantes que crean un ambiente potencialmente inestable (Wills, 1988).

La depresión es esencialmente una forma humana de reaccionar a la frustración y a la desgracia, cuando el yo se encuentra en el estado (real o imaginario) de desesperanza contra eventos abrumadores o extraordinarios (Bibring 1953).

Berezin, (1979) hace referencia sobre las ganancias secundarias en la depresión, señala que en la primera infancia el niño puede verbalizar fantasías como " si me enfermo, mis padres se preocuparan y si muero estarán mas apenados todavía". Esta clase de fantasías, por supuesto implican una gran variedad de mecanismos dinámicos e incluyen la manipulación del ambiente producto de esta clase de situación. El mismo efecto se observa en el paciente de edad avanzada que ocasiona una tremenda preocupación y sentimientos de desesperanza en sus familiares y amigos. La consecuencia de esta incapacitante depresión, y esta agresividad con sus concomitantes sádicas que atañen a la depresión y al suicidio, son suficientemente reconocidas.

Michaels, J (1979) en relación a los síntomas hipocondríacos que acompañan la sintomatología depresiva considera que en la vejez cuando el interés de la libido por los objetos del mundo externo se retira, ésta parece penetrarse en el sujeto. Con las pérdidas del mundo exterior, es como si la libido se encerrara en la persona. Puede suceder que el anciano no tenga a nadie que vea por él , por lo que lo tiene que hacer por sí mismo. Menciona que Anna Freud (1952) clarifica esta situación en su estudio sobre el papel del cuerpo en la enfermedad mental de los niños. En el que señala " Los niños privados del cuidado materno, adoptan el papel de la madre en asuntos de salud, estos juegan, a ser madre e hijo con su propio cuerpo. Los adultos hipocondríacos

que retiran la catexia del mundo externo y las ponen en su propio cuerpo están en una posición similar". De igual forma los ancianos hipocondriacos se ven obligados a ser madre de su propio cuerpo. (Michaels, J. 1979)

El impacto de la jubilación, los ingresos insuficientes, la pérdida de los amigos y la soledad van agotando progresivamente la "energía psíquica" y finalmente producen depresión. El umbral también puede descender a causa de enfermedades y trastornos mentales crónicos alcoholismo, abuso de drogas y episodios previos de depresión.

Algunos ancianos deprimidos experimentan sensación de culpa; no obstante lo más común son expresiones que sugieren pérdida de la estimación de los demás, por ejemplo " Yo no me siento culpable, lo que pasa es que no puedo cambiar mi vida". El aislamiento social, la limitación de recursos económicos y los problemas de salud junto con los trastornos de la personalidad, contribuyen a incrementar los sentimientos de pérdida de la estimación de los demás y adistorsionar la visión del futuro. Si el sentimiento de culpa es muy intenso, la persona tiende a encerrarse en el pasado. Los sucesos del presente se relacionan con los errores del pasado y cualquier pensamiento en relación al futuro lo llena de desesperanza.

Las ideas suicidas se presentan con más frecuencia en ancianos del sexo masculino, viudos y que padezcan cáncer o alguna enfermedad crónica incapacitante. En este grupo es más elevada la frecuencia de suicidio, siendo siete veces mayor respecto de las mujeres de la misma edad. El alcoholismo y el aislamiento se presentan más a menudo en este grupo que por lo tanto se ve sometido a riesgos más elevados. El suicidio se produce por la visión distorsionada de la vida, en la que se ha perdido todo sentido de control.

Las distorsiones de la percepción en el anciano muchas veces son congruentes con el estado de ánimo, o sea, del mismo tono

emocional que la depresión . Las personas deprimidas no describen las distorsiones extravagantes que son frecuentes en los trastornos psicóticos.

Wills (1988), también señala la existencia de fármacos que como efectos secundarios pueden ocasionar depresión como son los **Antihipertensivos** (reserpina, metidopa, clorhidrato de propanol, sulfato de guanetidina, clorhidrato de hidralacina y clorhidrato de clonidina); Los **agentes antiparkinsonianos** (levodopa, carbidopa, clorhidrato de amantadina) ; Las **hormonas** (estrogenos, progesterona); **Corticosteroides** (acetato de cortisona); **Antituberculosos** (cicloserina); **Antineoplásicos** (sulfato de vincristina, sulfato de vinblastina).

Diagnostico Diferencial

Así como en otros grupos de edad es primordial para el tratamiento diagnosticar correctamente la sintomatología depresiva, en el anciano estos es especialmente importante . En el diagnóstico es necesario diferenciar entre un trastorno de adaptación con ánimo deprimido, una depresión mayor (profunda o involutiva), la seudodemencia o el inicio de un cuadro demencial.

En los trastornos de adaptación con ánimo deprimido, la depresión no se acompaña de síntomas físicos y mentales. La reacción se debe a un factor psicológico identificable, que produce estrés y los síntomas pueden aparecer después de tres meses de que se inicia el sufrimiento. Los desajustes que produce la reacción se manifiestan por alteración de las relaciones sociales y del trabajo y en ocasiones por síntomas más graves de los que podría esperarse debido al factor de estrés que esta actuando. Los síntomas no corresponden a otro padecimiento, y por último en estos casos cabe la suposición de que los trastornos terminarán cuando se suprima la causa del estrés. En muchos de estos pacientes la depresión del estado de ánimo es una reacción a las circunstancias adversas que sufren los ancianos.

En la **depresión mayor**, la sintomatología esencial ésta configurada por un estado de ánimo disfórico, aparecen síntomas físicos y mentales, habitualmente la depresión se acompaña por la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. La alteración es relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas incluyen alteración del apetito cambio en el peso corporal, alteraciones del sueño, agitación y retardo psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte e ideas o intentos de suicidio (DSM III R 1988).²

La **seudodemencia depresiva**, según la descripción de Kiloh (1961)³ es un cuadro de aparente pérdida de las funciones intelectuales en un grupo de pacientes psiquiátricos afectados simultáneamente por varias enfermedades. Los pacientes con seudodemencia depresiva tienen trastornos significativos del estado de ánimo, comprenden y recuerdan mejor la información reciente y muestran desorientación mínima. Aunque las deficiencias cognitivas siempre ocurren en el anciano deprimido (seudodemencia depresiva), siendo los problemas más frecuentes los de **concentración y memoria reciente**, en la seudodemencia a diferencia de lo que ocurre en la verdadera demencia, en donde también se encuentran dañadas la memoria inmediata y la tardía; la persona parece aburrida y está presta a responder "No sé" a cualquier pregunta dirigida a probar su memoria. Esta conducta contrasta con la negación y la confabulación que caracterizan a la demencia.

La **Demencia**, en su clasificación pertenece a los síndromes orgánicos cerebrales en donde se da por supuesta siempre la presencia de alguna causalidad orgánica subyacente. El síntoma esencial en esta patología, consiste en una pérdida de las

² Pierre Pichot, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Primera edición española. Editorial Masson, S.A. México D., 1988 pp 262.

³ ibidem. Tratado de Geriátría y Gerontología

capacidades intelectuales hasta el punto de interferir el funcionamiento social y laboral. El déficit es amplio e implica la memoria, la capacidad de juicio, el pensamiento abstracto y otras funciones corticales superiores. Pueden encontrarse cambios en la personalidad y la conducta. Al igual que en el delirium, si los síntomas son debidos a obnubilación de la consciencia, no deberá hacerse el diagnóstico de demencia. Sin embargo, el delirium y la demencia pueden coexistir (DSM III).⁴

La demencia es un antiguo término que proviene del latín, y literalmente significa " estar fuera de la propia mente". En realidad, las demencias pertenecen a un grupo de enfermedades que comparten algunas características como es un inicio gradual, declinación global de la capacidad intelectual y de desempeño, y la incapacidad social progresiva. Estos padecimientos NUNCA son consecuencia del envejecimiento normal (Comfort, 1979). Cualquiera que sea la etiología, en último término siempre hay pérdida difusa y permanente de neuronas en todas las áreas del cerebro (Wills, 1988).⁵

Una manera útil de agrupar las demencias consiste en dividir las en primarias y secundarias. Las primarias son de curso progresivo y sin remisiones, su etiología es oscura y su respuesta al tratamiento es nula o irregular. Las secundarias son de etiología conocida y presentan cierto grado de reversibilidad. La enfermedad de Alzheimer, es la más comúnmente conocida de las enfermedades degenerativas primarias. Las lesiones cerebrales características de este padecimiento en el diagnóstico incluyen la demencia senil y la presenil debido a que ambas muestran patología semejante. Aproximadamente el 50% de los pacientes con demencia, padecen enfermedad degenerativa primaria. Otro 25% muestran enfermedad degenerativa primaria junto con demencia producida por infartos múltiples del tejido cerebral. La frecuencia de este

⁴ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales pp 116

⁵Ibidem. Tratado de Geriatria y Gerontologia pp 289

padecimiento es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres y aumenta en ambos sexos con la edad (Wills 1988).⁶

La demencia degenerativa primaria o la demencia por infarto múltiple, puede ser difícil de distinguir del episodio depresivo mayor que aparece en el anciano, debido a la desorientación, la apatía, y las quejas de dificultad de concentración o pérdida de memoria. Si predominan los síntomas que sugieren un episodio depresivo mayor sobre los síntomas que sugieren demencia, es mejor hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor y asumir que los síntomas que sugieren demencia representan una pseudodemencia. En tales casos, el tratamiento del episodio depresivo mayor suele dar como resultado la desaparición de los síntomas que sugieren demencia. Si los síntomas que sugieren demencia predominan sobre los síntomas depresivos, deberá hacerse el diagnóstico del tipo de demencia apropiado, señalándose, la presencia de síntomas depresivos.

3.2 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los rasgos de la personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales. Solo que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacidad social significativa, dificultad ocupacional o malestar subjetivo se habla entonces de trastornos de la personalidad.

Muchos de los rasgos característicos de los diversos trastornos de la personalidad, pueden observarse en el contexto de otro trastorno mental como, por ejemplo, la depresión mayor (DSM III R 1988).⁷

Aspectos psicodinámicos de los trastornos de la personalidad Sadovoy (1988) estima que la gran variedad de explicaciones

⁶ Ibidem. Tratado de Geriatria y Gerontología. pp 289,290

⁷ op. cit. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales R (1988). pp 401

teóricas que han sido propuestas para la sintomatología del paciente con trastornos conductuales, afirman las dificultades que han tenido los terapeutas y teóricos para entender el significado subyacente de estos síntomas. Considera que es posible encontrar una explicación en la premisa psicodinámica en donde lo básico y esencial en la formulación de la patología del carácter es que las personas con trastornos del carácter son vulnerables a presentar crisis nerviosas bajo situaciones de estrés, por fallas tempranas en el desarrollo intrapsíquico. Esto puede tener una gran variedad de causas; por ejemplo, cuando la persona está expuesta a situaciones de estrés prematuro en la primera infancia, secundario a negligencia, abandono, separaciones inevitables, la muerte de alguno de los padres o fracasos tempranos de la relación de objeto; situaciones que dificultan la creación de un ambiente apropiado que facilite la formación de un yo integrado. Los fracasos en las relaciones interpersonales sobre todo con la figura materna limitan la incorporación de objetos externos lo suficientemente buenos para la apropiada estructuración psíquica del individuo. Situaciones ambientales difíciles en los primeros años como la guerra, las enfermedades, el hambre y demás, conllevan trauma emocional o físico. Estas fallas tempranas en el sistema de vida del individuo, lo predisponen a desarrollar un estilo patológico de carácter defensivo, que incluye la utilización de defensas primitivas.

Síntomas y patología de la personalidad en la tercera edad

En las personas mayores, aún las que tienen un yo bien integrado, y muestran una personalidad madura el impacto de las situaciones de estrés que tienen que enfrentar en esa etapa de la vida las hace vulnerables a una regresión transitoria. Para hacer un diagnóstico válido de patología del carácter en la tercera edad se debe tener la habilidad para identificar reacciones patológicas de la conducta y de las relaciones interpersonales a través de toda la vida Sadavoy (1988).

Como ya se mencionó a lo largo de este escrito la vejez impone inevitables amenazas y pérdidas que incrementan la patología de los trastornos de la personalidad. Estas situaciones se presentan no únicamente en esta edad, pero obviamente son mas importantes en la última etapa de la vida. Mas aún cuando estas tienden a ocurrir con un patrón convergente; esto es que una crisis tiene impacto en la siguiente. Un individuo es capaz de sobrellevar un evento aislado, pero la relación de numerosos factores de crisis con frecuencia resulta abrumador. Una lista parcial de los factores que representan crisis o tensión en los individuos de edad avanzada vulnerables a presentar dificultades caracterológicas y que pueden precipitar la aparición de síntomas o "crisis nerviosas" incluyen:

- 1.- Las severas y frecuentes pérdidas interpersonales. En especial las cercanas y sustanciales.
- 2.- La inhabilidad física con la consecuyente declinación funcional.
- 3.- La pérdida de manifestaciones externas del self; por ejemplo, belleza, poder muscular, estatura, etc.
- 4.- Pérdida del rol: ocupacional, parental, social.
- 5.- Pérdida de la capacidad defensiva y opciones previamente disponibles para lidiar con los intolerables estados afectivos.
- 6.- La pérdida de funcionalidad que intensifica la relación con personas encargadas del cuidado del individuo, moviliza una variedad de respuestas en los pacientes con trastornos de la personalidad que incluyen fantasías mágicas, conflictos de dependencia, ansiedades de abandono, reacciones de ira o coraje y miedos .
- 7.- Confrontaciones con la realidad de la muerte que con anterioridad era únicamente fantaseada.
- 8.- Conflictos entre los deseos de vida contra los deseos de muerte.

Estas ocho dificultades de la vida en la tercera edad se relacionan con el infortunado estrés que tiene que ver con las cinco vulnerabilidades básicas de los trastornos de la personalidad: El miedo al abandono, los conflictos narcisistas, intolerancia a los afectos, modificación de las estructuras y

fragmentación de la capacidad del yo. Como resultado las personas que en el transcurso de su vida han presentado síntomas del trastornos de la personalidad bajo situaciones de estrés, se encontrarán en esta edad asaltados por las cosas que más han temido a través de toda su vida.

Síntomas Afectivos del Trastorno de la Personalidad

Los estados afectivos de los pacientes con trastornos de la personalidad, tienden a ser intensos, pero de duración restringida. Las principales reacciones emocionales, son una variante de la ira, la depresión , y el pánico. Eventualmente, una falsa imagen de calma o seudoequanimidad, pueden disfrazar el disturbio interno.

La mayoría de los pacientes con este trastorno, no toleran bien ningún sentimiento y pueden presentar pánico frente a cualquier sentimiento o cambio emocional, aun aquellos que son usualmente son placenteros. Una de las consecuencias de su intolerancia afectiva, es la aparición de conductas impulsivas o de "actig-out", para descargar la intensa tensión emocional que experimentan. La severidad de la conducta puede variar desde formas relativamente leves como la irritación, el negativismo y la resistencia, hasta las formas más severas de la conducta impulsiva como puede ser el abuso de drogas y el alcohol, la automutilación y el intento de suicidio.

En la vejez un cambio difícilmente reconocible pero bastante serio es el bloqueo de los canales de expresión de las conductas de "actig-out" y la capacidad del individuo para sublimar conflictos inconscientes. Por ejemplo, en la juventud la persona con trastornos de la personalidad puede compensar el miedo al abandono por una gran variedad de acciones como puede ser la promiscuidad sexual, el abuso de drogas, o una actividad social frenética. En el anciano , su realidad física, social y económica impiden que este mecanismo opere. La voluntad del individuo y los patrones disponibles de descarga son escasos; el círculo social se estrecha por la enfermedad y la muerte de los contemporáneos. Con frecuencia por deficiencias físicas, el individuo claudica a su necesidad de

buscar un escape a su frustración. Esto para bien o para mal, especialmente le sucede al anciano hospitalizado o institucionalizado, que se ve rodeado de personas que se encargan de su cuidado, tornándose para el paciente intolerables la ansiedad y la tensión que no tiene manera de descargar.

Síntomas cognoscitivos y Perceptuales en los Trastornos de la Personalidad.

Bajo la influencia de afectos intensos, la prueba de la realidad en estos pacientes se puede ver alterada, principalmente lo que se refiere a los aspectos cognoscitivos y perceptuales como las ilusiones o alucinaciones paranoides, que pueden ser de corta duración, pero muy dramáticos en su expresión.

Manifestaciones menos severas pueden incluir sentimientos de irrealidad, despersonalización o distorsiones perceptuales que fluctúan con el estado de ánimo del paciente.

En un nivel elevado de agitación los individuos más vulnerables pueden verse "inundados" por estados de pánico incontrolables y actividad motora desorganizada (Volkan, 1976).

Síntomas Interpersonales en el Trastorno de la Personalidad

La inestabilidad en las relaciones interpersonales, constituye una de las principales dificultades en las personas con trastorno de la personalidad. La causa de esta inestabilidad es la poca habilidad del paciente para reconocer a otros como individuos "separados" que tienen sus propios conflictos y necesidades. Estos sujetos hacen sentir a los otros como objetos controlados por sus caprichos y altanera grandiosidad, y si se les contradice reaccionan con ira, pánico y depresión. Una de las dificultades más importantes en estos pacientes tan demandantes es la incapacidad de mostrar gratitud al esfuerzo que otros hacen por ellos. Esta conducta puede provocar en las personas cercanas al paciente, sentimientos de culpa o inadecuación cuando sienten haber fallado en su esfuerzo por satisfacer sus demandas o bien pueden reaccionar con enojo volteando la cara a las insaciables demandas del individuo.

En el estilo de las relaciones interpersonales de este grupo de pacientes prevalece la ambivalencia, la inconsistencia y la impredecibilidad. Con frecuencia a los amigos, familiares y los terapeutas del paciente les cuesta trabajo ubicarse con respecto a la persona, así como el evitar inducir las reacciones negativas de éste. Cuando el paciente idealiza a alguien, lo trata como una persona "muy especial" con el que parece establecer una relación única, dando a éste otro un sentido de calidez y cercanía mientras el resto del mundo continua deformado, despreciado y evitado por él.

Como se puede apreciar, en los trastornos de la personalidad, la patología tiene su expresión más dramática en situaciones de intensos conflictos interpersonales.

En los pacientes ancianos al volverse más fuertes las necesidades de dependencia, tanto en el plano real como en la fantasía, y restringirse los canales de escape; las relaciones maritales o con los hijos o bien con las personas encargadas de su cuidado, se convierten en verdaderas trampas emocionales. El paciente no puede encontrar salidas para reducir la tensión emocional y el cónyuge, los hijos o los cuidadores, se sienten atrapados por las necesidades reales del individuo (Sadovoy 1988).

Síntomas Narcisistas

En relación a las defensas narcisistas, autores como Berezin, 1977; Breslau, 1980; Lazarus, 1980 de acuerdo a sus observaciones, consideran que en edades avanzadas, las defensas narcisistas son más susceptibles a ser movilizadas por el estrés. Algunos aspectos del envejecimiento predisponen a todos los individuos a poner en funcionamiento este tipo de defensas. En primera instancia, Berezin (1965) señala, que el gran escape del individuo en la ancianidad es con frecuencia de su propia imagen, lo que coadyuva a mantener la autoestima. El desarrollo de los logros, el poder, la habilidad, la belleza; se convierten en aspectos de la memoria, más que frecuentes manifestaciones del self, por lo que los individuos en esta etapa de la vida se ven obligados a recurrir a los recursos internos obtenidos en la primera infancia que sirvieron de

fundamento para la cohesión del self y que permite al individuo tolerar los afectos disfóricos y las experiencias internas. De estos recursos internos, los más positivos son los objetos internalizados del mundo y lo menos serán las necesidades de soporte de la cohesión del self y de la autoestima a través de la utilización de defensas narcisistas inapropiadas. Los pacientes con trastornos de la personalidad, a lo largo de su vida con frecuencia han confiado en estos mecanismos y aún en defensas más primitivas que indican el grado de fragilidad de su self. Desde esta perspectiva lo que primordialmente precipita el empleo de defensas narcisistas en la edad avanzada, son las agresiones narcisistas que el individuo tiene que enfrentar en esta etapa de la vida y se derivan de los actuales fracasos del self.

Otro factor importante a tomar en cuenta son las situaciones traumáticas generadas de las circunstancias del ambiente y la naturaleza de la relación interpersonal que frecuentemente obligan a la persona a caer en situaciones de inferioridad. (El anciano tiene que confiar en el dependiente para que le ayude a pagar su compra, en el chofer para que le ayude a subir al autobús, en alguien que le ayude a hacerse de comer o le ayude a ir al baño y así muchas otras situaciones que colocan al individuo en situaciones de inferioridad). A los pacientes con patología de la personalidad, les puede resultar intolerable el incremento de estas situaciones que los ponen en desventaja, por lo que evitan cualquier tipo de relación que pueda acrecentar sus sentimientos de vulnerabilidad, que por supuesto incluye el aceptar ayuda.

3.3 LOS PROCESOS DEL DUELO

La expresión que se ha vuelto clásica <<trabajo de duelo>>, fue introducida por Freud en "Duelo y Melancolía" (1915). En este artículo, Freud señala que el concepto de trabajo de duelo debe relacionarse con el concepto más general de elaboración psíquica concebida como una necesidad del aparato psíquico de ligar las impresiones traumatizantes.

El duelo es un proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto (Laplanche; Pontalis 1977).

El duelo no se considera como un trastorno mental, incluso cuando se acompaña con un síndrome depresivo completo. Sin embargo si el duelo es excesivamente intenso o prolongado deberá cambiarse el diagnóstico por el de depresión mayor (DSM III R 1988).⁸

Si como se ha venido mencionando en este estudio, la senectud es un tiempo de pérdidas, físicas y sociales que afectan psicológicamente al individuo, e incluso lo llevan a enfrentar la proximidad de su propia muerte, es de esperarse que los ancianos aparezcan estos procesos del duelo más que en otras edades, pero es necesario distinguir entre un proceso de duelo normal y un duelo patológico.

Wisocki y Averill (1990), hacen referencia al esfuerzo de varios autores para describir por fases o etapas las respuestas al duelo normal (Bowlby, 1980; Gorer, 1965; Parkes, 1972). Se considera que normalmente, la aflicción se presenta en cuatro fases:

1.- "Shock". El individuo afligido experimenta una sensación de aturdimiento, irrealidad, y poca sensibilidad que podría durar de varias horas a varios días. En esta fase es común que se presente cierto aislamiento del exterior.

2.- Protesta y añoranza. En esta etapa se reconoce la pérdida pero no se acepta totalmente. El individuo afligido siente un intenso dolor y anhelo por la persona fallecida. Hay una protesta a causa del hecho de la pérdida y podría ocurrir una serie de conductas de <<búsqueda>>, incluyendo sueños con la persona que ha muerto, la experiencia de <<encontrar>> a ésta en lugares familiares y alucinaciones. Conductualmente, éste es un período de agitación, excitación fisiológica elevada e inquietud que puede alternarse con

⁸op.cit. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III

una sensación de inactividad. Cognoscitivamente, el individuo se abstrae con las memorias del ser perdido y centra su atención con aquellos aspectos del entorno asociados con placeres del pasado. Esta etapa de protesta y añoranza suele persistir durante varios meses.

3.- Desorganización y desesperación. Esta es quizá la etapa más larga, compleja y difícil del proceso de duelo, frecuentemente con una duración de un año o más. Aunque probablemente se haya aceptado el hecho de la pérdida y se hayan abandonado los intentos por recuperar al sujeto perdido, persiste una huella de amargura. La apatía, el aislamiento, la pérdida de energía y abatimiento, son comunes durante este período, así como la pérdida del interés sexual, escasa socialización, pérdida del apetito, trastornos del sueño y otros problemas conductuales y somáticos. El individuo en duelo podría experimentar emociones y estados de ánimo conflictivos, como desesperación, hostilidad, vergüenza, culpa ira e irritabilidad.

4.- Desapego, reorganización y recuperación. Las características de la etapa anterior muestran cambios hacia la recuperación, cuando la persona desarrolla nuevas formas de percibir y pensar sobre el mundo y su lugar en éste. El individuo recobra la esperanza y la confianza en sí mismo y es capaz de volver a disfrutar de la vida. En algunos casos aun cuando se trate de un proceso de duelo normal, para que la persona recobre un ajuste relativamente adecuado pueden pasar varios años. Los sentimientos de duelo pueden reactivarse por vacaciones y fechas que marcan acontecimientos significativos (Wisocki y Averill, 1990).

Duelo patológico

Sadavoy (1988) en relación a la aflicción señala que los pacientes con trastornos de la personalidad tienen entre otras cosas una especial dificultad para contender con la muerte por su incapacidad para manejar los duelos. Considera que la capacidad para elaborar el duelo es una función esencial del ser humano que permite adaptarse a las pérdidas, especialmente a la muerte y manejar las emociones que esto genera, de manera que la vida pueda

continuar. El trabajo de duelo requiere de un período en donde la persona emocionalmente se retrae en sí misma , durante el cuál los sobrevivientes repiten las aún vibrantes imágenes y memorias de la persona recién fallecida. Cuando la relación con esta la persona era relativamente libre de conflicto, puede crear en el sobreviviente pena, pero no ira, pánico o depresión. El individuo puede tratar su pérdida, poniendo gran parte de su vida emocional en la relación que tuvo con la persona desaparecida, para posteriormente retirarla y ponerla de nuevo en su vida diaria y en última instancia en el establecimiento de nuevas relaciones. En el curso de elaborar su pérdida probablemente tenderá a reexperimentar aspectos de otras pérdidas, si estas han sido adecuadamente elaboradas la persona no resultará tan lastimada.

En los pacientes con trastornos de la personalidad por la dificultad que manifiestan en sus relaciones interpersonales, es probable que la relación con la persona fallecida se hayan caracterizado por haber sido conflictivas y ambivalentes mientras ésta vivió, situación que se continua aún después de muerta la persona. El sobreviviente experimentara pánico por haber sido dejado sólo y vacío. Frecuentemente experimentara sentimientos de ira proveniente de la primitiva concepción de que la persona muerta lo abandono voluntariamente, cada vez que lo recuerde se estimularán en él afectos desagradables. No logra conciliar la paz y su incorporación a la vida normal con frecuencia se retrasa. La segunda dificultad que tienen estos pacientes para elaborar el duelo es el hecho que al reexperimentar o reactivar pérdidas previas, los conflictos que antes no se solucionaron, se suman al caos emocional existente. En otras palabras, las pérdidas recientes que sufren las personas de edad avanzada, reactivan viejos conflictos relativos a pérdidas tempranas en las que no hubo un proceso de duelo adecuado. Esto probablemente lleve a la persona de edad a una gran incapacidad para manejar en forma adecuada las nuevas pérdidas.

Como el paso del tiempo por si mismo no modifica las dificultades intrapsíquicas del trastorno de la personalidad, las

aflicciones y penas de este grupo de personas, con frecuencia son aberrantes, excesivas, prolongadas y caóticas (Sadavoy 1988).

Wisocki y Averill (1990) en relación al duelo y la salud física mencionan que pruebas epidemiológicas provenientes de varias fuentes demuestran un incremento de la tasa de mortalidad para los individuos de la tercera edad en duelo reciente, especialmente en hombres viudos entre los 55 y 75 años. Las causas de la muerte pueden variar. Algunas veces es por insuficiencia cardíaca congestiva (Chambers y Reiser, 1953) o hipertensión esencial (Wiener, Gerber, Battin y Arkin, 1975) enfermedades que se han atribuido al estrés emocional como respuesta a una pérdida.

Conflictos sobre la propia muerte

Sadavoy (1988), menciona que los pacientes con trastornos de la personalidad que tienen que enfrentar el conflicto sobre la propia muerte, frecuentemente la fantasean como un recurso que los liberará, del sufrimiento, ya que representa un éxito sobre los ataques de los objetos malos internalizados. En ellos pueden predominar fantasías primitivas provenientes de un duelo no elaborado de reunirse con objetos perdidos idealizados, o simplemente conceptualizar la muerte en una forma enfermiza de paz, que los lleva a desearla porque los releva de lo abrumador de sus estados afectivos y la intolerable angustia que experimentan. Muchas veces frente a lo irremediable de la declinación física en la vejez, la muerte se convierte en una realidad inminente. El dolor potencial, la desesperanza y la enfermedad, que el paciente imagina como preludio de la muerte, a menudo provocan una intensa angustia y miedo en las personas más vulnerables. Parece ser que estos ancianos aún conservan el deseo de muerte y la ideación suicida de los pacientes jóvenes con trastorno de la personalidad. Sin embargo, es necesario reconocer que es muy poco lo que se conoce sobre la angustia hacia la muerte en las personas de edad avanzada y menos aún sobre la naturaleza de los impulsos suicidas y las fantasías de muerte en los individuos viejos con trastornos

de la personalidad. Yalom, (1980) en sus escritos sobre la angustia frente a la muerte puntualiza en la presencia de ciertas defensas primitivas y universales , específicamente en el plano psicológico, que se constituyen en barreras protectoras mágicas contra la muerte. Estas barreras pueden tomar la forma de grandiosidad, negación contra fóbica de la propia muerte, o la búsqueda de un protector mágico.

Merloo (1955) sugiere que en los sueños de todas las personas de edad avanzada en las que aparece el miedo a la muerte, este parece investido de una seguridad secreta de un pacto mágico de inmortalidad. Este autor atribuye varios de los síntomas que aparecen en las personas de la tercera edad a la angustia hacia la muerte como los síntomas fóbicos, la paranoia senil y el miedo al insomnio. El trabajo de Jacques (1969) puede ayudar a comprender el problema de encarar la muerte en las personas vulnerables. Jacques identifica la necesidad que tiene la persona de elaborar su propio duelo frente a la eventualidad de la propia muerte. Lo complejo de este proceso psicológico constituye principalmente una barrera para los individuos emocionalmente dañados a los que no les es posible alcanzar un estado de madurez.

El revisar los aspectos psicopatológicos de la vejez, permite abordar la problemática de esta edad con una perspectiva más amplia, asimismo facilita el poder diseñar instrumentos de evaluación y de intervención terapéutica apropiados a este grupo etario. Por otro lado también alerta a los profesionistas de la salud mental en relación al establecimiento de programas no únicamente remediales sino también a nivel preventivo.

Para el propósito de esta investigación es necesario poder establecer un diagnóstico nosológico diferencial ya que dependiendo de la patología debe emplearse la técnica adecuada, lo que incluye trabajar con un equipo interdisciplinario.

CAPITULO III

EVALUACION MENTAL Y PSICOLOGICA DEL ANCIANO

La evaluación del anciano, constituye el punto medular del tratamiento, en el sentido que es preciso establecer los siguientes puntos: 1) Los aspectos sintomáticos y de comportamiento que se asocian a un proceso de envejecimiento normal. 2) El diagnóstico y la severidad de los trastornos mentales que se enmarcan dentro de la psicopatología en donde se requiere el establecimiento de tratamientos médicos o combinados con psicoterapia considerándose a la historia clínica y el examen mental como elementos claves del diagnóstico. 3) Con base a una evaluación psicológica y psicodinámica de los síntomas obtenidos de la historia personal y la autobiografía, analizar los aspectos psicodinámicos de los síntomas que aquejan al anciano y dificultan su adaptación al medio social y familiar. 4) Por último es necesario valorar la estructura de la personalidad del anciano a través de las funciones yoicas que consideran Bellak y Small como punto de partida para el tratamiento de síntomas en la terapia breve.

En este capítulo se revisan y discuten en forma muy breve las técnicas de evaluación utilizadas con las personas de la tercera edad, que para esta investigación que son: la historia clínica, el examen mental, la autobiografía y la evaluación de la función yoica en el modelo propuesto por Bellak y Small (1983).

4.1 HISTORIA CLINICA

Como parte de la recolección de datos al hacer una historia clínica con el paciente de edad avanzada, es muy importante que además de relatar el problema actual y su sintomatología, la persona defina el concepto que tiene de si misma y como se siente con respecto a su situación vital. Como los patrones de

comportamiento parecen persistir a lo largo de toda la vida, en la entrevista se debe contemplar también el desarrollo de la persona dentro del ciclo vital; esto es que clase de persona fue durante etapas anteriores de su vida. Es necesario constatar la congruencia de los juicios y criterios actuales del anciano, y su propia conducta con modelos y características previas; solo así se estará en posibilidad de valorar si los cambios que se encuentran son atribuibles al envejecimiento, obedecen a una dificultad específica del momento o bien corresponden estos a un proceso psicopatológico.

Los rasgos de personalidad que marcan ciertos estilos de vida y supuestamente aumentan los riesgos de sufrir un ataque cardíaco, como son la gran compulsividad por el éxito, o el excesivo control personal, pueden hacerse patentes durante esta parte de la historia clínica, así como aquellos hábitos personales, como la sobre alimentación, ingestión excesiva de sodio y colesterol, el tabaquismo, y/o el empleo de sustancias que, como el alcohol o los estupefacientes, alteran la función del sistema nervioso (Mezey y col 1984).¹

Por otro lado a través del relato de la historia personal podemos darnos cuenta de las dificultades que la persona ha tenido que enfrentar en el transcurso de su vida y la forma como las ha abordado, lo que constituye un excelente indicador de la estructura previa de la personalidad.

Observaciones clínicas durante la entrevista.

Al mismo tiempo que se realiza la historia clínica, se van obteniendo datos que revelan el desempeño del estado emocional y mental de la persona de edad avanzada. El proceso de entrevista permite al examinador observar el nivel de comunicación verbal y no verbal que posee el anciano y las respuestas que obtenga le permitirán captar información subjetiva relacionada con la manera que el individuo se percibe a sí mismo, a su estado de salud y al ambiente en que vive. Por lo tanto, es indispensable analizar, no

¹M. Doval Mezey y col. 1984 Evaluación de la Salud del Anciano Editorial La prensa Médica Mexicana, S.A.

solo el contenido manifiesto, sino el significado latente que se expresa en la entrevista clínica.

Evaluación del estado mental y/o emocional del anciano

Los antecedentes clínicos obtenidos en el interrogatorio pueden ser reveladores de la existencia de ciertas alteraciones de tipo mental y emocional, por ejemplo, cambios en el comportamiento, en las relaciones interpersonales, talante emocional, la memoria, el grado de atención y el contenido y curso del pensamiento.

En la entrevista se debe precisar cualquier cambio ocurrido o descrito por el paciente, así como su funcionalidad. Si el anciano manifiesta una clara preocupación o alteración de sus procesos mentales, como miedos, fobias, hipocondriasis o sentimientos de menosprecio o desamparo, es muy importante determinar el grado en que tales hechos interfieren con su vida.

Como sucede en cualquier otra edad, es importante determinar si los cambios que ocurren en la vejez, se deben a causas pasajeras o están en relación con situaciones que le generan angustia. Muchas circunstancias cotidianas tienen gran impacto sobre el funcionamiento emotivo y mental de las personas de edad avanzada. Amster y Kraus (1974) han diseñado una escala en la que se correlacionan, por un lado, el número y variedad de los cambios vitales y, por el otro, el nivel de salud de los ancianos. Esta escala se puede emplear para estimar hasta donde los cambios vitales que ha sufrido un anciano puede ser la causa de un nivel de angustia suficiente para producir una enfermedad orgánica o un trastorno mental emocional (Mezey y col, 1984).

Como vimos en los capítulos anteriores la edad avanzada es una época de la vida en la que son frecuentes las pérdidas de seres queridos, amigos, habilidades físicas, salud y bienes materiales, por lo que es importante en la entrevista tratar de investigar el tiempo en que sucedió la pérdida o la dificultad, y el impacto que esto tuvo sobre el anciano.

Al revisar la psicopatología, se mencionó que en los individuos de edad avanzada, el padecimiento mental emocional que se presenta con mayor frecuencia es la depresión; esta suele ser

moderada y se presenta como un trastorno secundario a la soledad, a una pérdida muy sensible o a un problema físico. Sin embargo existen padecimientos como la depresión que puede aparecer como un precursor de enfermedades más graves como puede ser una demencia, por lo que es indispensable establecer un diagnóstico diferencial en este sentido.

En la evaluación en ancianos deprimidos, también es necesario determinar si la apariencia física, el abatimiento y la conducta indiferente del anciano constituyen cambios de reciente aparición. Se debe tener cuidado de definir si el incremento de estos síntomas por ejemplo, las molestias somáticas poco definidas y el rechazo a los contactos sociales, coincide con las fechas de aniversario de la desaparición de algún ser querido, o alguna fecha significativa para el anciano, fenómenos que se conocen como reacciones de aniversario (Mezey y cols 1984).

En la tercera edad, es indispensable tomar en cuenta las enfermedades físicas, el tiempo de evolución de las mismas, el tratamiento actual y los que ha llevado con anterioridad, la apreciación que el individuo tiene sobre la enfermedad y los tratamientos que ha recibido, así como los medicamentos que se le han estado administrando, pues como ya se mencionó en el capítulo sobre psicopatología, muchos fármacos que se ingieren en períodos de tiempo prolongado, pueden tener efectos secundarios sobre el estado de ánimo y la conducta de la persona.

4.2 EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental es una parte de la evaluación que se indica cuando es necesario descartar síntomas o enfermedades relacionadas con trastornos orgánicos y demenciales, sirve para establecer un diagnóstico diferencial, o bien es útil en la evaluación de déficits mentales. También es útil, cuando el objetivo es establecer la rehabilitación y el tratamiento adecuado en diversas dificultades como son las de comunicación, perceptuales, cognoscitivas, motoras, emocionales y conductuales que el individuo pueda presentar.

Como se señala en los textos clásicos de psiquiatría en el examen mental se debe valorar: a) El nivel de conciencia del individuo, que se refiere al grado de alerta a los estímulos ambientales. b) El aspecto general del paciente, que incluye la observación de las condiciones de aliño, higiene personal, la congruencia de la vestimenta, los gestos característicos, y la actitud que asume la persona frente al examinador. c) La conducta motora d) El tono afectivo predominante en la entrevista, donde se toma en cuenta la manifestación de la emotividad que puede observarse como exaltada, baja, lábil, angustiada, agresiva, llorosa, etc. e) Los aspectos cognoscitivos, en donde se evalúan los procesos mentales como el lenguaje, la capacidad de juicio, la atención, la concentración, el pensamiento, la memoria, la orientación, y por último se realiza una estimación de la capacidad intelectual del sujeto.

Mueller y cols (1989)² proponen organizar la exploración del estado mental en un formato jerárquico en la siguiente forma: 1) Presentación, 2) Conducta motora y afecto 3) Estado cognoscitivo 4) Pensamiento 5) Humor.

4.3 EVALUACION DE LAS FUNCIONES DEL YO

Además de considerar el examen mental y las condiciones del proceso psicodinámico obtenido en la historia clínica, para el proceso psicoterapéutico propuesto, es necesario evaluar las funciones del yo, aunque como lo señala Bellak (1986) únicamente se evalúan en forma sistemática y detallada, en el caso de personas seriamente perturbadas.

En el caso del tratamiento psicoterapéutico con los ancianos, es necesario tomar en cuenta el funcionamiento del yo, sobre todo lo que se refiere a la fortaleza y capacidad adaptativa.

² Howard H. Goldman 1989, Psiquiatría General Editorial El Manual Moderno, México D.F. pp. 202

Bellak (1970), señala que las tres áreas de funcionamiento yoico quedarían de la siguiente manera:

AREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

- 1) Prueba de realidad. 2) Sentido de realidad del self y del mundo.
- 3) Juicio de realidad. 4) Relaciones de objeto.

AREA DEL CONTROL Y MODULACION DE LOS IMPULSOS

- 5) Regulación y control de afectos e impulsos. 6) Funcionamiento defensivo. 7) Regresión adaptativa al servicio del yo.

AREA DEL MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

- 8) Función sintética integrativa. 9) Funcionamiento autónomo.
- 10) Barrera de estímulos. 11) Dominio y competencia.
- 12) Pensamiento.

En el área de contacto con el mundo externo, se encuentran cuatro funciones que pese a estar muy relacionadas entre sí, mantienen una cierta independencia, estas son:

La prueba de la realidad, supone la capacidad del yo para hacer la distinción entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual. Su alteración, ya sea debida a inmadurez, a interferencia o a regresión, se manifiesta en pérdida de los límites de ubicación de la percepción y/o del pensamiento (como en el caso de la alucinación o el delirio).

El sentido de realidad del self y del mundo, es una función propuesta por Bellak en 1973, a partir de una experiencia clínica: la despersonalización y la desrealización, patologías en las que se alude claramente la pérdida de la continuidad del self, en su identidad, coherencia y en su capacidad de tolerar presiones externas o internas. Esta función incluye el desarrollo del mundo de las representaciones del self y de los objetos por un lado, y por otro la posibilidad de diferenciar conflictos que afectan la dimensión externo o interno o la dimensión self objeto, en su representación, o ambas.

Cuando el sentido de realidad del self y del mundo se encuentran alteradas, se puede hablar de patologías psicóticas, si únicamente se encuentra alterada la capacidad de diferenciar conflictos internos y externos se cae en el terreno de lo

fronterizo o de lo narcisista. Como consecuencia inmediata de la alteración de estas dos funciones, se altera también el juicio de realidad, esto es la anticipación, la capacidad de prever la consecuencia de los propios actos y/o lo inapropiado de la conducta ante un contexto determinado.

La función de relaciones de objeto opera en dos dimensiones específicas, una sobre la forma y la calidad de las relaciones del yo con los objetos externalizados o internalizados, mientras que la otra se relaciona con el grado de evolución intrapsíquica con que se dan las relaciones de objeto. La prueba de realidad va a depender en mayor o menor medida del funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, y el sentido de realidad del self y del mundo lo que parece estar fuertemente condicionado por las vicisitudes de la relación de objeto temprana.

El área de control y modulación de los impulsos, pertenece al terreno de la teoría estructural, con funciones derivadas del choque entre los deseos y pulsiones y la realidad frustrante. Posteriormente al internalizarse esto, se estructuran las defensas y los mecanismos de modulación de la descarga del instinto y del afecto. Las formas de defensa más estructuradas son las llamadas defensas neuróticas como la represión, formación reactiva, aislamiento de los afectos y denegación, entre otras, y las defensas menos estructuradas que son las que tienen que ver con la respuesta directa impulso-realidad como son la negación, la escisión, la proyección y la introyección.

En el área de mantenimiento de la estructura, se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que proveen la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión. Asimismo se encuentra la función sintética integrativa, cuya función más importante consiste en reducir al máximo las incongruencias estructurales, reorganizando configuraciones que permitan al yo tener unidad como estructura, esto es la barrera contra los estímulos, el dominio y competencia que aseguran mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento,

que al ensayar con pequeñas descargas de la acción, permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso (Minchaca, P., 1987).

4.4 LA AUTOBIOGRAFIA

La autobiografía es una técnica psicológica , que puede ser incluida dentro de las pruebas proyectivas. Las instrucciones que se dan es que se narre o escriba los recuerdos que se tienen sobre la propia vida, de este modo, en forma libre la persona escoge entre sus experiencias aquellas que tienen un mayor significado para ésta, y que, en ese momento puede revelarse a sí misma y comunicarla a los otros.

En la evaluación de las funciones cognoscitivas, la autobiografía es una técnica que puede resultar útil, ya que permite observar, la claridad con que se exponen las ideas y la forma como el sujeto las organiza, así como el lenguaje que utiliza, lo que se constituye en un indicador para analizar el curso y contenido del pensamiento. De la extensión del relato se infiere la cantidad y riqueza tanto de la utilización del lenguaje como de las experiencias de vida; aunque existen personas sumamente evasivas, o bien limitadas por algún trastorno mental que en un breve párrafo resumen su vida o son incapaces de reconstruir sus experiencias.

En general con esta técnica es posible conocer a través del relato de la persona las diversas emociones asociadas a distintas experiencias de vida, así como el tono afectivo que prevalece la lo largo del relato.

Cuando el sujeto es capaz de organizar sus experiencias de vida en un relato coherente y congruente, se puede evaluar también los principales rasgos de personalidad del individuo, y la conflictiva que pudiera presentar, la que casi siempre aparece relacionada con la temática que sobre sale en el relato autobiográfico.

Por otro lado también es posible detectar en la narración la forma en que el sujeto enfrenta en general los distintos temas que

desarrolla, lo que ayuda a comprender los mecanismos de defensa más usados por el sujeto, su actitud frente a la vida y sus problemas, así como los aspectos psicodinámicos de su personalidad.

La autobiografía en el contexto de la literatura de la revisión de vida, se ha definido como una reconstrucción final de la vida del individuo. Esta es escrita o narrada por personas de edad avanzada que buscan conseguir un entendimiento positivo de sus vidas, de sus logros y en esencia de el valor que tienen para otros. Tal conceptualización ha prevalecido en la perspectiva del desarrollo, que postula que en el proceso de desarrollo de la persona, la revisión de vida es una manifestación de la última etapa de la vida (Tarman 1988).

Dentro de esta perspectiva del desarrollo Butler (1964), plantea que la vejez es el tiempo de revisar la vida, reafirmando las propias vivencias, e intentando la resolución de conflictos pasados que se reactivan frente a la consciencia de la muerte próxima.

La revisión de vida es concebida como un proceso mental que ocurre en forma natural y universal, caracterizado por el progresivo retorno a la consciencia de las experiencias pasadas, y particularmente el resurgimiento de los conflictos no resueltos; experiencias que en la autobiografía son examinadas por el sujeto y reintegradas a su self.

Butler espera que los individuos en su autobiografía incluyan: " la expiación de la culpa, la emergencia de la problemática de las identificaciones tempranas, la resolución de conflictos intrapsíquicos, y la reconciliación de las relaciones familiares....". Considera que las más dramáticas revisiones de vida, se dan en personas que incrementan parcialmente su insight pero en su relato aparece una sensación de haber desaprovechado la vida. Precisamente como estos individuos presentan un gran temor de morir, sienten que ellos nunca han vivido. Aquellos individuos que se resisten a este proceso de revisión de vida, y que evitan confrontar la eminencia de la propia muerte, o que niegan sus procesos de envejecimiento, tendrán dificultades para aceptarse a

sí mismo y las situaciones que viven, por lo que experimentarán tedio y frustración como lo señala el autor (Butler 1964).

En contraste con el énfasis del desarrollo psicológico más tradicional, cuyos representantes son autores como Levison, Erikson, Neugarten, y Butler, existe otra corriente de pensamiento en la que se considera a la autobiografía desde un punto de vista más social (Peterson 1972). Esta corriente denominada interpretativa, define a la autobiografía como la presentación dramatizada del sí mismo, estima que los ancianos a través de sus relatos, tratan de ofrecer una impresión favorable de ellos mismos con el fin de combatir el estigma social de la vejez. El enfoque interpretativo supone que los ancianos, a través de la elaboración de sus recuerdos tratan de convencerse a sí mismos y a los otros de sus "éxitos"; si lo logran, estarán en mejores posibilidades de negociar una identidad positiva y aceptación social, ya que al revisar sus actitudes y cambiarlas, se vuelven más aceptativos y también logran un mejor ajuste social (Lemon, Bengtson, Peterson, 1972).

La perspectiva interpretativa supone que la comprensión de la diversidad de la conducta humana y su relación con el medio, se consigue a través de la interpretación de los símbolos y su significado. Las investigaciones desde este enfoque están encaminadas a obtener un entendimiento global de las reminiscencias, en donde consideran las situaciones sociales en que se dan los cambios, más que únicamente a la persona.

Por otro lado postula que el individuo se hace humano o socializa, a través de la relación con otras personas. Desde esta postura teórica, las etapas de vida propuestas por los teóricos del desarrollo, deben verse como una creación social mediante las cuales el individuo se convierte en un ser social.

Las investigaciones llevadas a cabo para determinar los alcances de las teorías del desarrollo, tanto en la psicología fenomenológica como en la sociología interpretativa, son trabajos

que se caracterizan por pronunciarse en contra del énfasis individualista y asumen el proceso longitudinal de los procesos del desarrollo.

Ryff (1986), pretende investigar que tanto y como los adultos se ven a sí mismos en ese momento de su vida y los cambios que han tenido conforme han ido avanzando en edad. Esta autora se basa en las teorías del desarrollo para formular sus preguntas de investigación y seleccionar sus instrumentos de medida, pero su metodología se relaciona directamente con el enfoque fenomenológico tradicional. Se interesa principalmente en investigar las experiencias subjetivas de los ancianos y como se ven ellos mismos. Los hallazgos de esta autora sugieren que las construcciones teóricas actuales del desarrollo humano concuerdan con la experiencia de las personas de la tercera edad.

Sin embargo Cohler (1982), propone un punto de partida diferente del de la temprana tradición del desarrollo, sus críticas a estas teorías han llevado a alternativas radicales dentro del área de la psicología. Este autor visualiza el proceso del desarrollo no como una serie de transformaciones cuyas últimas fases emergen de las primeras, si no como una serie de transformaciones las cuales representan marcadas discrepancias en el desarrollo. Desde su punto de vista las primeras dos terceras partes de la vida están representadas por las transformaciones en la maduración, y argumenta que las transformaciones que ocurren posteriormente son básicamente resultado de efectos sociales, así como también de la consciencia del individuo de su finitud.

Desde esta perspectiva, la interpretación de las reminiscencias tienen una función diferente. La autobiografía es vista como un amplio proceso de la narrativa personal, un procedimiento en donde la empresa individual es el resultado tanto de las presiones sociales como de las razones psicológicas con el fin de lograr una estimación coherente y consistente del curso de su propia vida con frecuencia inconsistente. Cohler con esta perspectiva pone énfasis en la dimensión social, en donde

sostiene que la narrativa debe tener sentido tanto para los otros como para la persona que crea su propia historia de vida (Cohler 1982).

El trabajo teórico de Marshall de la revisión de vida también cambia la tradición dominante del desarrollo en el estudio de las reminiscencias. Este autor sugiere que se debe evitar asumir en forma rígida, que la conducta humana está determinada por restricciones normativas o por causas inherentes al desarrollo. Plantea desde una perspectiva interpretativa, que este proceso debe visualizarse en lugar de como un ejemplo de una construcción social de la realidad, como el reconocimiento de una dimensión social que se incluye en el proceso de revisión de vida.

Esta mezcla de lo psicológico y lo social, que evidentemente ocurre en el desarrollo, representan un área prominente de futuros cuestionamientos al incluir el análisis interpretativo derivado de estos desarrollos teóricos, con lo que se espera obtener una mejor comprensión de la revisión de vida (Tarman 1988).

CAPITULO IV

LA PSICOTERAPIA

EN LA TERCERA EDAD

5.1 ANTECEDENTES

En la bibliografía revisada para la elaboración de esta investigación, se aprecia que son muy pocos los autores que han incursionado en el campo de la psicoterapia con personas de edad avanzada. En países como Estados Unidos, la información disponible sobre la práctica de la psicoterapia de psicólogos clínicos y psiquiatras no es muy abundante, sin embargo se sabe que esta actividad se realiza principalmente con jóvenes y adultos en la mitad de la vida, y son muy pocos los que se dedican a la atención de ancianos (Butler, 1975. Redich y Kellert, 1978).

La falta de servicios de esta índole, parece deberse a que los terapeutas prefieren tratar con personas jóvenes, porque se piensa que los jóvenes responden mejor al tratamiento. Esta conclusión se basa en la experiencia personal de algunos de los psicólogos, ya que existen pocos datos sobre la eficiencia de las terapias psicológicas con personas mayores (Joanne Stever 1982).

En los primeros trabajos analíticos de Breuer y Freud reportados en los Estudios sobre la Histeria(1893-1895), para demostrar el significado de la represión sexual infantil en la etiología de la histeria, Freud mostraba casos tanto de mujeres mayores como de jóvenes. No sorprende que las mujeres de edad fueran incluidas en esta muestra, ya que la histeria es de las enfermedades más persistentes y sus manifestaciones permanecen relativamente sin cambios a través de la vida. Sin embargo los pacientes que atravesaban por la mitad de la vida o mayores fueron excluidos de sus muestras clínicas y en la elaboración de su teoría no vuelven aparecer informes clínicos de pacientes de edad. Como

protesta Karl Abraham (1919), postula que es más importante la edad de la neurosis que la edad del paciente lo que es crucial para decidir la utilidad de un tratamiento psicoanalítico. Más tarde , Carl Jung después de abandonar el movimiento psicoanalítico, toma la postura de que las personas mayores pueden beneficiarse del tratamiento, pero desafortunadamente esta postura fue vista por los otros analistas como parte de su rompimiento con la teoría de la libido y su necesidad de quitarle fuerza a los conceptos de la sexualidad en relación a la psique humana.

En los años veintes con el desarrollo del modelo estructural y en los cuarentas con la psicología del yo, los seguidores del psicoanálisis continuaron viendo la edad como limitante para el tratamiento analítico. Las personas de edad eran consideradas como rígidas en su estructura de carácter, con dificultad para realizar cambios y carentes de la necesidad de establecer nuevos objetos de amor.

Los pioneros de la psicoterapia con pacientes senectos fueron principalmente Martin y Degrunchy, 1933; Grotjahn, 1940,1955; Martin, 1944; Weinberg,1951; Goldfarb,1953; y Merlçoo,1955,1961 entre otros. Estos autores se dieron a la tarea de modificar la técnica psicoanalítica tradicional, advirtiendo la necesidad de que los terapeutas que trabajen con ancianos sean cálidos, apoyadores y activos. Sin embargo estos estudios y los subsecuentes reportes clínicos (Pfeiffer, 1976; Lazaruz,1980; Lazaruz y Weingerg, 1980) señalan que son muy pocos los estudios empíricos con pacientes ancianos con una respuesta positiva hacia la psicoterapia que sustenten este optimismo.

Actualmente los datos de la psicoterapia en población geriátrica, se basan principalmente en el consenso clínico y en el estudio de casos, con algunos datos empíricos disponibles en algunas áreas específicas como: Cognoscitiva (Gallagher y Thompson 1982); Conductual, grupal, y de Estatus Social (Sadavoy y Robinson 1989); Tratamiento Institucional (Goldfarb y Turner 1953) y Psicoterapia breve (Lazarus et al. 1987). Gallgher y Thompson (1983) compararon los resultados obtenidos con la terapia

cognoscitiva, la conductual y la psicoterapia breve orientada al insight en 30 pacientes deprimidos (15 endógenos y 15 no endógenos). En las tres modalidades terapéuticas obtuvieron resultados positivos, comparables a las obtenidas con antidepresivos tricíclicos en poblaciones similares.

Lazarus (1988) hace mención sobre las opiniones aparentemente contradictorias que surgen de la literatura acerca de la psicoterapia en geriatría, señala que estas generalmente son resultado de observaciones realizadas en diferentes cortes de edad. La contradicción, frecuentemente se resuelve si el terapeuta aplica los principios apropiados de la psicoterapia al subgrupo apropiado de ancianos, evitando así pretender homologar la edad de la población. La edad por sí misma no es un factor de definición ni como indicador, ni como contra indicador del empleo de alguna terapéutica específica (Nemiroff y Colarusso 1985; Myers 1984; y Leszcz 1987; Rechtschaffen 1959; Steuer 1982; Yesavage y Karasu 1982)

Las metas, indicaciones, técnicas y procesos psicoterapéuticos, se definen mejor tomando como base la funcionalidad más que la perspectiva cronológica. Las funciones en la edad madura, se pueden conceptualizar como un continuo entre dos polos: la normatividad de la edad en un extremo y la debilidad física y mental en el otro (Kahana 1979).

Grunes (1988) por su parte señala que el considerar al anciano como una persona rígida en su estructura de carácter, con dificultad para aceptar cambios y falta de habilidad para establecer nuevas relaciones objetales ha limitado el tratamiento psicoterapéutico en este grupo de edad.

Afortunadamente en la última década algunos estudios reportan con sorpresa la flexibilidad del yo que permite aún cambios después de terminada la llamada "elasticidad de la personalidad"; premisa básica en la que autores como Butler (1963), Grunes , Lazaruz (1988) se apoyan para el tratamiento psicoterapéutico con personas mayores.

Sin embargo esto no se puede generalizar, como antes se mencionó en la vejez, como en otros grupos de edad, para el tratamiento es necesario considerar el modelo terapéutico a seguir de acuerdo a la integridad física y mental de la persona, a los síntomas que manifiesta y a los objetivos que se persiguen.

5.2 JUSTIFICACION

En el capítulo anterior se indica que para poder establecer el tratamiento se requiere también considerar las características de personalidad del anciano, pues aunque en general, en esta edad algunos rasgos de la personalidad tienden a volverse más rígidos, la mayor parte de los otros rasgos permanecen bastante estables durante la vejez.

En una evaluación es muy importante definir claramente los antecedentes de la personalidad del individuo, antes de tomar un determinado rasgo presente como manifestación propia del envejecimiento.

En el tratamiento psicoterapéutico con los ancianos es necesario también regular las funciones tanto internas como externas ya que estas personas son particularmente susceptibles al daño narcisista, susceptibilidad asociada a las pérdidas que ocurren con el proceso de envejecimiento. En este sentido se requiere considerar los prejuicios que se presentan tanto del paciente como del terapeuta. Es posible que el viejo vea al terapeuta como un intruso, por lo que es necesario entender y aceptar el estigma que frecuentemente acompaña ese residuo narcisista del individuo en esta etapa de la vida. El terapeuta por su lado debe lidiar con su propio esquema de la vejez que lo puede llevar a considerar al anciano como un paciente demasiado viejo, sin esperanzas y sin la suficiente capacidad para reflexionar en sus propios procesos (Berezin 1988).

Por otro lado se debe considerar en el tratamiento psicoterapéutico el problema que representa para la empatía la diferencia de edad y la psicopatología del paciente. Es necesario que el terapeuta analice y reviva sus experiencias tempranas con

padres y abuelos, ya que el proceso terapéutico puede generar actitudes inconscientes derivadas de la internalización de actitudes de sus padres y abuelos.

La terapia con pacientes que presentan conflictos con sus pérdidas requiere de técnicas especializadas como lo señala Butler (1963), en estos casos esta indicado trabajar con terapia de reminiscencias en donde el reto del terapeuta consiste en revivir el pasado del paciente, volverlo al presente y trabajar los conflictos en el aquí y el ahora.

Berezin (1988), menciona, que dependiendo del síntoma y el diagnóstico se elige la aproximación terapéutica adecuada para cada paciente. En la práctica se presentan una gran variedad de síntomas y existen diversas terapias dirigidas a modificar esos síntomas. Estos enfoque terapéuticos van desde la terapia con medicamentos a la manipulación ambiental; y desde la psicoterapia de apoyo a la psicoterapia orientada al insight. Cada una de estas aproximaciones tiene sus indicaciones y sus limitaciones. La psicoterapia a seguir dentro de este amplio rango, depende de muchos factores que incluyen por supuesto la historia clínica y el diagnóstico.

En mi experiencia, trabajando con personas de la tercera edad que asisten a un centro de rehabilitación física y club social, me he percatado de ciertas dificultades de adaptación que se manifiestan en diferentes síntomas físicos, psíquicos y sociales, que dificultan su relación familiar y social y generan un gran malestar emocional al paciente. Estas dificultades son posibles de abordar con técnicas de la psicoterapia breve propuestas por Bellak y Small (1976) y empleadas por Grunes y Lazaruz (1988), en la que se incluye la modalidad de la terapia de reminiscencias a través del uso de la autobiografía.

Se escogieron estas técnicas por considerar su pertinencia en relación a las características de la población y por haber demostrado su efectividad no solamente en la mejoría de síntomas,

sino también por favorecer cambios en el ajuste social lo que eleva la calidad de vida de este grupo de edad.

Específicamente en esta investigación se procuró a través del tratamiento psicoterapéutico que la persona de edad se integre al Centro, en donde puede tener un espacio de atención y esparcimiento que en sí es terapéutico.

La psicoterapia breve desarrollada por Bellak y Small y propuesta para este trabajo, es un método de tratamiento para síntomas y problemas de adaptación que requieren alivio lo más rápidamente posible, debido a que por su naturaleza, colocan al individuo en inferioridad de condiciones. Para ellos, la distinción de metas respecto de otros métodos consiste en que la psicoterapia breve se limita a eliminar o aliviar síntomas específicos, pero no intenta reconstruir la personalidad, si bien la intervención dinámica puede, como efecto secundario, conducir a la reestructuración autónoma de dicha personalidad.

Bellak y Karasu (1976) proponen que la terapia de emergencia puede elegirse por varias razones. Algunas personas mayores sentirán impaciencia aunque puedan requerir claramente de alguna ayuda en sus momentos de crisis. El profesional puede aplicar un acercamiento de emergencia para aliviar la crisis, ayudando así a la persona a continuar funcionando y anticipándose a prevenir mal adaptaciones más serias.

Los principios más importantes empleados en la terapia breve son particularmente apropiados en el tratamiento de las personas mayores; debido a que estas personas sienten muchas veces que les queda poco tiempo de vida, reciben con beneplácito un planteamiento y soluciones breves y directas a los de los problemas y molestias emocionales que los aquejan. Aquellos que tienen pocos familiares y escasos amigos, responden favorablemente a establecer y mantener transferencia positiva así como el énfasis en el apoyo y la interpretación, junto con la intervención médica y ambiental.

5.3 LA PSICOTERAPIA BREVE EN LA TERCERA EDAD

5.3.1 Consideraciones teóricas

Para Lazaruz (1988), el estudio de la psicoterapia breve ofrece menos dificultad que el estudio de las terapias de largo plazo, porque se selecciona un foco específico y medible para trabajar con un tiempo de tratamiento limitado.

Este autor considera que generalmente, los estudios sobre psicoterapia de largo plazo utilizan medidas globales que proporcionan resultados acabados acerca de la intervención, pero no capturan en esencia el proceso psicoterapéutico. David Malan (1963), desarrolló una metodología para estudiar en detalle el proceso y los resultados de la psicoterapia breve con orientación dinámica en pacientes adultos externos, ésta se basa en la premisa de que cada paciente tiene problemas que le son propios y una personalidad única. Por lo tanto enfatiza que deben usarse medidas individuales y específicas en vez de medidas que proporcionen resultados globales.

En sus estudios Malan (1976,1979) encontró que la psicoterapia breve con orientación psicodinámica no únicamente ayuda a resolver conflictos y mejorar síntomas, sino que, eventualmente también puede ser un factor de cambio caracterológico. De acuerdo a los estudios de Malan, el éxito de los resultados se correlacionaron en forma positiva con la capacidad de insight y de establecer una alianza de trabajo con el terapeuta del paciente adulto.

Horowitz (1976) y sus colegas también concentraron sus esfuerzos en la investigación sobre psicoterapia breve con orientación psicodinámica con adultos externos, especialmente aquellos con neurosis y síndromes de estrés. Estos autores en uno de sus mas recientes estudios trabajaron con 52 pacientes adultos, que trataron con este enfoque (Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt, y Rosebaum, 1984), en donde encontraron como predictores significativos de un resultado positivo del proceso, la alianza terapéutica y la acción del terapeuta; estas variables fueron consideradas en interacción con dos variables del paciente: la motivación para la psicoterapia y el nivel del desarrollo del

concepto de sí mismo. Concluyen que cualquier aproximación psicoterapéutica es mejor si el paciente cuenta con una adecuada organización mental y una alta motivación. Con pacientes desorganizados, con baja motivación y un pobre concepto de sí mismos, es mejor el empleo de la terapia de apoyo. (Lazaruz et. al 1988)

Sin embargo, no existe otro estudio de psicoterapia breve que haya encontrado específicamente lo que Malan (1976) y Horowitz (1976) señalan como predictores de los resultados. Un estudio realizado por Burckley y cols., verso sobre la predicción de resultados del tratamiento con psicoterapia breve de 21 estudiantes de medicina (Buckley, et al. 1984), estos investigadores encontraron que la utilización de la proyección como defensa , o su equivalente en el reproche sorpresivamente eran buenos predictores de un resultado positivo. Lazarus (1988), considera que las tres variables del proceso que correlacionan con resultados positivos en la psicoterapia son : El apoyo que ofrezca el terapeuta, la identificación del paciente con el terapeuta , y la elevación de la autoestima.

Hasta la fecha se han generado pocas investigaciones del proceso y resultado de la psicoterapia breve con orientación psicodinámica en pacientes ancianos externos (Silberschatz y Curtis 1982). Sin embargo estos autores consideran que este enfoque es especialmente apropiado para trabajar con ancianos ya que por ser de tiempo limitado , toma en cuenta que la persona de edad no tiene mucho tiempo por delante pero el proceso en sí permite comunicar sus confidencias y recuperar la habilidad para manejar el estrés tal como se hacía en el pasado. Además el establecer un tiempo limitado para la psicoterapia reduce el temor del paciente de entablar una dependencia proteccionista con el terapeuta. Zetzler (1969) realizó un estudio en el Hospital General de Massachusetts en donde utilizó de 6 a 7 sesiones de psicoterapia con ancianos, encontró que los pacientes en ese tiempo mejoraban y remitían síntomas pero que no se liberaban totalmente de sus conflictos. Lazarus (1988) considera que se requiere investigar si

la técnica de la psicoterapia breve se utiliza igual con los pacientes jóvenes que con los ancianos, o si es necesario desarrollar cambios específicos en el proceso para ser utilizado con pacientes de edad.

Para evaluar la eficacia del proceso de la psicoterapia breve con orientación psicodinámica con senectos, los terapeutas del equipo interdisciplinario geriátrico del Instituto de Psiquiatría del Estado de Illinois (ISPI), en colaboración con la Universidad del Noroeste de Chicago Illinois, en 1979, comenzaron a aplicar la técnica de la psicoterapia individual, en donde desarrollaron una metodología para valorar los resultados del estudio con pacientes de la tercera edad. El equipo de investigadores estaba formado por tres psiquiatras, tres psicólogos y un trabajador social. En los primeros reportes de los pacientes que inicialmente trataron, los autores (Lazarus, Groves y Newton,1984) encontraron que éstos, obtenían mejoría en sus síntomas con comparativamente muy pocos cambios en sus principales conflictos psicodinámicos. Encontraron también que básicamente los tres factores que más contribuyeron para la obtención de un resultado positivo en el incremento de la autoestima y el sentido de control del paciente, fueron: 1) Los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta; 2) El apoyo, más que las técnicas terapéuticas orientadas al insight; y 3) el uso por parte del paciente de mecanismos de defensa de externalización y proyección. Estos pacientes tienden a atribuir sus dificultades a sus cónyuges, a los hijos, al médico o a la organización, pudiendo de este modo separar en forma asertiva lo que psicológicamente y físicamente perciben como fuente de sus problemas. Sin embargo aunque con el tratamiento obtienen una mejoría de sus síntomas y logran elevar su autoestima, con frecuencia se observa que esto acarrea una declinación de su relación con la persona u organización a la que culpan de sus problemas. En otras palabras, los mecanismos de defensa de proyección y externalización, elevan la autoestima con un costo en la relación interpersonal.

Tratamiento

5.3.2. Principios Generales

Como ya se menciona el terapeuta de ancianos, debe ser flexible y tomar en cuenta la necesidad de cambiar a otro enfoque terapéutico cuando esto sea necesario, ya sea por crisis, cambios en la salud, o cualquier otra eventualidad (Blau y Berezin 1975; Yesavage y Karasu 1982).

El terapeuta debe utilizar la psicoterapia como tratamiento primario, o en combinación con otros tratamientos, como puede ser el médico, el social y la manipulación ambiental. No existe una técnica única, principio o regla de la psicoterapia que funcione adecuadamente en la heterogeneidad de la población geriátrica (Lazarus 1988).

La compleja relación que se da en las esferas de lo físico, lo psicológico y sociocultural en los problemas que confronta el anciano, requiere que el terapeuta además de ser flexible, trabaje en estrecho vínculo con el equipo interdisciplinario de salud y en ocasiones juegue diferentes roles. En algunas circunstancias debe actuar también como terapeuta familiar, o conjuntamente con el médico para valorar los efectos secundarios de los medicamentos que pueden agravar los síntomas psicológicos, y por otro lado también debe considerar la situación global de la organización social para estar en posición de manipular variables medio ambientales.

La evaluación en principio debe realizarse con el paciente a solas, para valorar su funcionalidad, su estado mental, su capacidad de insight y la forma como concibe sus dificultades. Solo así se esta en posibilidades de determinar si el paciente es candidato o no para este tipo de intervención.

Algunos ancianos son muy aprensivos en relación a consultar un especialista (psicólogo o psiquiatra); sin embargo, una exploración cuidadosa pone en alerta sobre las resistencias a la terapia, lo que es posible manejar a través de la empatía y una explicación realista de la situación y las posibilidades de tratamiento; con frecuencia esto genera seguridad en el paciente y facilita la relación terapéutica. Cuando los familiares o el

anciano se encuentran muy ansiosos o desesperanzados, el terapeuta debe adoptar un rol activo para poder trabajar sobre las resistencias a la terapia, demostrando voluntad para ayudar y desde la primera entrevista hacer patente los beneficios de la intervención, explicando por ejemplo el plan de tratamiento y como este ofrece esperanzas incluso para otros tratamientos.

En la primera entrevista es necesario establecer el foco de la psicoterapia en relación a los síntomas y la información de vida relevante que se logre obtener.

5.3.3 Metas de la Psicoterapia

Las metas de la psicoterapia deben ser realistas, ya que es necesario que el paciente obtenga dominio psicológico sobre el pasado, evitando de este modo que se agraven sus dificultades de adaptación.

Cuando se trabaja con una orientación psicodinámica, se requiere formular y trabajar sobre los conflictos transferenciales que se remueven durante el tratamiento; el alivio de fuentes inconscientes de conflictos en otras etapas de la vida asociadas con vergüenza, culpa y humillación se trabajan a través de las reacciones al dolor de las pérdidas no elaboradas que han mermado la creatividad y la capacidad de intimar del paciente. Pollock, (1987) considera que la resolución de los conflictos interpersonales del anciano, con frecuencia se relacionan con conflictos inconscientes que es posible trabajar a través de elaborar pérdidas y encontrar recursos sustitutos en la elevación de la autoestima visualizando aspiraciones posibles y retirando la idealización de logros que no es posible obtener por las circunstancias impuestas por la vida (Pollock 1987).

Cuando las defensas psicológicas están agobiadas por la crisis, la primera meta de la psicoterapia es ayudar al paciente a recobrar su nivel habitual de funcionamiento mas que intentar un cambio estructural o el manejo de las dificultades intrapsíquicas. Durante y después de la crisis con frecuencia los pacientes requieren ayuda para poder identificar nuevos y más realistas niveles de funcionamiento y trabajar en relación a esto.

Lazarus (1988) sugiere que tanto con los ancianos estructurados como con los frágiles, durante las fases de crisis se deben establecer metas específicas de tratamiento, que incluyen el duelo por la pérdida de las capacidades (si el paciente tiene la suficiente fuerza y/o capacidad para trabajar con sus pérdidas); dirigiendo la energía y la creatividad hacia el funcionamiento a niveles realistas; redefiniendo las relaciones interpersonales y la aceptación de un nivel adecuado de dependencia; aceptando y/o trabajando la separación, los conflictos removidos y los miedos; buscando un ajuste a través de nuevas fuentes de gratificación, por ejemplo, el establecimiento de nuevas relaciones interpersonales (en el caso de esta investigación con otras personas que asisten al centro y se involucren en las actividades del mismo centro); el control de la regresión y limitar el uso de defensas primitivas como la proyección, la negación y el pensamiento mágico (Sadavoy 1987); y reestableciendo defensas adaptativas que promuevan sentimientos de control y dominio en el anciano (Goldfarb y Sheps 1954). El empleo de la psicoterapia en crisis sobre todo es útil para mejorar el manejo del estrés y lograr una mejor adaptación emocional que incluye un uso más apropiado del cuidado de la salud y del apoyo del sistema social (Lazarus 1988).

5.3.4 Indicaciones para la Psicoterapia

El uso de la psicoterapia orientada al insight esta indicada con pacientes ancianos funcionales y motivados, que tengan la suficiente capacidad de auto observación; que muestren aflicción y sean capaces de tolerar afectos dolorosos sin una excesiva regresión; y que hayan demostrado capacidad para el trabajo productivo, para tener intimidad y para experimentar placer (Pollock 1987).

La adaptación al estrés y a las pérdidas asociadas con el proceso de envejecimiento pueden estar acompañadas por una gran variedad de conflictos en donde también esta indicado el uso de la psicoterapia individual, los beneficios en estos casos incluyen la adaptación a las pérdidas; conflictos relacionados con el miedo o la posible declinación sexual; miedos en relación a pérdidas de la

identidad relacionados con gratificaciones narcisistas como la productividad en el trabajo; conflictos maritales; temor a la dependencia; fallas en la obtención de metas que con frecuencia emergen de una percepción idealizada de sí mismo ; y de la comprensión de la mortalidad frente a la inminencia de la propia muerte (King 1980).

Conforme avanza el proceso de envejecimiento, las técnicas de intervención en crisis pueden reportar mayores beneficios. La terapia de apoyo generalmente está indicada mientras las defensas y la capacidad adaptativa del paciente puedan ser reconstruidas. La psicoterapia en esos casos se lleva a cabo junto con un apoyo médico, farmacológico y medio ambiental (Kahana 1987). También puede considerarse a la psicoterapia breve y la terapia cognoscitiva particularmente útiles en algunos de estos casos. Pero es necesario tener cuidado de no modificar las defensas a través de la interpretación de las mismas, esto solamente se hará en aquellos casos en que el paciente tenga la suficiente capacidad para reemplazar sus defensas por otras mas adaptativas, al mismo tiempo que pueda apoyarse en mecanismos narcisistas que suplan estas defensas, protegiendo así de sufrir un daño en la autoestima al cambiar la relación con los objetos del self (Yesavage y Karasu 1982).

Neugarten (1979) sugiere que una crisis esperada en determinada edad, es mas fácil de manejar que las crisis individuales que se presentan fuera de la temporalidad de esa etapa de la vida; por ejemplo, tener que enfrentar la muerte de un hijo en la edad madura es más difícil porque está fuera de la etapa cronológica en que se espera este evento. En esos casos se indica la psicoterapia individual por la incapacidad de la persona para adaptarse y dominar el impacto psicológico de la crisis. La vulnerabilidad psicológica puede agravarse cuando la persona ha tenido una historia de severas privaciones tempranas; ha tenido que lidiar con defensas rígidas y primitivas; cuando el sobre control de los objetos del self incluyen las relaciones íntimas; ha tenido que enfrentar diversas e intolerables agresiones en algunas

circunstancias de su vida como puede ocurrir por ejemplo en la guerra, en crisis de las capacidades del yo por patología física y/o emocional; y por la poca capacidad de las personas que lo rodean, especialmente los familiares para tolerar el sufrimiento del individuo.

La debilidad emocional, generalmente interfiere con la capacidad para tolerar una psicoterapia profunda, la que por lo general esta contra indicada. Sin embargo incluso en el grupo de ancianos débiles emocionalmente la terapia con un foco específico, en el aquí y el ahora ofrece beneficios utilizando técnicas de insight e interpretación (Rosenthal 1985).

5.3.5 La Transferencia

Aunque existen pocas evidencias clínicas que apoyen enfáticamente el concepto de una transferencia específica por la edad, las situaciones de estrés inherentes a la edad avanzada, tienden a movilizar ciertas reacciones mas frecuentemente que otras. Desarrollos posteriores de la teoría, sugieren que la transferencia no únicamente proviene de procesos inconscientes vinculados a figuras significativas de la primera infancia, sino que además contiene elementos de relaciones objetales significativas adquiridas (internalizadas) en la etapa adulta, por ejemplo, la transferencia con el cónyuge, los hijos y los contemporáneos (Nemiroff y Colarusso 1985).

El anciano poco funcional que tiene que enfrentar un sin fin de miedos y conflictos, fácilmente desarrolla una transferencia parental con una idealización mágica del terapeuta con la esperanza de ser protegido y salvado. En este proceso transferencial, el paciente se percibe como débil y sin esperanzas, mientras que el otro (el terapeuta) es poderoso y protector. En ocasiones, especialmente cuando se frustra al paciente, puede rechazar en forma agresiva al terapeuta y relacionarlo con un padre, hijo o cónyuge abandonador.

Las agresiones narcisistas inherentes a la pérdida de la belleza, el poder y la capacidad física muy a menudo promueven una transferencia idealizada y/o de espejo hacia el terapeuta. el

paciente se percibe a sí mismo con el poder y la admiración que atribuye al terapeuta. El paciente inconscientemente cree que el terapeuta lo admira y se beneficia de su relación con él. Este proceso transferencial se da con frecuencia en pacientes débiles institucionalizados que han tenido que enfrentar dolor, enfermedad y pérdida de las capacidades. En los procesos de duelo, especialmente por la pérdida del cónyuge, es posible que se de una transferencia de "amor" erotizada por deseo inconsciente del paciente de reemplazar el apoyo y amor de el esposo (a). El paciente se siente con mucha más juventud y una mejor imagen, se percibe a sí mismo como apropiado sexualmente para el terapeuta (Crusey 1985). En la misma forma, es posible que este tipo de transferencia erotizada se movilice en pacientes que se han percatado de su declinación sexual y de su imposibilidad para procurarse objetos sexuales. Esto puede llevar a que el paciente presente sentimientos negativos muy intensos hacia el terapeuta, quién es percibido como incapaz o sin voluntad para devolverle su juventud y sexualidad perdidas. En el fondo este enojo encubre depresión y pérdida de la autoestima.

Es posible que los ancianos jubilados que tienen que afrontar la pérdida de su autoestima, el enojo o la depresión, establezcan una transferencia filial de rivalidad con el terapeuta. El paciente puede empezar a sentirse como el hijo devaluado y no querido, mientras el terapeuta es percibido como el hijo valioso y exitoso. Consciente o inconscientemente los conflictos sobre la propia muerte pueden favorecer una visión idealizada del terapeuta, el que es visto con cualidades de un padre, hermano (a), esposo (a) protector, que lo resguardara de inevitable muerte. La realista incapacidad del terapeuta para proveer las necesidades de confort y protección que demanda el paciente, puede inducirlo a presentar una transferencia negativa, en donde el terapeuta se percibe como la figura de un padre, esposo (a), hermano (a) frustrador (Lazarus 1988).

Los pacientes geriátricos pueden desarrollar una "aparente" resistencia transferencial, en la que desafían al terapeuta; por

ejemplo pueden verlo como muy joven y sin experiencia y por lo tanto incapaz de entender a un viejo. Esta actitud con frecuencia es una defensa inicial para evitar profundos miedos de pérdida de la autoestima. En la modalidad llamada transferencia inversa (Grotjahn 1955; Levin 1965; Myers 1984), el paciente adopta la postura del viejo con experiencia, mientras el terapeuta es visto como un joven que todavía necesita ayuda y educación. Otra versión de la transferencia inversa, puede hacerse evidente cuando el paciente adopta una postura de padre bondadoso. Sin embargo en el fondo la interacción que emerge, ya sea positiva o negativa, con frecuencia encubre sentimientos de desesperanza, inferioridad y miedos en relación a la declinación.

5.3.6 Contratransferencia

Los terapeutas con frecuencia no conciben o piensa que la psicoterapia pueda realizarse con individuos de edad avanzada (Ford y Sbordone 1980). La contratransferencia (reacciones inconscientes hacia el paciente) y la contra reacción (reacciones conscientes) pueden estar presentes en esta aparente evitación al tratamiento de los ancianos (Butler y Lewis 1977). La contra reacción incluye sentimientos de que los ancianos son poco atractivos, improductivos, que están cerca de la muerte, que son crónicos e incapaces de hacer cambios. Estas ideas sobre el paciente senecto no están apoyadas por la experiencia clínica.

Los anciano poco funcionales, especialmente los que están institucionalizados, son los que más tienden a movilizar los conflictos sin resolver en relación al envejecimiento, que incluyen miedos inconscientes a la enfermedad, a la declinación de las capacidades y a la muerte (Nemiroff y Colarus 1985; Yesavage y Karusu 1982). El terapeuta puede experimentar ansiedad en relación a sus pacientes aparentemente tan desesperanzados y dependientes, que le generan miedo de quedar atrapado en esa relación sin poder manejar la separación o las reacciones del paciente. En forma inversa frente a la declinación del paciente, el terapeuta puede actuar con grandiosidad por una necesidad de conquistar las fuerzas

del envejecimiento (Myers 1984). En tales circunstancias se pone en riesgo el narcisismo del terapeuta, lo que puede expresarse en depresión o en un enojo irracional (Nemiroff y Colarusso 1985). Cuando el terapeuta se sobre identifica con los problemas del paciente, es posible que surjan sentimientos de compasión y tristeza, que exactamente bloquean la empatía y una exploración realista de las posibilidades de cambio. En sentido opuesto, el terapeuta puede inconscientemente evitar el dolor precisamente identificándose con la tristeza y pérdidas del paciente. Si se preocupa demasiado por los problemas de éste, el terapeuta puede evitar la terminación del tratamiento, por la convicción de que está manteniendo vivo al paciente, de este modo el continuar la terapia se torna en una defensa para evitar que el paciente muera. Cuando se trabaja con pacientes geriátricos, especialmente con el grupo de ancianos funcionales, los terapeutas (particularmente los más jóvenes e inexpertos) pueden verse impactados y/o mostrar una actitud de rechazo cuando descubren sentimientos contratransferenciales eróticos en ellos mismos. La creencia de que los ancianos no tienen necesidades sexuales, puede actuar como defensa contra conflictos no resueltos sobre la sexualidad parental o conflictos edípicos (Myers 1984; Nemiroff y Colarusso 1985; Zinberg y Kaufman 1963).

La terapia con pacientes ancianos puede movilizar sentimientos contratransferenciales asociados con conflictos no resueltos con los padres, más aún que cuando se trabaja con pacientes jóvenes (King 1980; Myers 1986). Por ejemplo, una hostilidad no resuelta con estas figuras, puede llevar al terapeuta en forma defensiva a idealizar a las figuras parentales, o bien a utilizar modelos de intervención de apoyo proporcionando únicamente una ayuda en lo superficial, evitando de este modo tocar áreas más profundas del conflicto psicológico (Grotjahn 1955; Lazarus y Weinberg 1980). Sentimientos similares pueden llevar a un deseo inconsciente de dominar al paciente (padre) en donde el terapeuta adopta una postura de control (Lazarus 1988).

5.3.7 Procedimientos

La Comunicación

La palabra, desde luego, es el medio básico de comunicación en psicoterapia. La elección de palabras del paciente, el ritmo de su discurso, el estilo y método de expresarse, el énfasis o la carencia de él, todo puede comunicar al terapeuta información importante (Bellak y Small 1980). En la comunicación terapéutica se debe estar atento tanto al contenido manifiesto (consciente), como al contenido latente (inconsciente) del discurso. Con los pacientes de edad, es importante para elegir este tipo de intervención, que aunque presenten ciertos problemas para expresarse verbalmente, puedan comunicar al terapeuta sus dificultades, y puedan entender conceptos; esto es que conserven la capacidad de expresión verbal y capacidad para hacer abstracciones.

En la psicoterapia con ancianos es posible que algunos los falte vocabulario para describir lo que sienten o lo que piensan y sobre todo no tienen la costumbre de contarle a otra persona lo que sienten; o bien no están acostumbrados a la introspección o a verbalizar los resultados de su introspección. En este sentido es necesario que el terapeuta facilite la comunicación, se muestre tolerante con una gran capacidad de escucha, y en ocasiones flexible con el tiempo de la sesión.

Debido a lo limitado de las sesiones y a la situación particular del anciano, en la psicoterapia breve se debe favorecerse una transferencia positiva.

Establecer el foco de la Psicoterapia

Para facilitar el proceso de la psicoterapia, una vez que el paciente empieza a comunicarse, el terapeuta se hace una idea de los denominadores comunes entre la conducta presente, la historia pasada y la relación terapéutica. Cuando se han determinado los síntomas, se elige un foco sobre el que principalmente se va incidir en el proceso de la psicoterapia (Bellak y Small 1980).

La catarsis

Como se sabe la catarsis por sí sola no es suficiente para producir un cambio verdadero y cuando mucho conduce a un alivio temporal seguido casi siempre por una recurrencia de los síntomas u otros nuevos, a menos que se utilice en combinación con otras intervenciones dinámicas (Bellak 1980).

No obstante la catarsis juega un papel significativo dentro del proceso psicoterapéutico sobre todo con personas de edad avanzada, puede ser útil hacer que el paciente reviva el suceso con el fin de evitar la negación o represión y darle oportunidad de manifestar emociones, ira que puede ser o no apropiada, pero que debe expresarse sobre todo en la elaboración de duelos y en la persistencia de sentimientos de culpa.

Una de las tareas del terapeuta en este sentido es ayudar al paciente a esclarecer este proceso y sólo después de ello, volver a otras maniobras terapéuticas. Esto requiere tacto y habilidad para manejar el material catártico en el momento oportuno, de manera que sea útil en el proceso y en el alivio de síntomas.

El insight

A través de la comunicación en el proceso terapéutico, el paciente puede reconocer denominadores comunes, esto es: el paciente es capaz de darse cuenta como ciertas conductas de su parte como el actuar impulsivamente o el pánico ocurren cuando hay una constelación dinámica específica. El insight se logra cuando esa comprensión intelectual y emocional se relaciona con patrones tal y como existen en la vida actual, con la transferencia, con la vida anterior, y en particular con la relación entre las motivaciones conscientes e inconscientes (Bellak y Small 1980).

Interpretación

Al proceso de indicar los denominadores comunes entre los patrones afectivos y conductuales del paciente en el pasado, presente y la situación transferencial, en general se le conoce

como interpretación. Clínicamente ésta puede incluir varios pasos preparatorios y diferentes formas de expresión; el confrontar al paciente con un acto conductual es una forma de interpretación que puede tener un impacto emocional importante en el paciente que lo lleve al insight , y cuando el paciente puede aplicar el insight adquirido a situaciones cotidianas, se considera que ya está trabajando en su problema (Bellak y Siegal 1983).

Elaboración

La elaboración es un proceso en el que el paciente aplica su recién adquirido insight a una serie de situaciones para las cuales son válidos los mismo patrones. Por lo tanto aumenta su consciencia de la conducta manifiesta y de sus causas. En esencia es un proceso de aprendizaje , que produce modificaciones terapéuticas a medida que se va fortaleciendo el yo, se aligera la presión del impulso o se produce una modificación en las presiones del yo.

Terminación

Quando se trabaja con pacientes geriátricos con las técnicas de la psicoterapia breve, de antemano se pone un término que es necesario elaborar en el transcurso de las sesiones, en general los pacientes ancianos que cuentan con un adecuado apoyo en sus relaciones interpersonales y tienen la suficiente fuerza yoica son capaces de trabajar la separación del terapeuta y la terminación del proceso (Cath 1975). Sin embargo por las frecuentes crisis recurrentes en esta etapa de la vida, es necesario dejar las puertas abiertas; esto es que el paciente pueda solicitar la intervención terapéutica cuando lo considere necesario.

CAPITULO V

METODO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La senectud es una etapa del desarrollo poco estudiada desde el punto de vista de la psicología. En esta etapa se pueden presentar dificultades por la existencia de problemas significativos que pueden aparecer en relación al rol y a la variedad de factores que inciden con el envejecimiento. Eventos tales como pérdidas , cambios internos y externos , inevitablemente demandarán respuestas adaptativas o no adaptativas; poniéndose de manifiesto, éstas últimas en crisis y síntomas psíquicos.

Defectos en la adaptación en cualquier edad y bajo cualquier circunstancia, pueden llevar a enfermedad física o emocional. Es posible que el crecimiento y la adaptación óptima, pueda darse durante todo el ciclo de vida, cuando en el medio en que se vive se refuercen y estimulen las fuerzas y potencialidades del individuo (Butler y Lewis, 1977).

Específicamente en esta investigación se procuró a través de la utilización de las técnicas de la psicoterapia breve de Bellak y Small (1970), reducir síntomas y promover que la persona de edad se integre al Centro de Rehabilitación y Revitalización, donde puede tener un espacio de atención y esparcimiento que en sí es terapéutico.

5.1.1 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

A través de este estudio se pretendió dar respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) ¿ Es posible modificar la presencia de indicadores clínicos de síntomas en pacientes senectos a través del uso de la psicoterapia breve?
- 2) ¿ La fuerza del yo está en relación con el éxito de la psicoterapia en personas de la tercera edad ?
- 3) ¿ La mejoría en síntomas psíquicos favorece la adaptación social del anciano a un Centro de la Tercera Edad ?
- 4) ¿ La autobiografía es una técnica útil para establecer estrategias de tratamiento en conjunto con las técnicas de la psicoterapia breve en este grupo de edad?

5.1.2 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó una investigación de campo manipulando variables en una situación real. A partir de las quejas y síntomas de personas de la tercera edad en donde se empleó un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones de la conducta y síntomas en un mismo sujeto, antes y después de la introducción de la variable independiente.

5.2 HIPOTESIS

Hipótesis Conceptual

La psicoterapia breve desarrollada por Bellak y Small es un método de tratamiento para síntomas y problemas de adaptación que puede ser eficaz en personas de la tercera edad (se entiende por eficaz, el alivio de síntomas en un lapso de tiempo corto).

HIPOTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS 1

1) Hipótesis Nula (H₀)

El tratamiento psicoterapéutico a través del uso de las técnicas de la psicoterapia breve no tiene ningún efecto sobre los síntomas en pacientes de la tercera edad.

1) Hipótesis Alterna (H₁)

El tratamiento psicoterapéutico a través del uso de las técnicas de la psicoterapia breve tienen un efecto positivo sobre los síntomas en pacientes de la tercera edad.

5.3 VARIABLES

Variable independiente: Las técnicas de la psicoterapia breve propuestas por Bellak y Small, que constan de los siguientes procedimientos de intervención:

- 1) Establecimiento de una relación de trabajo, que involucra escuchar y comunicar, para estructurar la situación terapéutica e identificar el problema (foco de la intervención).
- 2) Elaborar un diagnóstico tentativo (historia clínica, examen mental, evaluación de la función del yo).

3) Reconstrucción de la historia personal (autobiografía): búsqueda de datos que esclarezcan las experiencias del sujeto y permitan formular un diagnóstico psicodinámico.

4) Intervenciones verbales para el desarrollo, en conjunto con el paciente, de una comprensión hipotética de sus síntomas y aspectos psicodinámicos de su conducta. Estas se realizaron de acuerdo a los elementos previstos por la entrevista y la autobiografía.

5) Elaboración del problema: El logro o el refuerzo de una nueva conducta más adaptativa en relación a los síntomas presentados.

6) Finalización del tratamiento, enfatizando una relación transferencial positiva en donde las puertas quedaron abiertas.

Variable dependiente: Síntomas y quejas de los pacientes con los siguientes indicadores clínicos: 1) Baja autoestima, 2) Síntomas somáticos, 3) Insomnio, 4) Dificultad en el control de impulsos. 5) angustia. 6) Culpa, 7) Dificultad en las relaciones interpersonales. Adaptación del individuo a un Centro de la tercera edad.

5.4 MUESTRA

Para este estudio se utilizó una muestra aleatoria simple, de 15 personas funcionales de 60 años en adelante, que asisten a un centro de rehabilitación y club social dependiente de la Junta de Asistencia Privada del D.F.

Estas personas manifestaron síntomas psíquicos por lo que solicitaron ayuda, y en la evaluación inicial mostraron la suficiente integridad mental para considerarlos aptos para el tratamiento.

5.6 ESCENARIO

El estudio se realizó en el Centro de Rehabilitación y Revitalización para la Tercera Edad, ubicado en la colonia Romero de Terreros en México, D.F. Este Centro pertenece a Asistencia Privada del Distrito Federal.

Es un local bien adaptado que cuenta con la infraestructura necesaria para brindar rehabilitación física y esparcimiento a personas de 60 años en adelante.

Las personas que asisten al centro regularmente son ancianos funcionales, que viven solos o con familiares y muchos de ellos son jubilados del Monte de Piedad.

Tres personas se encargan de atender diariamente a estos ancianos y son: la directora que es un médico geriatra, una gericultista y un técnico en rehabilitación. Dos veces por semana cuentan con un psicólogo que les proporciona atención especializada en este sentido.

A las personas que asisten voluntariamente, de acuerdo a una evaluación médica, se les proporciona rehabilitación física. Además, tienen una serie de actividades grupales tales como : video club , juegos de mesa, talleres de lectura, costura, coro y cocina ; así como actividades físicas grupales como: ping-pon y gimnasia.

Se propician los paseos tanto en los alrededores del Distrito Federal, como una visita al interior de la República al año. Con el fin de recabar fondos para llevar a cabo esta actividad, ellos mismo organizan bazares, exposiciones y montan una cafetería en donde unos cocinan, otros son meseros y otros cajeros, etc.

El centro cuenta con un pequeño cubículo destinado para la atención psicológica de los usuarios, que es donde se realizaron las sesiones de psicoterapia breve en este estudio.

5.5 DEFINICION DE TERMINOS

PSICOTERAPIA

Intervención verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados y ordenados, dirigidos hacia un cambio benéfico en el paciente (Bellak y Small 1990).

PSICOTERAPIA BREVE

Tratamiento breve y ordenado, que se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Diseñada para alcanzar sus objetivos en un lapso de tiempo corto, seis o siete sesiones terapéuticas; con una duración aproximada de una hora.

El terapeuta debe estar alerta para percibir la comunicación significativa, mientras con rapidez formula denominadores comunes, y decide cuál es la intervención más adecuada. Coteja con el avalúo de fuerzas, circunstancias de la vida y condiciones del yo del paciente (Integridad mental). Se procura una transferencia positiva en donde a través de favorecer la catarsis y el insight, mediante la interpretación se ayuda al paciente a elaborar sus problemas.

SINTOMAS CLINICOS

Trastornos psíquicos en pensamiento, emoción o conducta que generan malestar en el paciente. Son el resultado de fuerzas, algunas provenientes del exterior pero la mayoría provenientes del interior del paciente. Indican la manera como el paciente trata de enfrentar sus problemas y su incapacidad para manejarlos.

AUTOESTIMA

La autoestima es la valoración de uno mismo; la opinión y sentimientos que cada quién tiene acerca de sí mismo, de los propios actos, valores y conductas. Se considera alta cuando el individuo se siente lleno de energía y entusiasmo, tiene confianza en sí mismo y se siente seguro de su valer e importancia. Cuando la autoestima es baja, la persona siente que es insignificante, que vale poco, tiene poca confianza en sí misma, se siente insegura y es poco capaz de enfrentar obstáculos.

SINTOMAS SOMATICOS

Continuo y patológico interés por la salud del organismo , expresado en acentuada preocupación acerca del funcionamiento de varios órganos. Preocupación excesiva por enfermedades orgánicas reales, al grado de limitar los demás intereses.

INSOMNIO

Dificultades para dormir, ya sea insomnio inicial: problemas, para quedar dormido; insomnio medio, que consiste en despertar a la mitad de la noche y volver a dormir con dificultad, o insomnio terminal, que consiste en despertar temprano pero sin ser capaz de volver a dormir.

CONTROL DE IMPULSOS

Dificultad en la regulación del impulso. El control puede ser excesivo o escaso; cuando es excesivo existe en la persona una tendencia a pensar demasiado y a evitar la acción. Cuando el control es escaso la persona tiende a actuar sus impulsos sin meditar la consecuencia de sus actos.

ANGUSTIA

Afecto caracterizado por sensaciones de aprensión, incertidumbre o desamparo, sin relación con un peligro real externo.

CULPA

Sentimiento de falta más o menos grave, imaginada o cometida voluntariamente o por descuido, que genera en el paciente remordimientos y mal estar emocional que incluye el autoreproche.

RELACIONES INTERPERSONALES

Dificultades manifiestas en la relación con otros, incluye restricción de la relación, aislamiento, reproche y/o agresión encubierta o abierta.

5.6 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron: El examen mental, la historia clínica, el esquema de la evaluación de las funciones del yo propuesto por Bellak, Hurvich y Gediman en 1973, la autobiografía, la subescala de fuerza del yo del MMPI 2 desarrollada por Barron en 1953 y modificada para el MMPI 2 por Butcher et. al en 1991. Además se elaboró un cuestionario que se aplicaron a las personas encargadas del

centro; en relación a la asistencia y participación del anciano al centro y en aspectos observables con respecto a la salud mental y satisfacción personal de los ancianos en tratamiento. Los resultados de éste cuestionario fue tomado como un criterio externo de adaptación psicológica de las personas que estuvieron bajo tratamiento.

La descripción del examen mental, la historia clínica, la evaluación de la función del yo y la autobiografía, se describen ampliamente en el capítulo III.

ESCALA DE FUERZA DEL YO (ES)

La escala de Fuerza del Yo (ES), es una escala especial, derivada del MMPI y desarrollada por Barron (1953). Específicamente, se elaboró esta escala para predecir la respuesta de pacientes neuróticos en la psicoterapia individual; del grupo de 566 reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), se identificaron empíricamente 68 para elaborar esta escala. Los reactivos se seleccionaron a través de comparar la frecuencia de las respuestas de 17 pacientes que, juzgados con un criterio independiente se consideró presentaban una notable mejoría después de 6 meses de psicoterapia con las respuestas de otros 16 pacientes que fueron considerados sin mejoría después del mismo tiempo de tratamiento psicoterapéutico.

Los reactivos que componen la escala (ES), tienen que ver con el funcionamiento físico, el aislamiento, las actitudes hacia la religión, la fuerza moral, la adecuación personal y la habilidad del individuo para enfrentar fobias y ansiedades.

Barron (1953), validó la escala ES de manera cruzada utilizando tres muestras diferentes de pacientes neuróticos tratados con psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Mediante el método test-retest, este autor encontró que las puntuaciones anteriores a la intervención terapéutica, se relacionaban positivamente con las tasas de mejoría para la totalidad de las tres muestras, por lo que el autor concluyó que esta escala es útil para predecir cambios con la utilización de la psicoterapia breve.

En este mismo estudio en cuanto a la confiabilidad, Barron (1953), en una muestra de 126 pacientes utilizando el método de división de la prueba en mitades, encontró un coeficiente de consistencia interna de 0.76. El coeficiente de correlación obtenido mediante el método de "test-retest" con un intervalo de tres meses entre las evaluaciones, para una muestra de 30 casos fue de 0.72.

Gocka (1965) reportó un coeficiente de consistencia interna con la técnica de Kuder- Richardson de 0.78 para la escala ES utilizando una muestra de 220 pacientes psiquiátricos varones de la " Veterans Administration " .

Investigaciones posteriores usando la escala ES para validarla en forma cruzada como predictor de la respuesta a la psicoterapia, desafortunadamente han generado resultados poco consistentes. Dahlstrom y cols., (1975), trataron de explicar la relación inconsistente entre las puntuaciones de ES y el resultado del tratamiento, argumentando que cuando se presentan altos puntajes en la escala en personas que evidentemente tienen dificultades emocionales, es probable que lo estén negando, por lo que en esas

circunstancia no es posibles predecir un resultado favorable del tratamiento. Sin embargo en personas que admiten tener problemas emocionales, se puede predecir una respuesta más favorable al tratamiento.

En la literatura existente sobre la relación entre las puntuaciones ES y el resultado del tratamiento, en su mayoría estima que es difícil encontrar resultados concluyentes en este sentido, por lo que es necesario tomar en cuenta factores como: el tipo de paciente, el tipo de tratamiento, y la naturaleza de las medidas del resultado. No obstante estas apreciaciones, en general se considera que las puntuaciones elevadas de ES, son predictivas de un cambio positivo en pacientes neuróticos que reciben psicoterapia individual tradicional.

Datos de otras investigaciones sugieren que la escala ES puede verse como un indicador de la adaptación psicológica general. Puntuaciones elevadas en la escala, se asocian con niveles de adaptación más favorables, que los evaluados con otros índices del MMPI e incluso criterios extra prueba.

Las puntuaciones de los pacientes psiquiátricos tienden a ser menores que las de los no pacientes (Gottesman,1959; Himelstein, 1964; Kleinmuntz,1960; Quay,1955; Spiegel, 1969; Taft, 1957).

De acuerdo a los estudios publicados (Barron, 1953,1956; Dahlstrom y Welsh, 1960; Dahlstrom y cols. 1975; Duckworth,1975; Good y Brantner,1961), puntuaciones altas en la escala ES, corresponden a individuos mejor adaptados, que no presentan en su estructura de personalidad síntomas que indiquen psicopatología severa, y que pueden describirse como estables emocionalmente,

poseedores de un adecuado sentido de la realidad, con intereses desarrollados y que no presentan dificultad para relacionarse con los demás. Las puntuaciones bajas se relacionan con personas que no tienen una adecuada adaptación al ambiente y a su situación de vida, tiene un pobre concepto de sí mismo, pueden presentar rigidez en su conducta y aparecer como tímidos e inhibido, y es posible que presente fobias, temores, síntomas somáticos y dificultad para establecer relaciones interpersonales.

En general se puede decir que las puntuaciones bajas se asocian a problemas emocionales en personas con pocos recursos propios para enfrentarlos.

En 1982, en Estados Unidos se organizó un comité con el fin de reestandarizar el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, formado por Butcher, Dalhstrom y Graham. La forma revisada de la prueba MMPI 2, se publicó en 1988. Esta forma conservó las características empíricas y técnicas de la aplicación e interpretación del instrumento original. Los cambios efectuados con la revisión, comprendieron el establecimiento de nuevas normas derivadas de la aplicación experimental del MMPI 2 en una muestra nacional y el desarrollo de puntuaciones T uniformes, así como la eliminación de algunos reactivos, la reelaboración de otros y el desarrollo de nuevas escalas suplementarias.

Actualmente en México, se está trabajando en una investigación con esta nueva versión (Lucio, Reyes 1992). Este instrumento ya fue traducido al español adecuando el contenido y lenguaje de los reactivos a población mexicana. El instrumento se tradujo y adaptó siguiendo la metodología descrita por Reyes

(1977). La prueba se aplicó a una población universitaria, con lo objetivos de adaptar la prueba y establecer normas y puntuaciones T estándar, así como un análisis del funcionamiento de los reactivos en esa población. Se decidió seguir una metodología estricta tanto en lo que se refiere a la traducción, como en lo que respecta a la obtención de la muestra para no tener los mismos problemas que se presentan con el uso del MMPI original en México.

Dentro de las escalas especiales del MMPI 2, se conservó la escala de fuerza del yo ES desarrollada por Barron (1953). Como se señaló, la escala original estaba compuesta por 68 reactivos, sin embargo en el proceso de revisión del MMPI se omitieron 12 de los 68 reactivos originales. El alcance de la nueva versión del MMPI 2 para evaluar las características medidas por la escala original aún no han sido determinadas. Debido a lo anterior el uso de la escala ES en el MMPI 2, debe considerarse como experimental, hasta que pueda validarse su poder predictivo con investigaciones empíricas (Butcher 1991).

CUESTIONARIO ADAPTATIVO

El cuestionario que se aplicó a los encargados del centro seis meses después de la intervención terapéutica, consta de 37 reactivos, 7 para ser contestados en un rango de cinco opciones y 30 de elección forzada para ser contestados como cierto o falso. Este instrumento se elaboró tomando en consideración, conductas adaptativas y de satisfacción personal que pudieran ser observadas como el arreglo personal, el estado de ánimo, las quejas del paciente, su interés en las actividades y su relación con otros.

Algunos de los reactivos de elección forzada, se tomaron de los de la subescala de Barron que pudieran observarse en conducta.

El cuestionario se dio primero a cinco personas encargadas de un asilo que sirvieron como jueces, con el fin de constatar si era posible observar y evaluar las conductas descritas en el instrumento. Aunque éste cuestionario no está validado estadísticamente, el que fuera contestado por tres observadores permite tener una congruencia de la observación de la conducta adaptativa del paciente y cierta validez clínica.

PROCEDIMIENTOS

1) FASE DE SELECCION:

De los sujetos que voluntariamente pidieron atención psicológica, se seleccionaron 15 personas que reunían las características indicadas para este tipo de intervención y que en ese momento no estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico.

En la evaluación inicial se utilizó la entrevista clínica, el examen mental y la evaluación de la función del yo con el modelo propuesto por Bellak, Hurvich y Gendiman, (1973). Con base a las técnicas empleadas en la evaluación inicial se identificaron los síntomas y se estableció el foco de la intervención psicoterapéutica.

2) FASE DE INTERVENCION:

Se utilizaron las técnicas de la psicoterapia breve , en forma individual con un foco previamente establecido. A cada uno de los sujetos se le dio tratamiento psicoterapéutico en seis o siete sesiones semanales con una duración aproximada de una hora.

3) FASE DE EVALUACION Y ANALISIS DEL TRATAMIENTO:

Al finalizar la fase de intervención, se evaluaron los síntomas que en ese momento presentaba la persona y se compararon con los de inicio del tratamiento.

Además se aplicó tanto a los sujetos en tratamiento como a otros ancianos funcionales que asisten a clubs de la tercera edad un cuestionario de fuerza del yo de Barron (MMPI 2), que constituyó una medida para valorar si la fuerza yoica es un factor que puede asociarse con el éxito en la psicoterapia como lo propone el autor, y si esto también es un factor que favorece la adaptación psicológica y social del anciano.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se empleo un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones de la conducta y síntomas en un mismo sujeto, antes y después de la introducción de la variable independiente. Como el número de sujetos fue muy pequeño (menos de 25); y las observaciones se realizaron en una escala ordinal, proveniente de la medida de antes y después de la administración de un tratamiento de psicoterapia breve, en donde cada sujeto sirvió como su propio

control; para el tratamiento estadístico de los datos se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos direccionados para muestras apareadas.

Para el propósito de esta investigación, esta prueba es ideal, en el sentido que no sólo toma en cuenta la dirección de la diferencia de los resultados observados; sino también la magnitud de esta diferencia, sin exigir medidas que vayan más allá de un nivel ordinal. (Por ordinal se entiende que es posible asignar un orden, es decir se puede saber quién tiene más de algún atributo, aunque no se puede especificar exactamente cuántos más).

La prueba de Wilcoxon para muestras apareadas toma en cuenta la magnitud de las diferencias observadas, dando mayor peso a aquellos pares que muestran una mayor diferencia sobre aquellos que obtienen una pequeña diferencia; aumentando de este modo el poder de discriminación de la prueba.

Fuerza del yo: Con el fin de recabar datos sobre la fuerza yoica de este grupo de edad , y observar si existen diferencias significativas entre la población general y las personas que solicitaron ayuda psicológica; de la subescala de fuerza del yo del MMPI 2, se sacó media y desviación estándar de los cuestionarios contestados por los ancianos que asisten a centros de la tercera edad y se compararon éstos, con las calificaciones al cuestionario de las personas de la tercera edad que estuvieron bajo tratamiento. Además los puntajes T que sacaron los sujetos en tratamiento se compararon con la remisión o no de síntomas posterior a la intervención terapéutica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Autobiografía: Para valorar si la autobiografía es una técnica útil, para ser empleada en conjunto con las técnicas de la psicoterapia breve, se consideró el número de sujetos en tratamiento con los que esta técnica pudo usarse, así como el beneficio que ésta ofrece, lo que se evaluó en forma cualitativa.

4) FASE DE SEGUIMIENTO:

Seis meses después de la intervención terapéutica con el fin de contar con un criterio externo sobre la salud mental del anciano y su adaptación al centro se aplicó a las tres personas encargadas de atender diariamente a los ancianos (geriatra, gericultista y técnico en rehabilitación) un cuestionario de 30 reactivos sobre lo observable respecto a la salud mental y satisfacción personal del senecto, que fue tomados como una medida de adaptación psicológica de las personas que estuvieron bajo tratamiento.

Los resultados del cuestionario adaptativo se compararon en forma independiente con la conducta del senecto observada en el centro durante los seis meses posteriores al tratamiento

Proceso terapéutico mediante el cual se llegó a los resultados:

A través de un caso clínico se ejemplificará el proceso terapéutico con el que se trabajó.

CAPITULO VI

RESULTADOS

1) FASE DE SELECCION

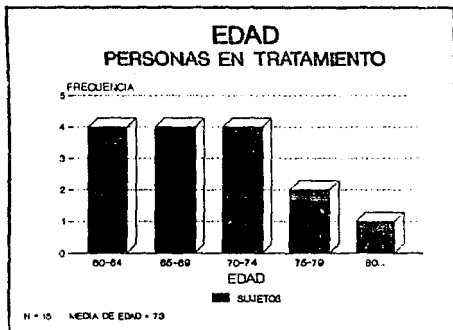
Se seleccionaron 15 personas de la tercera edad, que reunían las características indicadas para este tipo de intervención. Se descartaron los que en ese momento estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico o que presentaran severas alteraciones mentales en el examen mental ad hoc (índices psicóticos).

Características de la Población

Se trabajo con 15 sujeto cuya edad varió en un rango de 60 a 84 años, con una media de 73 años.

DISTRIBUCION DE EDAD DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO

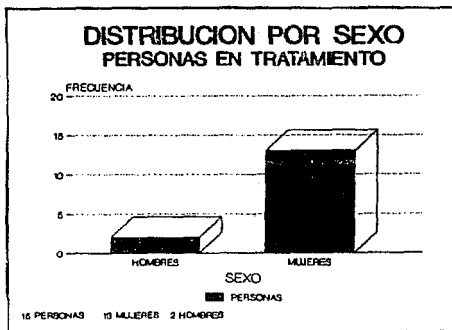
EDAD	60 -64	65-69	70-74	75-79	80 o más
SUJETOS	4	4	4	2	1



DISTRIBUCION POR SEXO

PERSONAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUJERES	13	86.7 %
HOMBRES	2	13.3 %

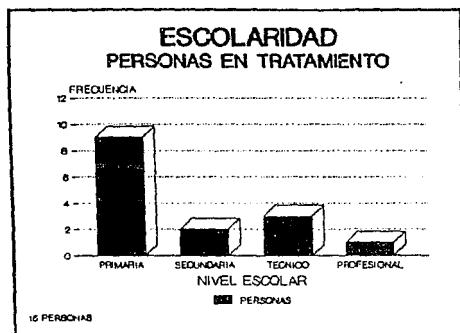
De las 15 personas con que se trabajó 13 fueron mujeres y 2 hombres.



ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO

NIVEL	PERSONAS	PORCENTAJE
PRIMARIA	9	60 %
SECUNDARIA	2	13.4 %
TECNICO	3	20 %
PROFESIONAL	1	6.6 %

Como se puede apreciar la escolaridad de los sujetos en tratamiento, varió entre primaria terminada y profesional.



**SITUACION DE VIDA
CON QUIEN VIVE**

VIVE CON	SUJETOS
SOLO CON EL CONYUGE	3
ESPOSO (A) E HIJO (S)	5
OTRO FAMILIAR HIJO (A) SOBRINA	6
SOLA	1

Todos los sujetos fueron funcionales y vivían con familiares, o solos.

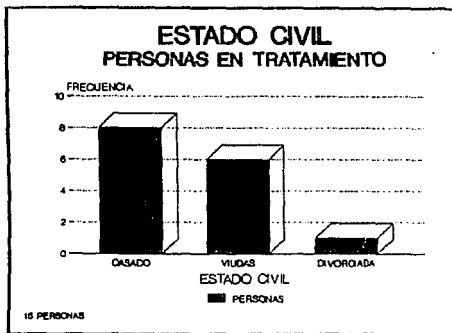


ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PERSONAS	PORCENTAJE
CASADO (A)	8	53.3 %
VIUDAS	6	40.0 %
DIVORCIADA	1	6.6 %

TOTAL = 15 PERSONAS

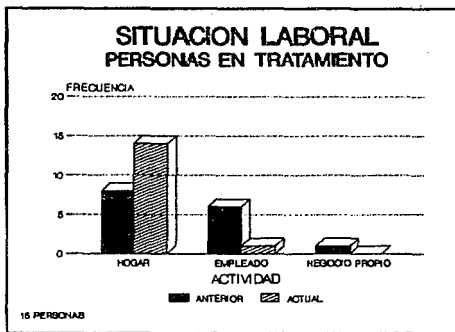
Ocho de las personas en tratamiento estaban casados, seis fueron viudas y una divorciada.



SITUACION LABORAL

ACTIVIDAD	ANTERIOR	ACTUAL
HOGAR	8	14
EMPLEADO	6	1
NEGOCIO PROPIO	1	0

En cuanto a la situación laboral anterior, se encontró, que seis personas habían sido empleados, ocho, amas de casa y una tuvo un negocio propio. Actualmente solo uno de los sujetos es laboralmente activo.



2) FASE DE EVALUACION INICIAL

EXAMEN MENTAL

FUNCION MENTAL	PERSONAS
ORIENTACION	0
ATENCION	3
LENGUAJE	4
MEMORIA	1
ABSTRACCION	2
JUICIO	5
PERCEPCION	3

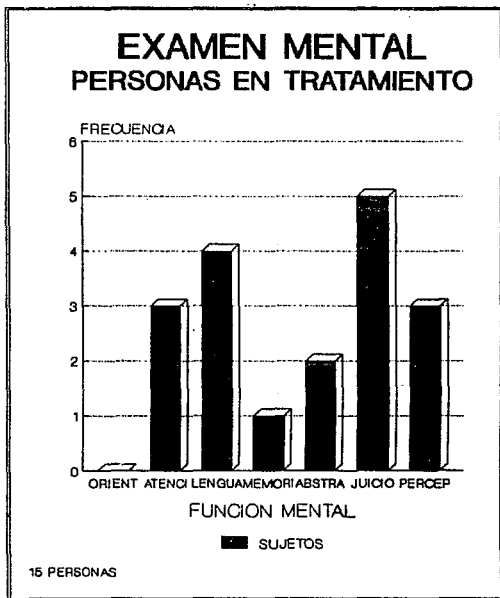
En el examen mental, se encontró que ninguno de los sujetos presentó problemas de orientación; tres mostraron atención ligeramente disminuida; cuatro de ellos tenían dificultad en la expresión hablada, aunque esto no fue una limitación para el tratamiento (sobre todo se encontró lentitud en la expresión pero podían darse a entender). Solamente una persona tuvo problemas en la memoria reciente aunque mínimos y asociados a situaciones de estrés; a dos de los ancianos se les dificultó hacer abstracciones; y seis de ellos mostraron fallas ligeras de juicio relacionadas con la percepción de sí mismos, sus dificultades de vida y su relación con el medio ambiente.

Como observaciones es necesario señalar que tres de los ancianos usaban aparato auditivo.

Función del yo

Utilizando el esquema para la evaluación de la función del yo desarrollada por Bellak, et al en 1973; los 15 sujetos con los que se trabajó obtuvieron calificaciones entre 6 y 10 puntos considerado esto, dentro de un rango clasificado como "neurótico".

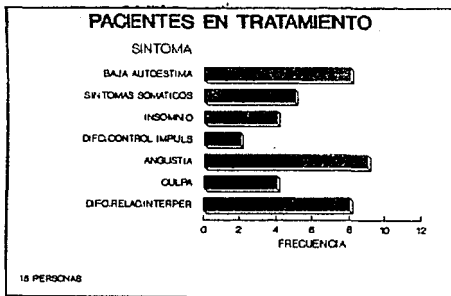
**EVALUACION DEL EXAMEN MENTAL
PERSONAS EN TRATAMIENTO**



INDICADORES CLINICOS INICIO

SINTOMAS	SUJETOS
BAJA AUTOESTIMA	8
SINTOMAS SOMATICOS	5
INSOMNIO	4
DIF. CONTROL DE IMPULSOS	2
ANGUSTIA	9
CULPA	4
DIFICULTAD EN LA RELACION INTERPERSONAL.	8

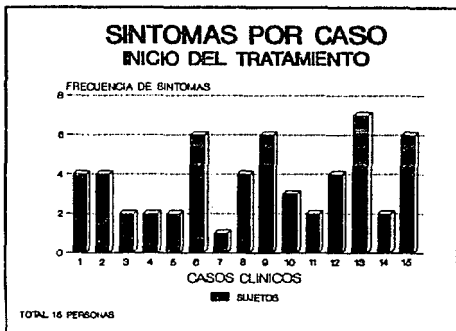
Con base a la historia clínica, se detectaron al inicio en los 15 sujetos con los que se trabajo, siete indicadores clínicos. Estas personas presentaban entre siete y dos de los síntomas clínicos considerados, con la frecuencia que a continuación se indica: Baja autoestima 8; síntomas somáticos 5; insomnio 4; dificultad en el control de impulsos 2; angustia 9; culpa 4; dificultad en las relaciones interpersonales 8.



A continuación se enlistan el número de síntomas que cada uno de los pacientes presentó al inicio del tratamiento. La frecuencia más baja fue de uno y la más alta de siete, con una media para los 15 sujetos de 4.26.

FRECUENCIA DE SINTOMAS POR PERSONA

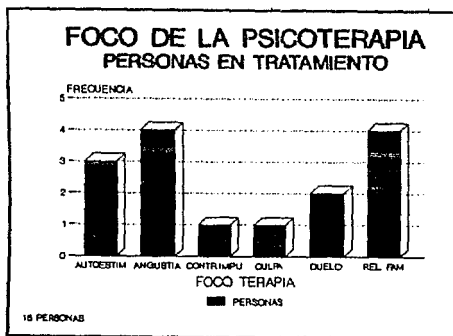
CASO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
SINT INI.	4	4	2	2	2	6	1	4	6	3	2	4	7	2	6



FOCO DE LA PSICOTERAPIA

Aunque como se pudo apreciar , cada uno de los pacientes presentaban al inicio varios síntomas, para llevar a cabo el tratamiento , con base a los aspectos psicodinámicos, se estableció el foco de la intervención psicoterapéutica en forma individual; que quedó como se indica en la tabla :

FOCO DE LA TERAPIA	PERSONAS
AUTOESTIMA	3
ANGUSTIA	4
CONTROL DE IMPULSOS	1
CULPA	1
ELABORACION DE DUELO	2
RELACION FAMILIAR	4



2) FASE DE INTERVENCION

En esta fase se utilizaron las técnicas de la psicoterapia breve , en siete sesiones semanales con duración aproximada de una hora. En donde a través de intervenciones verbales se favoreció la comunicación y la catarsis, así como una comprensión de las dificultades de los pacientes. Mediante la interpretación se orientó al insight, de manera que el paciente pudiera elaborar sus problemas y lograr una conducta más adaptativa en relación a sus síntomas. Estas intervenciones se realizaron de acuerdo al foco establecido, y a los elementos previstos en la entrevista y el examen mental. Al finalizar el tratamiento, se procuró enfatizar una relación transferencial positiva en donde las puertas quedaron abiertas, invitando a los pacientes a utilizar los apoyos y servicios del centro.

Es necesario señalar que una paciente en proceso de duelo que al inicio presentaba una gran cantidad de síntomas somáticos desertó y dos de las ancianas fallecieron durante el tratamiento, lo que constituye un riesgo inherente cuando se trabaja con este grupo de edad.

Terminaron el tratamiento doce personas , dos hombres y diez mujeres. De estos doce paciente, solamente una persona no remitió síntomas.

En la séptima sesión, se identificaron los síntomas que en ese momento presentaba la persona y se cotejaron con los del inicio del tratamiento, además se aplicó la subescala del MMPI-2 de fuerza del yo de Barron que constituyó una medida para valorar si la fuerza yoica es o no un factor que puede asociarse con el éxito en la psicoterapia, y si esto es un elemento que favorece la adaptación psicológica y social del anciano; con este fin la subescala de fuerza del yo del MMPI, se aplicó también a la población general que asiste a los centros para comparar los puntajes obtenidos con los de la muestra.

3) FASE DE EVALUACION Y ANALISIS DEL TRATAMIENTO

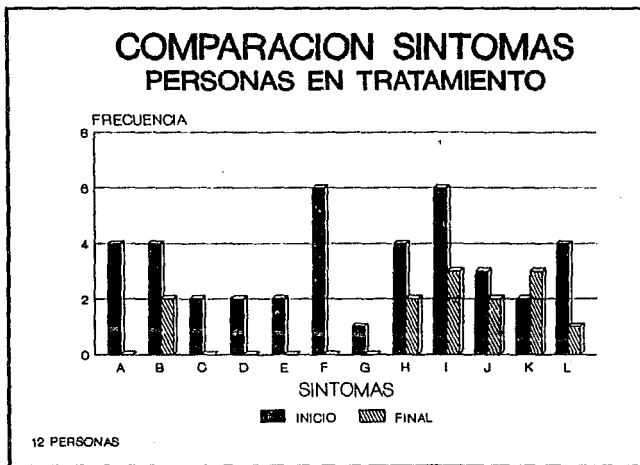
RESULTADOS

PRUEBA DE WILCOXON PARA MUESTRAS APAREADAS

SUJETOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
ANTES	4	4	2	2	2	6	1	4	6	3	2	4
DESPUES	0	2	0	0	0	0	0	2	3	2	3	1
RESTA	4	2	2	2	2	6	1	2	3	1	-1	3
RANGO	11	6	6	6	6	12	2	6	9	2	-2	9.

Se observó una T de Wilcoxon = 2 , lo que para una N= 12 tiene un nivel de significación $P = .005$, utilizando una sola cola de la curva. Sin embargo, el valor de T observado es tan extremo que se procedió a obtener el valor Z, utilizando la misma prueba con aproximación a muestras grandes. Con este procedimiento se obtuvo un valor de $Z = 2.91$, que tiene un nivel de significación $P = .001$; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna , en el sentido que el tratamiento psicoterapéutico breve tiene un efecto positivo sobre los síntomas en pacientes de la tercera edad.

COMPARACION DE INDICADORES
CLINICOS
ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO



**SUBESCALA FUERZA DEL YO DEL MMPI 2
ESCALA ES DE BARRON**

Puntuaciones altas, corresponden a individuos mejor adaptados, que no presentan en su estructura de personalidad síntomas que indiquen psicopatología severa y poseen un adecuado sentido de la realidad. Las puntuaciones bajas se relacionan con personas que no tienen una adecuada adaptación al ambiente y a su situación de vida.

En la población general un puntaje de T 60 se considera alto.

En este estudios para la población general de ancianos funcionales la media fue de 49.03 y para los ancianos en tratamiento de 47.72 ; observándose poca diferencia entre las medias. Más del 50% de la población general de ancianos se encuentra entre los rangos de 50 a 60 y más, mientras que el 45% de los sujetos que estuvieron bajo tratamiento se ubican en ese mismo rango.

POBLACION GENERAL ANCIANOS FUNCIONALES

FUERZA DEL YO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---------------	------------	------------

T = 30 A 39	11	20.37%
T = 40 A 49	13	24.07%
T = 50 A 59	14	25.92%
T = 60 A más	16	29.62%

N= 54

MEDIA= 49.03

ANCIANOS EN TRATAMIENTO

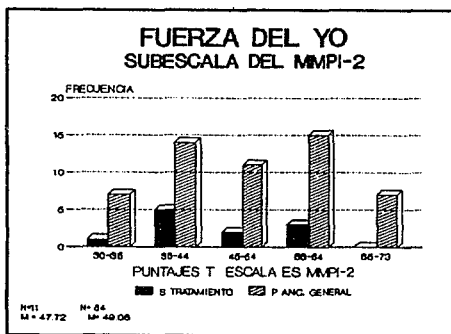
T = 30 A 39	1	9.09%
T = 40 A 49	5	45.45%
T = 50 A 59	4	36.36%
T = 60 A más	1	9.09%

N= 11

MEDIA= 47.73

SUBESCALA MMPI 2 FUERZA DEL YO
GRAFICA COMPARATIVA
POBLACION GENERAL ANCIANOS Y PERSONAS EN TRATAMIENTO

Para tener una idea más clara de la comparación de las calificaciones T obtenidas en la subescala de fuerza del yo de Barron del MMPI 2, de la población general de ancianos funcionales y las personas de la tercera edad en tratamiento, se incluye una gráfica comparativa.



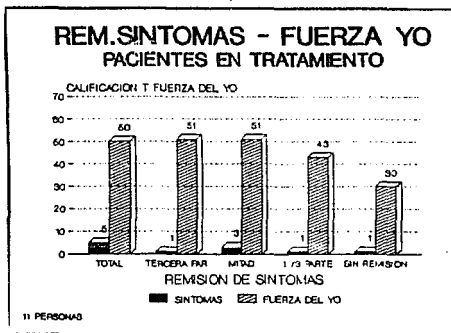
Como se puede apreciar no existe mucha diferencia entre lo obtenido por la población general de ancianos y los que estuvieron en tratamiento con técnicas de la psicoterapia breve. Los resultados obtenidos apuntan a que la edad por si misma no es un factor para que la fuerza yoica disminuya.

**RELACION REMISION DE SINTOMAS -FUERZA DEL YO
PERSONAS EN TRATAMIENTO**

En la siguiente tabla se puede observar que el 80 % de los pacientes en tratamiento remitió más de la mitad de sus síntomas, uno remitió menos de la tercera parte y solamente uno no remitió síntomas. Las personas con puntaje elevado en la subescala de fuerza del yo fueron las que más síntomas remitieron mediante el tratamiento, mientras que los dos paciente que obtuvieron puntajes bajos continuaron presentando sintomatología.

REMISION SINT.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUERZA DEL YO
REMISION TOTAL	5	45.45%	MEDIA 49.5
+ DE LA MITAD	1	9.09%	51
MITAD DE SINT.	3	27.27%	MEDIA 51
- DE LA MITAD	1	9.09%	43
SIN REMISION	1	9.09%	30

TOTAL = 11 *1



*NOTA: 1 persona s/cuestionario

Cuestionario observadores seis meses después:

30 reactivos de elección forzada para ser contestados como cierto o falso. Los reactivos están en relación a conductas adaptativas y de satisfacción personal que pudieron ser observadas como el arreglo personal, el estado de ánimo, las quejas del paciente, su interés en las actividades y su relación con otros.

CASO	OBSER 1	OBSER 2	OBSER 3	PROMEDIO
A	26	26	24	25
B	25	27	22	25
C	24	24	23	24
D	24	22	21	22
E	18	19	25	21
F	14	23	23	20
G	25	22	22	23
H	20	18	15	18
I	18	21	22	20
J	23	21	21	22
K	16	22	20	19

En la fase de seguimiento seis meses después de la intervención terapéutica vemos que de los 15 sujetos con que se trabajó, 2 se murieron, 1 desertó y 11 continúan asistiendo al Centro. La paciente más grande (83 años), remitió sus síntomas con el tratamiento pero actualmente no asiste al Centro porque vive muy lejos y no puede trasladarse sola.

De los 11 pacientes que continúan asistiendo al Centro y que

fueron evaluados con el cuestionario para los observadores, todos obtuvieron calificaciones por arriba del promedio. Esto es indicativo de que en mayor o menor grado estas 11 personas muestran una conducta social adaptativa y de satisfacción personal.

En cuanto a las interrogantes planteadas para este estudio, se encontro que :

- 1) LA PSICOTERAPIA BREVE ADMINISTRADA A LOS PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PROVOCO LA DISMINUCION DE SUS SINTOMAS CLINICOS.
- 2) LA EDAD POR SI MISMA NO ES UN FACTOR PARA QUE LA FUERZA DEL YO DISMINUYA Y ESTA EN RELACION CON EL EXITO EN LA PSICOTERAPIA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.
- 3) LA MEJORIA EN SINTOMAS PSIQUICOS FAVORECE LA ADAPTACION SOCIAL DEL ANCIANO A UN CENTRO DE LA TERCERA EDAD.

Para responder a la pregunta de si la autobiografía es una técnica útil en el tratamiento de las personas de la tercera edad, a continuación se expone un caso en el que se muestran los procedimientos empleados para la evaluación y el tratamiento de las personas de la tercera edad con las tecnicas de la psicoterapia breve y la autobiografía.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA BREVE EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.

A) FASE DE SELECCION

A 1) Características de la persona:

Edad: 74 años

Sexo: Femenino

Estado civil: viuda

Escolaridad: Primaria

Vive con : Una hija viuda y tres nietos.

Ocupación anterior: Empleada de gobierno

Ocupación actual: Es jubilada y ayuda en el hogar y cuidado de sus nietos.

SOCIAL: Es viuda desde hace un año (Tenía muchos años de estar separada de su esposo). Tiene seis hijos y es jubilada del DIF desde hace tres años. Cuenta con ISSSTE, y el IMSS por parte de uno de sus hijos. Recibe al mes una pensión de N \$350 nuevos pesos mensuales. Sus hijos no le ayudan económicamente, actualmente vive en un departamento rentado con una de sus hijas.

IMPRESION DIAGNOSTICA MEDICA

Hipertensión arterial, depresión.

A 2) EXAMEN MENTAL

Paciente alerta, orientada en persona, lugar y tiempo, atención externa disminuida (retención de dígitos), toda su atención puesta en conflictos internos. Memoria anterograda y retrograda conservadas. Tiene un buen manejo del lenguaje al nivel de su educación académica, habla espontáneamente con buena comprensión de conceptos abstractos y capacidad para hacer cálculos aritméticos sencillos. La capacidad de juicio crítico se encuentra alterada en relación a su problemática familiar y manejo de lo emocional, no así en el manejo de situaciones prácticas de la vida cotidiana.

A 3) FUNCIONES DEL YO Y SUS COMPONENTES

1.- Prueba de la Realidad: Adecuada percepción de los estímulos, distinción entre estímulo interno y externo.

2.- Juicio: Aunque anticipa consecuencias, le cuesta trabajo manifestar esa anticipación en la conducta, cuando esta involucrada emocionalmente como en sus relaciones familiares.

3.- Sentido de realidad y de la propia identidad : Claridad de límites entre la propia identidad y el mundo externo. Pobre autoestima.

4.- Regulación y control de tendencias, afectos e impulsos: Sobre control de impulsos agresivos al exterior. La agresión la dirige hacia sí misma. Mecanismos de defensa: proyección (enojo

contra sus familiares) en donde ella se pone de víctima lo que se manifiesta en síntomas de depresión hostil.

5.- Relaciones Objetuales: Tiende a establecer relaciones de mucha dependencia emocional , sobre todo con los hijos.

6.- Proceso del pensamiento: Memoria, atención y concentración adecuadas, así como la habilidad para conceptualizar los procesos primario y secundario.

7.- Regresión adaptativa al servicio del yo: Regresión en función de la dependencia y la demanda de afecto. Puerilidad.

8.- Funcionamiento defensivo: Gran ansiedad por debilidad de las defensas.

9.- Barrera a los estímulos: Bajo umbral a los estímulos afectivos. Dificultad para manejarlos.

10.- Funcionamiento autónomo: Adecuado

11.- Funcionamiento sintético- integrativo: Existe congruencia en relación con los eventos.

12.- Competencia-Supremacía: Adecuada capacidad de interactuar con personas que considera con autoridad y con capacidad para aceptar órdenes e influir en el ambiente.

En la evaluación de la función del yo, se trata de una paciente que cae en el rango de "neurótico" según el esquema propuesto por Bellak et.al 1973.

B) FASE DE INTERVENCION

PROCEDIMIENTOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE :

B 1) La comunicación:

Como se pudo apreciar, la fase de evaluación permitió al terapeuta darse cuenta de que, aunque la paciente presenta dificultades emocionales que limitan su adaptación, sobre todo en el medio familiar, es una persona funcional que conserva sus facultades mentales.

Por medio de la palabra, se favoreció la expresión libre del discurso, a través del cual, la paciente pudo comunicar al terapeuta sus sentimientos y dificultades actuales. Para el logro de los objetivos fue necesario que el terapeuta en forma

respetuosa escuchara el relato sin hacer juicios apriori, sin emitir críticas, sin interpretar la conducta y sin ofrecer consejos.

En esta primera sesión se favoreció la confianza y la empatía; lo que constituyó la base de la alianza terapéutica.

La sesión se desarrolló en los siguientes términos:

La paciente dice estar deprimida, que siempre ha tenido mala suerte, ya que nunca ha tenido nada y no ha podido ser feliz. Se queja de estar comiendo muy poco, come una vez al día, no le da hambre, hace aproximadamente un mes la trataron en la clínica del ISSSTE con medicamentos para dormir pero los dejó porque cuando los tomaba, le daban pesadillas. También la estuvieron tratando en la clínica por el dolor que le da a media cara, pero no siente que esto le haya ayudado. Señala ser muy aprehensiva y que ahora le dan remordimientos con sus hijos y nietos.

Otra de sus quejas es que tiene cerca de dos meses que no puede dormir, por estar demasiado preocupada. Tiene una hija que radica en el interior de la República, con la que nunca ha vivido desde que ésta se caso por primera vez, sin embargo desde hace dos meses la ha estado "chantajeando" para que vaya a vivir con ella ; le promete que le va a dar escuela a su nieto de cinco años (hijo menor de la hija con la que actualmente vive).

Esta situación la angustia , ya que dice no aguantar a las personas que pelean y su hija riñe frecuentemente con su marido.

Comenta: - Mi hija estaba casada con una persona muy negativa, conoció a otro hombre y se separó de su marido para juntarse con el otro ; el señor con el que se juntó, era casado y su esposa se volvió " loquita" y creo, que la curó un brujo.

La señora Chole comenta que esto le disgustó porque ella es muy católica.

Otro defecto que tiene mi hija es el cariño enfermizo hacia a su hijo de 22 años, lo sobre protege, él ni siquiera trabaja. La señora cree que este muchacho únicamente estudio hasta el primero de secundaria.

Con su nuevo señor, la hija adoptó una niña que actualmente tiene cuatro años. La hija de Doña Soledad trata a sus hijos exageradamente bien y al señor muy mal. - La niña tiene muchos juguetes, todos los días le compran algo, pero cuando yo llegué, mi hija guardaba las cosas en bolsas para que mi nieto no las tocara, cerraba todo con llave y la niñita no dejaba que yo viera mis comedias, se subía a ver sus videos y no nos dejaba ver nada, ni a mí, ni a mi nieto.

El nieto que la paciente cuida, es de la hija con la que actualmente vive. Esta hija es viuda con dos hijos, pero tuvo una aventura pasajera y nació este niño, la Señora Chole se quedó con él para que no hubiera problemas, ella lo atiende de todo a todo, lo cuida, le da de comer y lo lleva a la escuela. Dice que todo eso lo hace porque le da mucha lastima que el niño no tenga papá. A comunicación, facilitó la expresión libre de la paciente en esta primera sesión, lo que permitió al terapeuta, analizar tanto el contenido manifiesto como el contenido latente del discurso, que sirvió de base para orientar el tratamiento. Es importante señalar que en el trabajo psicoterapéutico con personas de la tercera edad, por la forma en que se expresan o las dificultades que pudieran tener en este sentido, muchas veces las sesiones se prolongaron 5 o 10 minutos más del tiempo establecido para ello, sobre todo en la primera consulta.

Análisis de la sesión:

En esta primera consulta únicamente se queja de su suerte ¿Por qué no tiene nada?, ¿ Por qué nunca ha podido ser feliz ?. La paciente posee una muy baja autoestima, en su discurso se puede apreciar que se siente incomprendida y reprocha a la vida y a los demás el no haber podido tener satisfacciones.

Parece ser que lo que más le preocupa actualmente, es la dependencia emocional con sus hijas, y su dificultad para poder poner un limite y decirle a su hija que no quiere vivir con ella; curiosamente sus síntomas se presentan cuando la hija la presiona. Vivir con la hija significa cambiar su rutina, adaptarse a otra

ciudad y a otro estilo de vida. Plantea los problemas de sus hijas en forma muy proyectiva. sin darse cuenta de la participación que ella tiene en la conflictiva que le aqueja.

B 2) FOCO DE LA PSICOTERAPIA

Para trabajar este caso se decidió poner el foco en :

LA AUTOESTIMA. Se pensó que trabajando esto, la paciente estaría en mejor posición de revalorar su vida, darse cuenta de sus capacidades y los aspectos positivos de su persona y de esta modo, en la medida que se sintiera más segura de sí misma, poder establecer límites y tomar decisiones. Por otro lado, se consideró que al elevar la autoestima tendría un efecto también sobre los sentimientos de culpa, y podía disfrutar más del apoyo social que el centro le brinda sin remordimiento.

B 3) SINTOMAS AL INICIO DEL TRATAMIENTO

Los indicadores clínicos que se detectaron al inicio del tratamiento fueron : 1) baja autoestima, 2) síntomas somáticos, 3) insomnio, 4) angustia, 5) culpa y 6) dificultad en la relación interpersonal (familiares). **NOTA:** De las personas con que se trabajó, la señora Chole fue de las que más indicadores clínicos presentó al inicio (seis de los siete considerados).

B 4) La catarsis

En la segunda sesión se favoreció la catarsis, con el fin de que la paciente pudiera manifestar emociones reprimidas, al mismo tiempo se fueron haciendo señalamientos en algunas de las situaciones de vida que narró, lo que le permitió reflexionar sobre sus actitudes y su participación en los problemas. En esta sesión se trató de sensibilizar a la señora hacia el insight; es decir que empezara a verse a ella misma y utilizará menos la proyección.

2a. consulta:

En esta segunda sesión habla de su esposo, al que se refiere como un "santo", que fue muy bueno con ella, se casaron cuando el señor, ya había tenido una aventura en la que procreó dos hijos, ella los atendía y obligaba al marido a que les pasara gasto.

El marido era mesero por lo que a veces se iba por largas temporadas cuando tenía que cumplir compromisos en otros lados; un día se fue por un tiempo y se presentó con ella la mamá de los dos hijos, pero esta vez eran siete, se sintió muy humillada y lastimada pues el esposo tenía una doble vida, nunca dejó a la primera señora. Este fue el motivo por el que la paciente tomó la decisión de separarse y se puso a trabajar como empleada en una oficina de gobierno para poder mantener a sus seis hijos que todavía estaban chicos.

Sin embargo, dice sentirse ahora muy culpable de haberse separado de su esposo, sobre todo por sus hijos hombres; siente que al dejar a su marido no les brindó la oportunidad de que tuvieran un padre con quién identificarse y que los pudiera guiar y por eso tiene remordimientos.

Como una manera de justificarse se queja con cierta amargura y reproche, sobre su "ignorancia". Sic: - A mí nadie me enseñó nada, ni de la vida ni de nada, no sabía nada de lo sexual y cuando tuve mi regla no sabía que me estaba pasando, creía que me iba a morir; luego uno se casa y no sabe a lo que va, pobres de mis hijos y luego que les tocó una suerte espantosa.

Después de los señalamientos en relación a su valoración y a sus sentimientos de culpa, al final de la sesión, comenta que sólo ahora, le es posible darse cuenta de todo lo que ha sido capaz de hacer sola y sin instrucción y como sin el apoyo del marido pudo crecer a sus hijos, aunque ella hubiera querido otra cosa para ellos y en ese sentido se siente culpable.

Análisis de la sesión:

En esta segunda consulta aparece sobre todo una gran ambivalencia en la relación afectiva con el esposo, se siente culpable de haberlo dejado "siente remordimientos", parece ser que mientras el esposo vivía, podía manejar mejor estos sentimientos (duelo no resuelto, el marido murió hace un año). Se aprecia también una pobre autoestima y siente que ella, debería aguantar todo en función de sus hijos y de su esposo, como si ella no fuera merecedora de nada. (se señala y lo retoma al final de la sesión). Doña Chole, además, experimenta un gran resentimiento que trata de mantener controlado pues le genera intensos sentimientos de culpa, por lo que la agresión la maneja en forma intrapunitiva, siempre buscando ser castigada. Existe en ella una gran necesidad de hablar de sus remordimientos y sentimientos ambivalentes, (catarsis) esto socialmente no lo expresa. La Sra. es extremadamente religiosa y actualmente en el centro de la tercera edad pertenece a un círculo de lectura en donde especialmente eligen temas religiosos para tratar.

B 5) El insight

Con los señalamientos de la sesión anterior, la paciente fue capaz de "darse cuenta" de algunas de sus conductas, aunque el insight logrado fue parcial y a un nivel intelectual. Sin embargo el tratamiento en esta etapa movilizó emociones y recuerdos, la paciente espontáneamente narró su autobiografía.

3a. Sesión

- Me siento un poco mejor, aunque sigo sin poder dormir bien y como muy poco. He estado pensando en mi vida y los problemas de mis hijos, a veces me siento un poco descontrolada... no bastante descontrolada, a veces no se que hacer, mi problema son mis hijos, sobre todo la hija con la que vivo.

Mi hija tiene un hijo de 15 años, que no tiene nada que me agrade....., bueno si, su carita. Es flojo, descuidado con su aseo personal y no puedo decirle nada porque se molestan tanto él como mi hija, desgraciadamente no es mi casa.

(Tiene la vista empañada),- Se me van las ideas y ahora me he vuelto un poquito rebelde, me estoy rebelando con mi vida.

- Le voy a contar mi vida: Desde chica sufrí mucho, mi madre era viuda y mi padrastro fue muy cruel, desde esa época tuve que andar en diferentes casas.

Mi padrastro ganaba buen dinero, pero siempre se lo gastaba emborrachandose, mi mamá vivió en la miseria, pero, así lo quería, pues vivía únicamente para mi padrastro.

Mi padrastro se levantaba muy temprano, cosía, pues era sastre, terminaba su trabajo como a la una de la tarde, salía a la calle y regresaba borracho, le pegaba a mi mamá a diario y al otro día se arrodillaba y le pedía perdón.

Tuve muchas propuestas de adopción, pero mi mamá nunca dejo que me fuera. ¿Qué malo verdad?, si porque ella no nos podía dar ni amor, todo se lo daba a mi padrastro.

Yo creo que he de haber sido simpática, un matrimonio amigo de mi madre me daba todo, me vestían y me ofrecían que me fuera con ellos. También una prima de mi mamá que tenía un hotel, quería que me fuera con ella, y yo encantada porque ella me quería mucho y ahí tuve mi primera noche buena, cuando desperté, toda la cama estaba cubierta de monedas de chocolate y un muñeco de celuloide alemán. Apenas le dije a mi mamá que me quería quedar con su prima, me fue a buscar y no me dejo ni despedirme, cuando me fueron a buscar ya no me encontraron.

Para estas fechas yo ya era adolescente, me metí a trabajar en una fabrica en donde conocí a un vecino que me enamoró, y me enamoré de él, era chofer en Matehuala, cuando salíamos del trabajo, y en vez de irnos a comer, no íbamos a una laguna, nos dábamos la mano y paseábamos así tomados de la mano, pero nunca me dijo te quiero ni nada.

Una vecina me dijo que ese muchacho era su novio y que yo lo tenía que dejar o me iba arrepentir, yo no quería dejarlo pero mi padrastro decidió irse a San Luis Potosí y nos fuimos sin avisar, no pude decirle nada a Miguel Antonio.

Nos fuimos en un camión donde iban doce jugadores de football y otras dos familias, como yo no me quería ir, pensaba que era mejor morirme, pero resultó, que el camión se volteó y hubo dos o tres muertos de las familias que íbamos, yo me fracture el pie , no se si esto paso por la fuerza con que lo deseé.

Por lo del accidente ya no fuimos a San Luis Potosí, nos prestaron una casa en Matehuala y del susto mi mamá se embarazó.

Después del accidente mi novio Miguel Antonio, me buscó, me llevó al Dr. que me enyesó de la cintura hacía abajo. También me fracture la cadera, quede como un costal de arena, no lo aguante y me quite el yeso, por eso me quedó una pierna más corta que la otra.

Ese muchacho me iba a ver con una amiga mía, por que en ese tiempo no se acostumbraba que fuera el novio solo, pero finalmente Miguel Antonio se fue con mi amiga.

Dure mucho tiempo sin poder caminar, no tenía fuerzas, estaba tirada. Nos cambiamos de casa y ahí fue donde me quitaron las muletas y aprendí a caminar otra vez.

La necesidad y el hambre me hizo volver a trabajar donde estaba, ahí fui feliz, pero tenía mucho miedo de mi defecto físico, sin embargo tuve un novio que le decían carita de ángel, el me quería bien, pero yo era muy insegura. Cambie de trabajo con una Sra. americana donde cuidaba una niña. Esa Sra. también me quería adoptar, pero no se pudo, cada vez que eso pasaba, vamos y a dejar todo, hasta mi novio Julio.

Esta vez nos venimos a la capital, mi novio me buscó y el día que me encontró, yo estaba trabajando en un café de chinos en donde los artistas del teatro hacían sus juntas. Cuando me encontró, como que no le gustó, siento que se desilusionó, porque yo ya no vivía con mi familia, me había escapado de la casa de mi mamá con una prima y vivía en casa de una Sra. que se hacía pasar por mi tía. Ese día fuimos al cine, yo lo invite, pero ya no lo volví a ver. Le vi su carita de desilusión. ¿ Por qué cada vez que yo era feliz, pasaba algo?

De ahí me fui al Oro a vivir con mi hermana en una casa donde había un matrimonio, el Sr. trabajaba en Palacio Nacional y se entendía tan bien con nosotras que nos llevaba a Palacio, a mi me gustaba mucho, aunque yo no soy de una buena clase social, ni ahora lo soy, siempre nos faltó clase social.

En esa época, se iba a casar mi hermana, a su novio le organizaron una despedida de soltero, en donde atacaron a los muchachos, murió uno de ellos y acusaron a mi futuro cuñado de haberlo matado por lo que lo encerraron en la cárcel.

Me cambie a vivir con mi hermana casada, más grande que yo, que vivía con un Sr. muy lindo. Yo trabajaba en una nevería, un día llegaron a la nevería un grupo de jóvenes forestales y pidieron una mesa, yo les tome la orden y entre ellos había uno muy guapo que insistió en que yo le sirviera. Me enamoré de él como una loca, según yo nos enamoramos.

Me enfermé por unos días y no fui a trabajar, le habían presentado ese muchacho a mi hermana y cuando regrese a trabajar encontré a mi hermana y a mi novio en el mismo lugar donde nos veíamos él y yo, por fin se casaron, pero al otro día de la boda el se fue y ella se trató de suicidar. Yo a él nunca lo olvidé.

Me casé con mi marido porque era muy "bueno" conmigo, pero siempre estuve enamorada de aquel muchacho.

Toda mi vida ha sido así, nunca he podido ser feliz, y todos mis hijos salieron como yo, no son felices. Algo nos detiene para ser felices.

Comentarios de la sesión:

En la autobiografía se observa como la señora ha vivido y percibido sus situaciones vitales. Siente que nunca tuvo mucho, no tuvo papá y la madre vivía para el padrastro.

Se siente muy limitada por su ambiente como lo es en la actualidad, siente que nunca ha tenido lo que ha deseado, siempre se sintió perseguida por la mala suerte, siempre hubo trabas en su vida y nunca se sintió querida. Cuando tenía algo se lo quitaban, (la madre, los enamorados, los novios).

Se casó con una persona de la que no estaba enamorada al que "toleraba" y le agradecía que estuviera con ella.

Parece ser que Doña Soledad tiene una depresión endógena que data de la primera infancia, con una serie de pérdidas objetales que no elaboró, y actualmente repite éste esquema en su vida familiar.

Interpretación:

En las siguientes tres sesiones se trabajó con el material autobiográfico y su actual situación de vida, lo que permitió que la señora logrará cierta comprensión en relación a sus conflictos vigentes. A través de la interpretación y la señalización se favoreció cierto insight; que permitió que la paciente pudiera vivenciar y entender algunas de sus experiencias pasadas y la participación que tuvo en ellas, así como la consecuencia de su actitud y conducta en las diversas situaciones que en el presente tiene que enfrentar.

Utilizando esta técnica se trabajó con la autoestima, los duelos no resueltos, las pérdidas objetales tempranas y su relación familiar actual.

Por el tipo de dificultades que presentó esta paciente, se recurrió también a la utilización de técnicas de apoyo, sobre todo en relación a la autoestima.

Elaboración

En la últimas sesiones, la paciente expresa su decisión de quedarse a radicar en el D.F., con la hija con la que actualmente vive, y que es la que más la necesita (Es importante señalar como ahora ella siente que es necesaria). Por otro lado Doña Soledad, expresa el gran cariño que tiene hacia su nieto y lo que su nieto la quiere; el también la necesita y es un motivo para vivir y esforzarse. Es capaz de darse cuenta que si se deja presionar, como toda la vida lo ha hecho, va a perder lo que tiene, se da cuenta que si pensó en irse fue por resolver su situación económica, pero ahora piensa que no sólo puede manejar la casa y

ayudar a la educación de sus nietos, sino también puede distribuir su precaria pensión de modo que no les falte lo indispensable. Comenta :- Desde que tome esta decisión puedo dormir más tranquila.

Terminación

Desde el principio del tratamiento se acordó que se iba a trabajar siete sesiones de una vez por semana, lo que contribuyo a elaborar la terminación del tratamiento. En la última sesión se invita a la paciente a seguir asistiendo al Centro, haciéndole ver lo importante de su participación. Por otro lado se le indica, que cuando ella sienta necesidad de ayuda en este sentido, no dude en solicitarla.

Remisión de Síntomas

La señora remitió dos de los seis síntomas que presentó al inició del tratamiento, (insomnio y síntomas somáticos). Aunque en algo mejoro su autoestima, no es posible afirmar que haya habido cambios importantes en la percepción de sí misma, sigue pensando que nunca ha sido feliz y como continúa sintiéndose poco merecedora , le cuesta mucho trabajo disfrutar de algunas actividades; pero los sentimientos de culpa se atenuaron, puede dormir y comer mejor y es capaz de darse cuenta que aunque tiene problemas físicos, estos no la limitan y le preocupan menos. Ya no se siente tan angustiada, desde que pudo autoafirmarse al tomar una decisión importante y ahora puede separar más su vida de la de sus hijos. La señora tiene planeado participar en el viaje a Michoacán que se realizará en próximas fechas.

Como se puede apreciar aunque la paciente fue una de las que menos síntomas remitió; la psicoterapia breve junto con la autobiografía resultan ser técnicas viables para el tratamiento de las personas de la tercera edad.

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Preguntas de Investigación:

En esta investigación, se encontró que es posible modificar la presencia de síntomas clínicos de los pacientes senectos a través del uso de la psicoterapia breve.

Debido a que la muestra es muy pequeña no es posible generalizar los resultados, sin embargo, los hallazgos de este estudio concuerdan con lo expresado por diversos autores (Nemiroff y Colarusso 1985; Myers 1984; Leszcz 1987; Rechtschaffen 1959; Steuer 1982; y Yasavage y Karasu 1982), en el sentido que la edad por si misma no es un factor de definición, ni como indicador, ni como contra indicador del empleo de alguna terapéutica específica; en este caso de la psicoterapia breve propuesta por Bellak y Small.

Con respecto a la pregunta de si la fuerza del yo está en relación con el éxito de la psicoterapia en personas de la tercera edad, estadísticamente se aprecia, que aunque existe poca diferencia entre las medias obtenidas por la población general de ancianos y los que estuvieron bajo tratamiento, clínicamente se pudo observar que las personas que obtuvieron puntajes más elevado en la subescala de fuerza del yo, remitieron más síntomas mediante el tratamiento, mientras que el paciente que obtuvo el puntaje más bajo continuó presentando sintomatología. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Barron, 1953, 1956; Dahlstrom y Welsh, 1960; Dahlstrom y cols. 1975; Duckworth, 1975; Good y Brantner, 1961), en el que señalan que, puntuaciones altas en la escala ES, corresponden a individuos mejor adaptados, que no presentan en su estructura de personalidad síntomas que indiquen psicopatología severa. Sin embargo es difícil concluir que ésta medida constituya un pronóstico del éxito en psicoterapia en la tercera edad; para ello es necesario trabajar con otra metodología y emplear muestras más grandes.

En relación a la pregunta de si la mejoría en síntomas psíquicos favorece la adaptación social del anciano a un Centro de la Tercera Edad, se encontró que los sujetos bajo tratamiento continúan asistiendo al centro aunque no todos con la misma asiduidad y participación. Dos terceras partes de los casos estudiados tuvieron una franca mejoría y pudieron adaptarse mejor al centro y a su situación de vida lo que también pudo ser observado por el personal del centro.

Es necesario resaltar es papel social que juegan las instituciones, como lo menciona Butler y Lewis 1977; la habilidad de la persona mayor para adaptarse a esta etapa de la vida va a depender además de su salud física, su personalidad y sus experiencias tempranas, de bases económicas adecuadas, del apoyo social que reciba así como de la seguridad, los cuidados médicos y los roles sociales y recreativos.

Considero que gran parte del éxito en la adaptación social de los ancianos en tratamiento fue el que pudieran asistir a un centro que les proporciona roles sociales y de recreación así como pertenencia y seguridad.

Sin embargo, en este punto quisiera señalar el hecho de que la inseguridad económica en la mayoría de los pacientes representa una fuente constante de angustia. El deterioro del poder adquisitivo y la escasa previsión de las autoridades para establecer un adecuado plan de pensiones y jubilaciones, ha propiciado que aun las personas que llegaron a tener un mejor nivel de vida y destinaron parte de sus recursos al ahorro para poder tener un futuro económico más estable, actualmente se encuentran muy limitados para hacer frente a este tipo de necesidades. Esta situación con frecuencia obliga al anciano a depender económicamente de sus hijos.

La autobiografía, en los casos que fue posible utilizarla, resulto ser una técnica muy útil ya que a través del relato de la persona fue posible conocer las características de la personalidad que han prevalecido en el curso de la vida. Por otro lado en

relación al proceso psicoterapéutico, como lo menciona Butler 1964, el progresivo retorno a la consciencia de las experiencias pasadas, y particularmente el resurgimiento de los conflictos no resueltos, permiten al sujeto examinar sus experiencias de vida, relacionarlas con los conflictos actuales y reintegrarlas a su self.

Características de la muestra:

La edad de las personas

En lo que se refiere a la edad de los sujetos es necesario recordar que los 60 años marcan el inicio de la tercera edad.

En este estudio, el promedio de edad de las personas que estuvieron bajo tratamiento de psicoterapia breve fue de 73 años, encontrándose , que doce de ellos tenían entre 60 y 74 años, y únicamente 3 (mujeres) estaban en el rango de mayores de 75 años; de éstas tres personas , dos remitieron el total de los síntomas, y la persona de 84 años remitió más de la tercera parte de éstos. Cabe hacer mención , que esta persona presentaba un duelo patológico de ocho años atrás, por la muerte del marido alcohólico. A través del proceso terapéutico, fue capaz de manejar la culpa que por tanto tiempo no le permitía elaborar el duelo. Con este caso se cuestiona qué tanto la edad determina la posibilidad de cambio.

El sexo de las personas de la muestra:

En nuestro país el promedio de vida para los hombres es de 67 años, mientras que para las mujeres es de 73; lo que apunta a que es posible que haya más mujeres senectas que hombres. De los 60 ancianos registrados en el Centro de Rehabilitación , únicamente 8 son varones y el resto mujeres. Asimismo los sujetos de la muestra en su mayoría fueron mujeres. Es probable que esta situación no se deba exclusivamente a que el promedio de vida en la mujer sea más elevado, también puede estar en relación al rol culturalmente asignado en nuestra sociedad al hombre y a la mujer.

El que los hombres participen menos en los centros de la tercera edad que las mujeres, quizá se deba al papel que los varones han venido desempeñando socialmente. Les es más difícil

aceptar la jubilación y su creciente dependencia; como lo menciona Epstein, L.(1989) no les es fácil aceptar su posición creciente de espectador en vez de dirigente, lo que también limita su aceptación al apoyo social que estos centros puedan brindarles. Muchas de las señoras casadas que participan de las actividades del Centro, vienen solas permaneciendo el esposo en casa. Esta misma actitud puede observarse en la psicoterapia, a los hombres les cuesta más trabajo pedir ayuda en relación a sus síntomas e incluso les es más difícil expresar sus sentimientos y emociones.

De los dos hombres de la muestra , uno, pidió ayuda por sentirse muy angustiado por su incapacidad para enfrentar situaciones cotidianas desde su jubilación , presentando un gran temor de no poder afrontar sus responsabilidades de jefe de familia, ya que aún es responsable de su esposa y una hija hemipléjica. Al paciente le costaba trabajo salir a la calle por temor a que algo le pasara y dejara desamparada a su familia. Aunque este paciente continua angustiado, y su autoestima es pobre, ya es capaz de movilizarse y trasladarse por ejemplo a diferentes rumbos de la ciudad a arreglar papeles o buscar medicinas, etc. Sigue asistiendo al Centro y los observadores lo reportan como adaptado aunque no es muy participativo. En la evaluación final, remitió dos de los tres síntomas clínicos que presentó al inicio del tratamiento, sin embargo siempre trataba de justificarse y le fue difícil empezar a comunicar sus dificultades.

Como lo menciona Michaels, J. 1979; el impacto de la jubilación, los ingresos insuficientes, la pérdida de los amigos y la soledad, van agotando progresivamente la " energía psíquica" y finalmente producen depresión. En este paciente la limitación de los recursos económicos, junto con el temor de enfrentar sus dificultades de vida, contribuyeron a incrementar los sentimientos de minusvalía, así como los sentimientos de pérdida de la estimación de los demás, trataba de justificarse y mitigar la culpa aislándose y sintiéndose incapaz de cambiar su actitud hacia la vida.

El otro paciente masculino pidió consulta para él y su esposa por problemas de tipo sexual, aunque son atendidos en pareja en la primera consulta, se decidió verlos por separado, ya que la esposa acaparó la sesión y casi no lo dejaba hablar ; por otro lado en esta primera sesión se puede apreciar que el señor plantea un problema de 25 años atrás, que, parece ser se agudiza en ese momento, debido a los problemas familiares actuales (Desde hace un mes la madre de la esposa de 85 años con Alzheimer, se fue a vivir con ellos) . Para la esposa, el conflicto sexual que el marido plantea ya no constituye un problema. Se puede apreciar que el señor es una persona débil de carácter que depende mucho de su cónyuge 10 años menor que él (el paciente tiene 71 años y la esposa 61). Ella aparece como una persona más tranquila que tiene una visión de la vida muy diferente a la de él, al que tiende a ver como otro hijo que tiene que proteger y procurar.

Este paciente tiene una visión un tanto ingenua de la vida y sus problemas, aunque es funcional y aún continua laborando, la esposa es la que lleva las riendas de la casa y enfrenta los problemas de las hijas y los nietos. Comenta que desde que nació su última hija que murió casi recién nacida , no volvieron a tener relaciones sexuales, esto fue para él un gran conflicto, ya que nunca le gustó ir con "otras" para satisfacer este tipo de necesidades por temor a contraer una enfermedad venérea. Dice querer mucho a su esposa y aunque tuvieron este tipo de dificultades se han podido llevar bien todo el tiempo de casados.

Actualmente se siente relegado por la presencia de la suegra. Entiende poco el problema de su esposa y la enfermedad de la suegra a la que se refiere como la "loca", que vino a quitarle la paz familiar. El señor como un niño comenta divertido las agresiones verbales que dirige hacia su suegra.

El proceso de la psicoterapia, se enfocó a la relación de pareja y al manejo de la sexualidad. En este caso por el poco insight del paciente la terapia fue muy directiva. Aunque pudo funcionar como siempre con su esposa, ya que consiguió que la cuñada se llevara a la suegra a vivir al interior de la República;

seis meses después, en la fase de seguimiento, hubo que reiniciar el tratamiento, esta vez por el duelo por la muerte de una de sus hermanas (el paciente era el menor y único varón de 5 hijos y siempre fue protegido por las hermanas como ahora lo es de la esposa).

Este paciente aún es laboralmente activo, trabaja por las noches tres veces por semana; sin embargo asiste regularmente al centro, en donde también ha establecido una relación de mucha dependencia.

Lo limitado de la muestra y los datos reportados en los dos casos clínicos con que se trabajó, no permiten concluir si el sexo es un factor de éxito en psicoterapia o no. Tampoco se encontró en la literatura revisada, estudios en los que se tome en cuenta el sexo en relación a la psicoterapia en la tercera edad. Sin embargo fue muy claro que la situación de dependencia en el varón genera más problemas que en la mujer.

Escolaridad de los sujetos

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), en 1992, con el objetivo de conocer las características y necesidades básicas de la población senecta del país, aplicó una encuesta a 15,000 personas de 60 años y más en los diferentes Estados de la República, encuesta a la que se hará referencia para comparar los datos encontrados en este estudio en relación a la escolaridad de los sujetos que estuvieron bajo tratamiento.

En este rubro considero necesario señalar que los sujetos de la investigación pertenecían a un nivel socioeconómico entre medio y medio bajo y muestran la misma tendencia en relación a la escolaridad que los ancianos de la encuesta realizada por el INSEN, en donde se encontró que la máxima frecuencia se ubica en el nivel de primaria terminada.

Parece ser que el nivel de estudios esta en relación al promedio de escolaridad que se alcanzaba en nuestro país en los años veinte y treinta.

En este estudio no se encontró que la escasa escolaridad fuera un factor que limitara el éxito de la psicoterapia.

Situación de vida

Aunque para este estudio no se contó con un grupo comparativo en mi experiencia trabajando con este grupo de edad he podido constatar que las personas asiladas muestran más dificultades para adaptarse a esta etapa de la vida que las que aún permanecen dentro del núcleo familiar o pueden bastarse por sí mismos como los sujetos de la muestra. La funcionalidad y las condiciones de vida de los sujetos sí parece ser un factor que influya en el éxito del tratamiento. Los pacientes asilados además de las pérdidas que tienen que elaborar por la situación de la edad, se enfrentan al adaptarse a una nueva situación de vida, en un lugar extraño para ellos; en donde tienen que convivir con personas ajenas a su vida anterior, lo que contribuye a incrementar los sentimientos de minusvalía e impotencia que, como, lo menciona Bibring (1953) se expresan en una depresión que esencialmente es una forma humana de reaccionar a la frustración y a la desgracia, cuando el yo se encuentra en un estado (real o imaginario) de desesperanza contra eventos abrumadores o extraordinarios como es el caso de la vejez y el cambio radical en el estilo de vida.

Evaluación Mental y Psicológica

En cuanto a la evaluación mental y psicológica de los pacientes de la tercera edad, los hallazgos de este estudio concuerdan con las conclusiones de Horowitz (1976) y sus colegas en el sentido de que la psicoterapia breve con orientación analítica reporta más beneficios si el paciente cuenta con una adecuada organización mental y una alta motivación. Lazaruz 1988, por su parte señala que con pacientes desorganizados, con baja motivación y un pobre concepto de sí mismos, es mejor el empleo de la terapia de apoyo.

Las técnicas de evaluación utilizadas para este estudio: el examen mental, la evaluación de la función del yo y la historia

clínica, resultaron ser herramientas útiles para la selección de los ancianos que se incluyeron en la muestra. Fue difícil trabajar con las técnicas de la psicoterapia breve con algunos de los ancianos remitidos a tratamiento psicológico (no incluidos en la muestra), que presentaban síntomas psicóticos o depresiones muy severas y que además no tenían la suficiente motivación para el tratamiento. En este aspecto es necesario considerar como lo menciona Berezin (1988), que dependiendo del síntoma y del diagnóstico se elige la aproximación terapéutica adecuada para cada paciente. En la práctica se presentan una gran variedad de síntomas y existen diversas terapias dirigidas a modificar esos síntomas. Estos enfoques de tratamiento van desde la terapia con medicamentos a la manipulación ambiental; y desde la psicoterapia de apoyo a la psicoterapia orientada al insight. Cada una de estas aproximaciones terapéuticas tiene sus indicaciones y sus limitaciones, la elección de la terapéutica a seguir dentro de este amplio rango, depende de muchos factores que incluyen por supuesto la historia clínica y el diagnóstico. Los pacientes con sintomatología severa fueron remitidos a tratamiento psiquiátrico, además de que fue necesario trabajar con los familiares y las personas encargadas de atenderlos.

Procedimientos de la Psicoterapia Breve

En este estudio fue posible constatar como casi todos los ancianos que estuvieron bajo tratamiento llegaron a reflexiones sobre sus conflictos y la psicoterapia breve, representó para ellos la oportunidad de revalorar su vida, sus relaciones y permitió a la mayoría hacerse responsables de su conducta.

Como lo menciona Lazaruz 1988 , las tres variables del proceso que correlacionan con resultados positivos en la psicoterapia son: El apoyo que ofrezca el terapeuta, la identificación del paciente con el terapeuta , y la elevación de la autoestima.

Los pacientes que lograron hacer insight fueron menos proyectivos y remitieron más síntomas.

En relación al presente trabajo considero que la investigación con ancianos plantea diversas dificultades como son: el enfrentarse a una etapa de la vida que es preferible considerar como algo remoto y ajeno, para no cuestionar nuestra propia vida en el ciclo evolutivo que necesariamente nos lleva a confrontarnos con el deterioro y la muerte.

Por otro lado el trabajar con este grupo etario, plantea consideraciones éticas, ya que los ancianos, demandan comprensión y satisfacción de sus necesidades, pero son muy celosos de su intimidad, se niegan a ser considerados como grupo diferente al resto de las personas y exigen respeto como individuos.

En la práctica clínica he observado que únicamente participan en proyectos de investigación cuando han podido establecer una relación positiva de tiempo con el profesional.

Por último es necesario hacer hincapié como lo mencionan Bellak y Karasu 1976 que los principios empleados en la terapia breve son particularmente importantes con las personas mayores que no presentan síntomas psicóticos; debido a que estas personas sienten que no tienen mucho tiempo y reciben con beneplácito un planteamiento y soluciones breves y directas a los problemas emocionales que los aquejan.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Si bien los hallazgos en esta investigación son muy valiosos, pues representan un acercamiento clínico que pretende ayudar a personas de la tercera edad a mejorar la calidad de su vida, debemos reconocer las múltiples limitaciones de este modesto trabajo.

Entre las limitaciones más importantes y que dificultan la generalización de los resultados, podemos señalar :

- 1) Con respecto a la muestra, el tamaño reducido y la no aleatoriedad constituyen los puntos esenciales que impiden la generalización. El hecho que las personas asistan a un centro de apoyo a la tercera edad les da una característica específica que seguramente influyó en los resultados.
- 2) El diseño intrasujeto, fue muy útil pues permitió evaluar los cambios producto de la intervención psicoterapéutica; sin embargo considero que de haber habido grupos comparativos en donde se aplicaran otros enfoques terapéuticos avalaría los hallazgos de esta investigación.
- 3) La falta de un grupo control es otra limitación del estudio.

Los resultados de esta investigación son generalizables a personas con las características de la muestra y pueden servir de base para estudios posteriores en el tratamiento de personas de la tercera edad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barbatarlo, A. (s/a) Geriatría y Gerontología. Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología. México
- 2.- Barron, F. (1953) An ego strength scale which predicts response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 17 (5), 327-333
- 3.- Barron, F.; Leary, T.F. (1955). Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 19 (4), 239-245
- 4.- Beauvoir, S. (1970) La vejez. (Ed) Sud Americana, Buenos Aires.
- 5.- Bellak, L. (1979). Los Problemas de la Psiquis. Tratado de Gerontología. (Ed) Ateneo. México
- 6.- Bellak y Karasu. (1976) Geriatric Psychiatry . (Ed) Grune & Stratton N.Y. USA.
- 7.- Bellak, L. Siegel H. (1986) Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. (Ed) El Manual Moderno México D.F.
- 8.- Bellak, L. Small, L. (1980) Psicoterapia Breve y de Emergencia. (Ed) Pax México D.F.
- 9.- Butcher, J.N. & Williams, C. (1992). MMPI-2 and MMPI-A: Essential of clinical interpretation. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- 10.- Brod, Meryl, S; Feindloom, Richard J. (1990) Feasibility and efficacy of verbal consents. Research on Aging; Sep Vol. 12 (3) 364-372. Ctr. for Aging Service Research, Cal. USA
- 11.- Butler, N. (1964) The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in Aged. New thoughts on Aging. R. Kastenbaum (Ed) , Sringer Publishing Co., Inc., New York, NY
- 12.- Butler, N. (1989). Psiquiatría Geriátrica . Kaplan (Ed) Compendio de Psiquiatria.
- 13.-Caraveo, J. (1977). Estudio Clínico de la Depresión en el Anciano: Un Enfoque Fenomenológico. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina UNAM. México.
- 14.- Carstensen, L. Barry, E. (1989) Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social. (Ed) Martínez Roca. Barcelona España.
- 15.- Cueli, J. Reid, L (1976) Teorías de la Personalidad. México: Trillas

- 16.-Doval, Mezey y col. (1984). Evaluación de la Salud en el Anciano. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México.
- 17.- Elston, R. Johnson, W. C (1990) Principios de Biostatística.(Ed) El Manual Moderno. México, D.F.
- 18.- Erickson, E. (1985) El ciclo vital completado. (Ed) Paidós Argentina.
- 19.- Estrada, L. (1982). El ciclo vital de la familia. (Ed) Posada, México, D.F.
- 20.- Estrada, L. (1990) La Teoría Psicoanalítica de las Relaciones de Objeto: del individuo a la familia. (Ed) Hispanicas, México, 1990.
- 21.- Epstein, I. (1989) Envejecimiento. Godman (Ed) Psiquiatría General. Personalidad en el Anciano.
- 22.- Freud, A. (1992) El yo y los Mecanismos de Defensa. (Ed) Paidós.México.
- 23.- Freud, S. (1973) Duelo y Melancolía. Obras Completas de Freud. Vol. II, Madrid Biblioteca Nueva.
- 24.- Gaylord, S. (1989). Trastornos Afectivos en el Envejecimiento. Carstensen, I. et al (Ed) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Trastornos.
- 25.- González Nuñez J. (1989) La Fortaleza del Psicoterapeuta: La Contra Transferencia. (Ed). Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.
- 26.- Grunes, J. (1988) The aged in psychotherapy: Psychodynamic contributions to the treatment process, in Treating the Elderly With Psychotherapy: The Scope for change in Later Life. (Ed) Sadavoy J. Leszcz M, Madison, C.T. International Universities.
- 27.- Howard H. Goldman, (1989). Psiquiatría General, (Ed) El Manual Moderno, 2a. Edición México.
- 28.- Kalish, R. (1983). La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano. (Ed) Piramide. Madrid España.
- 29.- Krippendorff, K. (1990) Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica. (Ed) Paidós Comunicación. Barcelona, España.
- 30.- Lazarus, L. Sadavoy J. Langsley, P (1988) Individual Psychotherapy. The Scope for change in later life. Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry. Second Print, USA.

- 31.- Lazarus, L. et al (1988) Brief Psychotherapy with the Elderly: A Study of Process and Out Come. The Scope for change in later life. Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry. Second Printe. USA
- 32.- Lazcano .M y col. (1991) Enfoque biopsicosocial del tiempo libre del anciano. Tesina UIA México, D.F.
- 33.- Lehr, V. (1980). Psicología de la Senectud. (Ed) Herder Barcelona , España.
- 34.-Levin, S. Kahana, R. (1973). Los procesos psicológicos en el envejecimiento. (Ed) Hormé, Buenos Aires.
- 35.- Marshall, A. (1986) A Sociological Perspective on Aging and Dying, Later Life: A Social Psychology of Aging (Ed) ., Sage Publications, Beverly Hills, C A.
- 36.- Martinez Lanz, P et al. (1983) Prevalencia de Trastornos emocionales en personas de la edad avanzada. Salud Pública de México. Nov-dic. Vol 25 No. 6
- 37.- Menaker, E. & W. (1980) El yo en la evolución. (Ed) Fondo de Cultura Económica. México.
- 38.- Michaca, P. (1987) Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las relaciones de objeto. (Ed) Pax México; D.F.
- 39.- Moody, F. Harry, R. (1984) A bibliography on reminiscence and life reviw. Journal of Gerontological Social Work. Mar. Vol 7 (1-2) City U New York; Brookdale Ctr. on Aging, Inst on Humanistics, Arts and Aging.
- 40.- Parres, R. (1990) La vejez. Teoría Psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia. (Ed) Hispanicas México, D.F.
- 41.- Pichot, P. (1988) Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Primera edición española. (Ed) Masson, S.A. México D.F.
- 42.- Rappaport, L.(1986) La Personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. (Ed) Paidós Barcelona, España.
- 43.- Rivera, O. Esquivel, F. Lucio, E. (1987) Integración de Estudios Psicológicos. (Ed) Diana. México D.F.
- 44.- Rodriguez, A. (1980). Investigación experimental en psicología y educación. (Ed) Trillas, México.

- 43.- Ryff, P. (1986). The Subjective Construction of Self and Society: An Agenda for Life-Span Research. Later Life: A Social Psychology of Aging. V W. Marshall (Ed) Sage Publications, Beverly Hills, CA.
- 46.- Sadavoy, J. (1988). Character Disorders in the Elderly: An Overview. The Scope for change in Later Life. Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry. New York USA
- 47.- Sheehy, G. (1987) Las Crisis de la Edad Adulta. (Ed) Grijalbo. México D.F.
- 48.- Slaikou, K. (1988) Intervención en crisis. (Ed) El Manual Moderno. México, DF.
- 49.- Strojilevich, C (1990) Temas de Psiquiatría (Ed) Ediciones 1919 Argentina.
- 50.- Steward, M.(1989) Life events, affect conformity, and ego strength as determinants of physical and psychological distress. Dissertation Abstracts Internacional. April Vol. 49. No. 10
- 51.- Tarman, V. (1988) Autobiography: The Negotiation of lifetime. Aging and Human Development, Vol. 27 (3)
- 52.- Weakland H. John y col.(1971) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process Vol. 13 No. 2 USA
- 53.- Wills, R. (1988) Problemas psiquiátricos del anciano. Tratado de Geriatría y Gerontología. D.L. Carnevali M. Patrick, (Ed) Interamericana. "a. edición México.
- 54.- Wisocki, P. Averill J. (1989) El Desafío del Duelo. Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social. Barcelona, España.
- 55.- Zenil, C. y col. (1989) Actividades Psicosociales en la Vejez. (Ed) Revista de Psiquiatría y Salud Mental, México.
- 56.- Zetzel, E. (1979) Dynamics of the Metapsychology of Aging Process. Geriatric Psychiatry, Grief, Loss, and Emotional Disorders in Aging Process. Berenzin, M; Cath. M, (Ed) International Universities. Press Inc. New York.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO FUERZA DEL YO

SUBESCALA ES MMPI 2

- 1.- Tengo buen apetito.
- 2.- A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
- 3.- Raras veces me preocupo por mi salud.
- 4.- Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo.
- 5.- He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- 6.- Estoy tan sano como la mayoría de mis amigos.
- 7.- Casi siempre tengo tos.
- 8.- Algunas personas son tan mandonas que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me pidan, aunque sepa que tienen la razón.
- 9.- Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 10.- Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo.
- 11.- Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
- 12.- Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.
- 13.- Cuando me aburro me gusta provocar algo emocionante o divertido.
- 14.- Pierdo fácilmente las discusiones.
- 15.- Mis manos no se han entorpecido ni perdido habilidad.
- 16.- Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más frecuentemente que otras personas de lo que hago).
- 17.- No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
- 18.- Me gusta coquetear.

- 19.- Nunca me he desmayado.
- 20.- Creo que mis pecados son imperdonables.
- 21.- Me he enfrentado a problemas con tantas opciones de solución que me ha sido imposible llegar a una decisión.
- 22.- Me gusta la ciencia.
- 23.- Me gusta recoger flores o cultivar plantas dentro de mi casa.
- 24.- Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 25.- Me gusta cocinar.
- 26.- Temo encontrarme encerrado en un ropero o en un lugar pequeño y cerrado.
- 27.- Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa.
- 28.- Me enojo con facilidad pero se me pasa pronto.
- 29.- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 30.- Puedo ser amigable con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
- 31.- Gran parte del tiempo me siento cansado.
- 32.- Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
- 33.- Cuando salgo de casa no me preocupo por cerrar bien las ventanas y la puerta con llave.
- 34.- Me preocupo mucho.
- 35.- Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
- 36.- Sueño frecuentemente cosas que es mejor mantener en secreto.
- 37.- El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
- 38.- No le temo al fuego.
- 39.- Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
- 40.- Mi forma de hacer las cosas tiende a ser mal interpretada por otros.

- 41.- Me gustaría mucho ganarles a los criminales en su propio juego.
- 42.- He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
- 43.- Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
- 44.- Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
- 45.- Con frecuencia me ha parecido encontrar tantos obstáculos en mis planes que he tenido que abandonarlos.
- 46.- Tengo pensamiento extraños y poco comunes.
- 47.- Me siento incapaz de contarle a alguien todo acerca de mí.
- 48.- Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
- 49.- Cierta animales me ponen nervioso.
- 50.- Con frecuencia he tenido miedo durante la noche.
- 51.- La suciedad me molesta o me horroriza.
- 52.- A veces me molesta oír tan bien.

**CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR LOS PROFESIONISTAS
ENCARGADOS DE ATENDER A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
DEL CENTRO DEL CENTRO DE REHABILITACION Y REVITALIZACION
DE LA TERCERA EDAD: PEDRO ROMERO DE TERREROS**

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Ocupación anterior: _____

Con quién vive: _____

Fecha de ingreso al centro: _____

Participación en actividades dentro de la Institución

1.- La persona asiste al centro:

- a) Diario b) 3 veces por semana c) De 1 a 2 veces
por semana d) eventualmente e) Ya no asiste

2.- Las actividades en que participa la persona son:

- a) Todas b) Casi todas c) Algunas d) Pocas e) Ninguna

3.- La participación en actividades grupales es:

- a) Muy activa b) Activa c) Regular d) escasa

4.- La relación personal con sus compañeros dentro de la
actividad grupal es:

- a) Muy buena b) buena c) regular d) escasa e) nula

5.- Coopera con sus compañeros en actividades extraordinarias
como, concursos, bazares, cafetería, etc.

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces
e) Nunca

6.- Ofrece algún tipo de ayuda a sus compañeros cuando estos lo
necesitan

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces
e) Nunca

7.- La participación en los paseos que organiza la Institución:

- a) Muy activa b) Activa c) Regular d) Escasa e) Nula

CUESTIONARIO ADAPTATIVO

Las siguientes aseveraciones deberán ser contestadas con CIERTO Y FALSO según se haya observado a la persona en el último mes.

- 1.- Su vestimenta es adecuada a su edad y la situación.
CIERTO () FALSO ()
- 2.- Su arreglo personal es esmerado.
CIERTO () FALSO ()
- 3.- Se nota con un buen estado anímico.
CIERTO () FALSO ()
- 4.- Su estado anímico es cambiante, (puede pasar de la risa al llanto).
CIERTO () FALSO ()
- 5.- Tiene dificultades para concentrarse en una tarea o trabajo.
CIERTO () FALSO ()
- 6.- Se muestra muy preocupado (a) por su salud física.
CIERTO () FALSO ()
- 7.- Se queja de dificultades en el dormir.
CIERTO () FALSO ()
- 8.- Se asusta de comentarios que puedan parecerle extraños de los demás.
CIERTO () FALSO ()
- 9.- Se da por vencido fácilmente en una discusión.
CIERTO () FALSO ()
- 10.- Hace o dice cosas de las que posteriormente se arrepiente.
CIERTO () FALSO ()
- 11.- Se le dificulta tomar decisiones.
CIERTO () FALSO ()
- 12.- Muestra interés por las plantas.
CIERTO () FALSO ()
- 13.- Muestra interés por la cocina y por la comida.
CIERTO () FALSO ()
- 14.- Muestra debilidad general la mayor parte del tiempo.
CIERTO () FALSO ()
- 15.- Ha comentado alguna vez haber oído voces sin saber de donde vienen.
CIERTO () FALSO ()

- 16.- Se muestra interesado (a) en asistir a museos o eventos culturales.
CIERTO () FALSO ()
- 17.- Le gusta hablar sobre temas sexuales.
CIERTO () FALSO ()
- 18.- Se enoja con facilidad pero se le pasa pronto.
CIERTO () FALSO ()
- 19.- Puede ser amigable con personas que son diferentes a él o ella.
CIERTO () FALSO ()
- 20.- Comenta dificultades en sus relaciones familiares.
CIERTO () FALSO ()
- 21.- Muestra algún tipo de temores.
CIERTO () FALSO ()
- 22.- Se muestra preocupado por todo.
CIERTO () FALSO ()
- 23.- Tiene malos entendidos con alguno (s) de sus compañeros.
CIERTO () FALSO ()
- 24.- Muestra remordimientos por algo.
CIERTO () FALSO ()
- 26.- Con frecuencia evita saludar a otra persona.
CIERTO () FALSO ()
- 27.- Su comportamiento es extraño y poco común.
CIERTO () FALSO ()
- 28.- Su estado anímico ha cambiado por algún tiempo en forma radical sin motivo aparente.
CIERTO () FALSO ()
- 29.- Se muestra generalmente reservado (a)
CIERTO () FALSO ()
- 30.- Comenta no haber podido realizar algún proyecto.
CIERTO () FALSO ()