

302925

12.
2ej

Universidad Femenina
de México

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México

**INTEGRACION DEL YO EN
ANCIANOS QUE VIVEN EN
ASILO O EN FAMILIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

Lourdes Patricia Peña Valdivia

Director de Tesis : Dr. Jesús Quintanar Márquez

MEXICO, D. F.

1995

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.

**A mis viejos Herminia y José
por lo bueno que dejaron en mí.**

**A mi hermano Fernando
por su presencia siempre constante.**

**A mis hermanas Gloria, Tita y Ceci
con profundo cariño.**

**A Coco
por su estímulo y compañía.**

**A Arturo
por su apoyo incondicional.**

**Al Dr. Jesús Quintanar
por su orientación, apoyo y
paciencia.**

**A todos los ancianos
que me permitieron
irrupir en su intimidad.**

**Al INSEN por las
facilidades proporcionadas
para la realización del
presente trabajo.**

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
MARCO TEORICO	
Capitulo I PERSONALIDAD Y SENECTUD	
1.1. Desarrollo de la personalidad	6
1.2. Definicion de senectud	13
1.2.1. Aspectos Biológicos	14
1.2.2. Aspectos Sociales	17
1.2.3. Aspectos Psicologicos	21
1.2.4. Psicologia del Anciano Asilado	26
1.2.5. El fin del ciclo vital	35
Capitulo II. FAMILIA.	
2.1. Definición	42
2.2. Etapas	43
2.3. Funciones	45
2.4. La familia y el anciano	54
2.4.1. La influencia de la familia en el anciano	55
2.4.2. La influencia del anciano en la familia	57
2.4.3. La familia del anciano asilado	59
Capitulo III. EL YO	
3.1. El aparato psiquico	62
3.1.1. El ello	62
3.1.2. El yo	64
3.1.3. El superyo	67
3.2. Funciones vocicas y sus alteraciones	69

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo	IV. METODOLOGÍA.	
	4.1. Problema	76
	4.2. Hipótesis	76
	4.3. Variables	76
	4.4. Objetivos	76
	4.5. Obtención de datos	79
	4.6. Tipo de investigación	88
	4.7. Nivel de investigación	89
	4.8. Diseño de investigación	89
	4.9. Procedimiento	89
	4.10. Análisis estadístico	90
	RESULTADOS PRESENTACION Y ANALISIS	92
	CONCLUSIONES.	99
	Bibliografía.	104

INTRODUCCION.

Antiguamente los ancianos estaban considerados como símbolos de sabiduría y respeto. el anciano formaba parte integral y necesaria de la vida cotidiana, no sólo en el ámbito familiar sino incluso en el político. Eran apreciados y respetados por todas las personas. sin importar la casta social a la que pertenecían, ya que eran considerados como personas sabias que podían aconsejar y dar solución a un sin fin de problemas, gracias a su bagaje de experiencias.

El anciano sufre un sin número de pérdidas. tanto físicas como emocionales. pero dichas pérdidas son bien llevadas cuando el anciano se encuentra en un medio adecuado en el que se desarrolla con afecto.

El presente estudio pretende establecer las características de la integración yóica de los ancianos que viven en familia y de los que viven en asilo. para poder fundamentar cual se encuentra con una mayor integración yóica, se utilizó el test "desiderativo" que mediante indicadores psicopatológicos. establece el grado de integración yóica.

Así mismo se pretende establecer que los vínculos familiares. ayudan al anciano a mantener su estructura yóica en mejores condiciones.

El presente trabajo consta de tres capítulos. en el primero. se habla del desarrollo de la personalidad y de la senectud, con sus implicaciones biopsicosociales. En el segundo

capítulo denominado familia, se habla sobre las funciones que desempeña en el desarrollo humano y las etapas, así como sus procesos. Y la importancia que para el anciano tiene. En el tercer y último capítulo, se explica la conformación del aparato psíquico, principalmente del yo, así como de las alteraciones de las funciones de este.

Así mismo el presente trabajo tiene como finalidad, establecer que los ancianos que viven en familia tienen menor incidencia en la presencia de rasgos psicóticos, ya que la integración yóica del anciano que vive en familia es mayor. ya que esta última es un contenedor de emociones e impulsos y es la mejor compañía que el anciano puede tener, aún y cuando quedan ser rechazados o ignorados por las nuevas generaciones, el anciano sabe que es querido por el simple hecho de permanecer en la familia y no en un asilo.

JUSTIFICACION

El presente estudio, se ve motivado por la preocupación que existe actualmente por el anciano. Pero lo que al respecto se ha hecho a nivel mundial, y en nuestro país, es poco y muy reciente si lo comparamos con la preocupación que desde hace décadas se ha tenido por la infancia.

En 1990. había 4'961,216 personas mayores de sesenta años y se calcula que para el año 2000. en nuestro país aumentarán a 7'291,700 las personas con más de sesenta años de edad, lo que hace suponer que las instituciones actuales que se dedican al bienestar de los ancianos como el Instituto Nacional de la Senectud. se enfrentan con serios problemas, ya que actualmente sólo atienden a un pequeño porcentaje de la población.

Antes de 1975, se desconocían en nuestro país los términos gerontología y geriatría; antes de esta fecha el único refugio para los ancianos eran los asilos. Hasta 1972, la Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) reconoce la geriatría como especialidad médica y en nuestro país es hasta 1985, cuando se establece en el Instituto Politécnico Nacional, la maestría en ciencias con la especialidad en geriatría. Y en 1988, en la Universidad Nacional Autónoma de México, se establece la especialización y el postgrado en geriatría y gerontología. Estos datos son importantes de mencionar, debido a que el problema de la vejez es real desde hace tiempo y muy reciente su atención.

Se considera importante mencionar que en la revisión

bibliográfica realizada en los centros de informática del Centro Médico Nacional y en la Universidad Nacional Autónoma de México, no se encuentra ningún artículo que reporte investigaciones actuales en referencia a trastornos psicológicos en el anciano, ni a las relaciones familiares con éste. Si bien se encuentran artículos en referencia a los avances más recientes en cuanto al cuidado geriátrico en los asilos, estos se refieren a cuidados médicos y de enfermería y principalmente en el contexto de la sociedad estadounidense. Los avances que se refieren a los trastornos mentales como demencia y senilidad, están en relación a tratamientos medicamentosos y diagnósticos de tipo orgánico.

Por todo lo anterior, se considera de suma importancia abordar el tema de la senectud, antes de que se presenten mayores problemas, y los especialistas en salud mental se encuentran sin armas con que enfrentarse a dichos problemas.

CAPITULO I
PERSONALIDAD Y SENECTUD

I. PERSONALIDAD Y SENECTUD.

1.1. Desarrollo de la personalidad.

La personalidad es un continuo de etapas en un ciclo que va, desde el nacimiento hasta la muerte. En este continuo, el medio ambiente que rodea a un individuo es indispensable para la supervivencia, y marca, junto con los aspectos biológicos, de cada ser, las pautas para su desarrollo y funcionamiento.

Al respecto algunos autores como Klein (1964) y Freud (1923), postulan que las bases del desarrollo de la personalidad tienen su origen en los primeros años de vida.

Para Klein (1964), el primer año de vida es marcado fundamentalmente por dos posiciones:

La posición esquizo-paranoide, en donde el bebé al nacer ya tiene un cierto grado de organización yóica, que le permite tener sensaciones de ansiedad y eliminarlas con mecanismos de defensa primitivos, estableciendo de igual manera sus primeras relaciones de objeto, estas sensaciones de ansiedad derivadas por el malestar que produce el hambre, principalmente, provocan una escisión del yo, en donde parte de la ansiedad denominada por Freud (1923) Instinto de muerte, es proyectada en el pecho materno que se convierte en persecutor. El resto de instinto de muerte que queda en el yo, tiene como función el salvar a éste a través de la agresión en contra del persecutor. En todo este contexto, la fantasía como función yóica es elemental para que se elaboren dichos procesos mentales que de alguna manera

salvaguardan al yo del temor a la destrucción. Dentro de esta posición, el yo es variante de día en día e incluso de un momento a otro; una de las conductas más utilizadas por este yo primitivo en la posición esquizo-paranoide, es la escisión, que permite al infante organizar sus mundos interno y externo, creando en condiciones normales la preparación para una mejor organización yóica. Dichas condiciones normales se refieren a que el bebé no debe estar en constante ansiedad, sino más bien estar disfrutando de placeres alucinatorios y reales, como el mamar y el dormir, integrando en uno las escisiones iniciales proyectadas.

La escisión no es tan sólo un mecanismo defensivo aislado, sino también es la base para el desarrollo posterior de la diferenciación entre lo bueno y lo malo, que da origen al proceso de discriminación, y en la edad madura provee de las capacidades de prestar atención, la formación de juicio intelectual, así como de la represión.

Es así que " En una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está escindida y apartada o rechazada; y ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son realmente muy importantes para el desarrollo posterior, del que sientan las bases. Deben desempeñar un papel en la personalidad más madura e integrada." (Segal, 1985).

Cuando las experiencias han sido gratificantes y sobresalen de la ansiedad, el yo se integra más, con menos

necesidad de proyectarse y escindirse, tolera y reconoce la agresión cada vez más como parte de sí; el terreno se prepara para colocarse en la posición depresiva, en donde a medida que se diferencia lo bueno de lo malo, se obtiene un objeto ideal y un objeto malo. Con los cambios fisiológicos y la identificación con el objeto bueno el yo, se fortalece de tal manera que parte de los instintos malos ya no perturban al yo y se pueden proyectar con mayor facilidad, evitando así un debilitamiento del yo. La ansiedad paranoide disminuye y la escisión y la proyección cambian por mayor integración yóica así como del objeto. Dicho objeto, de inicio es la madre como persona diferenciada del bebé, que provee de satisfacción y frustración, que puede estar presente o ausente y que es punto de amor y odio por parte del bebé, es decir, que el pequeño la reconoce no sólo como un pecho bueno y otro malo, sino como un todo integrado. Dicha integración de objeto promueve la integración yóica.

En este proceso de cambio surge la ambivalencia de sentimientos hacia su objeto ideal, ya que ahora es visto como objeto total, que si bien es amado también es odiado por el bebé, así surge nuevamente la ansiedad procedente de dicha ambivalencia, en donde, en la fantasía, el objeto de amor puede ser también destruido por sus impulsos agresivos.

Al haber disminuido los mecanismos proyectivos, surgen los procesos de introyección, promovidos también por el descubrimiento que hace el infante del nivel de dependencia que lo une a su madre, por lo que se inicia un proceso de culpa que

invade al yo con sentimientos de duelo, nostalgia y culpa, por haber destruido al objeto bueno con su propia agresión. En la posición depresiva se presenta una regresión, en donde la proyección surge como mecanismo de defensa, evitando de nuevo la ansiedad que produce la culpa de los instintos agresivos. Sin embargo, el infante inicia procesos de reparación, que le facilitan volver a integrar a su objeto, que en la fantasía había destruido. Así, el principal conflicto de la posición depresiva es la lucha entre impulsos amorosos e impulsos agresivos. Con el paso del tiempo el pequeño fortifica su yo con una mayor diferenciación de éste con objetos externos y obtiene una mayor concientización de los alcances de sus impulsos destructivos que son menos omnipotentes, entre mayor es el grado de realidad que su mundo externo le ofrece con cuidados y atenciones.

Algunos otros autores plantean el desarrollo de la personalidad en ciclos continuos que van en procesos de avance en cada etapa de la vida.

Para Erikson (1974), existen ocho edades del hombre, la primera de ellas está denominada como "confianza básica versus desconfianza básica", en esta etapa es menester controlar y regular el nivel homeostático del organismo en dos procesos: alimentación y sueño; la confianza básica de un sujeto se obtiene siempre y cuando el abastecimiento maternal contribuya a establecer adecuadamente la relación entre malestar provocado por el hambre y el sueño, y el bienestar provocado por la satisfacción de esas necesidades. Así, se

establece el primer logro social de un sujeto, creando lo que Erikson denomina "un sentimiento rudimentario de identidad yoica".

La segunda edad " autonomía versus vergüenza y duda ", se presenta a partir de que el pequeño comienza a experimentar fisiológicamente la capacidad de controlar los músculos; esta capacidad le permite iniciar procesos a voluntad; sin embargo es necesario que la confianza adquirida en la primera edad no se resquebraje por su nuevo cambio de actitud; para ello es importante que su medio le ayude a discriminar su nuevo potencial autónomo, encaminándolo a tomar decisiones no impulsivas que le provoquen un sentimiento de vergüenza y duda.

"Iniciativa versus culpa" es la tercera edad, en donde el niño toma mayor conciencia del sí mismo y de su imagen corporal; está provisto de una mayor energía que le permite estar más tiempo activo y con mayor resistencia ante los fracasos. Está en busca de la conquista y el beneficio para sí, dichas actividades están puestas en el varón "en los modos fálico-intrusivo; en la niña, se vuelca a modos de "atrapar" con una actitud más agresiva de arrebatar o en la forma más sutil de hacerse atractiva y despertar afecto". En esta etapa se alcanza la conciencia moral de auto regulación y la diferencia entre lo correcto e incorrecto, según las normas que su medio social marque.

De lo anterior se procede a la siguiente fase: " industria versus inferioridad " en donde las fantasías infantiles tienen

que ser reemplazadas por mayor realidad y por un cambio de escenarios, en donde el niño tiene que prepararse para la vida adulta, en un intento de obtener el reconocimiento y afecto de otros, mediante la producción de cosas. Hasta este momento de la vida de una persona, se supone que de manera ideal el yo está constituido con herramientas y actividades que proveen de la satisfacción de trabajar y mantener un ritmo de actividades adecuadas. En contraparte, si el sujeto se ve desprovisto de cierta capacidad yóica para enfrentarse a la competencia que le marca su sociedad, puede caer en sentimientos de inferioridad, obligándole con esto a renunciar a la competencia con otros y a identificarse con figuras positivas de trabajo y productividad.

Con el inicio de la pubertad se sucede la quinta etapa "identidad versus confusión de rol", los cambios propios de la pubertad rompen con el período de latencia en la que el niño se encontraba; de haber superado satisfactoriamente los anteriores procesos mencionados es de suponer que en esta nueva fase se presente una búsqueda de la identidad del yo, con la suma de identificaciones de la infancia y los procesos acumulados de las identificaciones de roles sociales y vicisitudes que ofrece la libido. De no haber cumplido con los requerimientos adecuados, el peligro de esta edad radica entonces en una confusión del rol sexual y social que el individuo debe seguir, obteniendo así identificaciones inadecuadas dando como resultado procesos psicopáticos e incluso psicóticos. El enamoramiento se presenta como un intento primitivo de relación de pareja, en donde se da una proyección de la propia imagen

del yo, no clara aún, como una forma de ver desde fuera lo propio.

En cada edad marcada, y en cada fin de fase se debe renunciar a un logro en pos de otro; sin temor, y con la confianza que provee la seguridad de no perder las partes logradas del yo. Parte de esta fortaleza es indispensable que sea obtenida para suceder a la etapa de "intimidad versus aislamiento", la intimidad es obtenida a través de las relaciones de compromiso con personas y acciones, aún y cuando esto implique sacrificios. Cuando no existe una capacidad del yo para no angustiarse ante la pérdida de la identidad, se presenta el aislamiento.

La séptima edad es denominada "generatividad versus estancamiento", la generatividad está dirigida al proceso que de manera normal un ser humano vive, es decir, cada persona, una vez adquirida una estructura yóica adecuada, una genitalidad encaminada a una relación de pareja satisfactoria y una productividad, busca legar de alguna manera sus logros a otros y de preferencia a sus hijos. Por lo que esta etapa cumple con un desarrollo importante en los aspectos social y psicológico, en un continuo que debe seguir hasta la "integridad del yo versus desesperación".

Dentro de nuestro tema base "la integración del yo en el anciano", esta última es esencial para el desarrollo del presente trabajo, y se abordará más ampliamente en el apartado 1.3. Es posible que de haber vivido todas las siete edades

anteriores, de manera adecuada, superado los retos que de cada una de ellas se derivan y logrado los objetivos que se marcan, el término de la edad madura y el trayecto de la vejez, se vuelvan en una integridad del yo; dicha integridad es descrita de la siguiente manera, "es un amor postnarcisista del yo humano -no el sí mismo- como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por ella". Es la etapa en que la dignidad debe ser defendida de todo aquello externo o interno que la amenace. Es la satisfacción de haber vivido plenamente, creando una riqueza de espíritu que provee de serenidad ante la cada vez más tangible muerte. Si una persona vuelve la vista y experimenta una sensación de no haber vivido plenamente, siente la desesperación de no tener más tiempo para reconsiderar y reconstruir su vida. (Erikson 1974).

1.2. Senectud.

Al definir el término senectud, se encuentran problemas de semántica, pues la mayor parte de los autores utilizan de manera indistinta los términos: senectud, vejez y ancianidad.

Para el Instituto Nacional de la Senectud, el término empleado para designar a las personas de sesenta años en adelante, es el de senectos y, es común que actualmente se emplee entre la población en general el término de "personas de la tercera edad". (Seminario de asistencia social al anciano, 1990).

Para fines del desarrollo del presente capítulo, se

denominará senectud o vejez, a la última etapa de la vida de una persona, a partir de los sesenta años de edad, y anciano a la persona que vive esta etapa. No así, el término senilidad que implica, el deterioro mayor de la senectud, tanto a nivel físico como mental. (Lidz, 1985).

Conforme a ciertos estereotipos, la vejez es una época de serenidad; en donde el anciano contempla su vida bien empleada y se enfrenta con serenidad a la muerte, sin embargo esta idea no siempre concuerda con la realidad. (Zimbardo, 1983). Pero a los sesenta y tres años de edad algunas personas se encuentran plenamente en la tercera edad, a pesar de los cambios dramáticos que se sufren en las áreas físicas y mentales, es posible mantenerse vigorosos y con una vida fecunda y activa. (Bize, 1973).

1.2.1. Aspectos biológicos de la senectud.

El envejecer es un proceso natural que todo organismo vivo sufre; existen varias teorías que lo explican.

Teorías tales como las de "Radical Libre", que sostienen que algunos procesos de oxidación orgánica, provocan el envejecimiento. "La teoría del colágeno", sostiene que con la edad se va disminuyendo esta sustancia de los cartílagos, produciendo así un debilitamiento de músculos y arterias. Todas estas teorías fundamentan que cambios biológicos, genéticos e incluso ambientales, promueven el deterioro parcial o total del organismo. (Gamieta, 1983 y Nicola, 1985). A todo esto, es posible observar que en la vejez existen manifestaciones

físicas, tales como el decaimiento de la fuerza física y la atenuación de las pasiones. Siendo características generales del envejecimiento las siguientes:

1.- El envejecimiento es un proceso general que afecta de manera semejante a los diversos tejidos y funciones.

2.- El envejecimiento puede recaer más especialmente sobre ciertos órganos y funciones en momentos diferentes para los unos y los otros, y con frecuencia también según especiales modalidades.

Así se suceden alteraciones morfológicas, en donde el envejecer por lo menos a partir de cierta edad significa reducir masa muscular y peso. Esta reducción es debida a un cambio metabólico en el nivel de líquidos. Los tejidos también se modifican de acuerdo al tipo de células del que están conformados, por ejemplo: las células epiteliales, de la piel, se renuevan en contra parte con las células neuronales, con las que no sucede lo mismo. Al envejecer, se obtiene también un fallo en la adaptabilidad, debido a que el equilibrio homeostático del organismo es vulnerable, principalmente al stress y al frío; el sistema inmunológico se encuentra debilitado y se presenta una mayor deficiencia a contrarrestar los procesos infecciosos. Al tiempo, se presenta un deterioro en la fisiología de la oxigenación, que da como resultado un nivel de fatiga mayor, que con el paso del tiempo se hace crónica. En general, envejecer es hacerse menos apto cada vez. (Bize, 1973).

En la vejez, los aspectos biológicos se deterioran de manera dispar en cada órgano y en cada individuo, a este ritmo se le ha denominado, envejecimiento diferencial. La piel pierde elasticidad y su nivel adecuado de hidratación; se inicia un cambio en el sistema circulatorio sanguíneo; el cabello encanece y se cae; las alteraciones de percepción ocular y auditiva se aumentan con el paso de los años, así como la fatigabilidad muscular y un cambio en la velocidad de respuesta de ciertos estímulos, como por ejemplo la respuesta a estímulos sexuales. (Salvarezza, 1988).

Dentro de todos los cambios biológicos, tal vez uno de los más obvios sea el cambio de la apariencia física, el pelo, las uñas, la piel, la composición del cuerpo y esqueleto e incluso los dientes, entran al juego de cambios de la apariencia física en la vejez, pero de manera más explícita se explican brevemente las causas fisiológicas que los producen. El encanecimiento del pelo se debe tal vez a la falta de alguna enzima particular o al mal funcionamiento o reducción de algunas células pigmentarias. La caída del pelo es más común en los hombres y probablemente tiene relación con factores hereditarios, en donde se observa un debilitamiento en los folículos capilares. En la vejez normal, se presentan cambios en las fibras de elastina y de colágeno que promueven la baja de la elasticidad en la piel, así mismo el sol, el viento y las inclemencias climáticas, son las responsables de la mala apariencia de la piel de los ancianos. Algunas manchas de la piel que surgen con la edad están relacionadas con desordenes en los

melanocitos, otros trastornos de la piel están relacionados directamente con deficiencias de la queratina. En relación a la atrofia muscular que se presenta en esta etapa, los estudios indican que está relacionada con la baja en la actividad física a partir de los treinta años y que dicha baja produce el debilitamiento y la atrofia progresiva, esta teoría no está comprobada, pero es cierto que quienes no disminuyen sus actividades o las han tenido de manera constante desde jóvenes, se mantienen más sanos en este nivel. Los pequeños cambios en la estatura son normales en la vejez, no más de una pulgada en los hombres y hasta dos en las mujeres; esto es debido a que el nivel de agua disminuye, afectándose con esto los discos cartilagosos. (M. y S. Zarit, en Carstensen 1987).

1.2.2. Aspectos sociales de la senectud.

En nuestro país existe un mayor número de personas menores de veinticinco años de edad, por lo que el problema social que representan los ancianos actualmente no es tan visible, pero los problemas a los que se enfrentan los ancianos dentro de la sociedad, y no únicamente dentro de nuestro país, son múltiples. Antiguamente el anciano era objeto de una admiración idealista, ya que la longevidad era muy extraña, los ancianos eran considerados seres excepcionales y atraían el respeto por los poderes y conocimientos secretos que se les atribuían, pero actualmente los ancianos ya no ocupan esa posición privilegiada; el respeto no es encaminado ya hacia la experiencia pues es superado por el avance de los conocimientos que la gente joven posee, y surgen los conflictos

generacionales. (Bize, 1973). En general a medida que las personas envejecen se inicia el llamado retiro, que es explicado como un cambio bilateral en donde el anciano se aísla de manera un tanto voluntaria de las actividades sociales, y donde la sociedad deja de lado al anciano por considerarlo ya no apto para dichas actividades, a este proceso se le ha denominado "ruptura". Cuando esta ruptura es encauzada positivamente se espera que el anciano goce de una vida más descansada. (Kalish, 1975). Pero esta ruptura no se presenta en todas las sociedades.

En algunos casos, el ritmo de la vida e incluso las inclemencias del habitat, pueden orillar a las sociedades a "deshacerse" de los ancianos cuando ya no pueden ser productivos, un ejemplo de ello se observa entre la sociedad esquimal, en donde los ancianos ejercen de manera individual una especie de rito suicida, saliendo de su habitación para dejarse morir de frío. En casos no tan extremos, dentro de las sociedades industrializadas o en vías de industrialización, el factor productividad-economía provoca un rechazo de los ancianos, debido a que se creó que ya no pueden ser tan productivos como un joven. (Lidz, 1985). Existen, como se explica, prejuicios contra la vejez; la mayoría de estos prejuicios son revelados en conductas negativas de un rechazo enfermizo contra los ancianos, habiéndose promovido incluso agrupaciones y movimientos clandestinos que mueven a la gente a desarrollar la llamada gerontofobia. (Salvarezza, 1988). Al intentar explicar el origen de los prejuicios contra el

anciano, se creó que están basados en la infancia, en la idea de un enfrentamiento con un futuro no deseable, de pérdida de capacidades físicas y mentales, produciéndose así una negación de la propia vejez. (Busse, 1980).

Desgraciadamente, los prejuicios hacia los ancianos no sólo competen a los legos, sino también a los profesionales en el área de la psicología y la psiquiatría. En uno de los libros más conocidos para el diagnóstico en psiquiatría (Noyes y Kolb, 1983), se maneja una perspectiva deprimente en cuanto a la etapa de la senectud y los trastornos de las demencias seniles y preseniles, donde las perspectivas del diagnóstico provocan un pésimo pronóstico y el tratamiento sólo se delimita al alivio sintomático fisiológico. Cuando los estudiantes jóvenes revisan por tanto este y otros manuales, que de la misma manera tratan el caso de la vejez, son desanimados por el hecho de creer que ya no hay mucho que hacer por los ancianos.

El Group for Advancement of Psychiatry en 1971, enumera algunas de las razones de las actitudes negativas y prejuiciosas en los terapeutas para tratar a las personas ancianas.

1. Los ancianos estimulan en los terapeutas temores sobre su propia vejez.

2. Reactualizan en los terapeutas conflictos reprimidos en relación con sus propias figuras parentales.

3. Los terapeutas piensan que no tienen nada que ofrecer a los viejos por que creen que estos no van a cambiar su conducta

o por que sus problemas estan relacionados con enfermedades cerebrales orgánicas intratables.

4. Los terapeutas creen que no vale la pena hacer el esfuerzo de prestar atención a los psicodinamismos de los viejos, por que estan muy cerca de la muerte.

5. El paciente puede morir durante el tratamiento, lo cual afecta la importancia (omnipotencia?) del terapeuta.

6. Los terapeutas se sienten disminuidos en su esfuerzo por sus propios colegas. Habitualmente se escucha decir que los gerontólogos y geriátras tienen una preocupación morbosa por la muerte.

De las anteriores actitudes (Selvarezza, 1988), se realizaron trabajos de constatación, teniendo como resultado que los puntos uno, dos y seis concuerdan de manera generalizada entre los profesionales, sin embargo los puntos restantes resultaron irrelevantes en los terapeutas bien capacitados.

Pero si bien hemos descrito algunos de los prejuicios que existen en contra de los ancianos, uno de los más comunes y más viejos es el de que todos los ancianos son enfermos o discapacitados, pero como todo prejuicio, este está igualmente fundado en bases irreales, ya que existen ancianos que se mantienen en condiciones óptimas, tanto físicas como mentales, y son aún productivos y muestran un gran interés por la vida.

1.2.3. Aspectos psicológicos en la senectud.

Es indiscutible que siendo seres biopsicosociales, los aspectos biológicos y sociales anteriormente descritos, influyan en la psique del anciano. Los procesos psicológicos que se derivan de esta etapa de la vida, están provistos de lazos indisolubles entre la capacidad biológica del anciano y la función que desempeña dentro de su medio social, con esto nos referimos a que las desventajas biológicas, inherentes a la vejez, junto con el desapego y falta de atención por parte de la sociedad para con los ancianos, provocan tres fenómenos de cambio en la psicología del anciano: aislamiento, soledad y dependencia. Estos tres factores están sujetos a la forma de vida que un anciano llevó y de cómo esto influyó en el desarrollo de su personalidad. Con respecto a esto, existen estudios en donde se analiza la relación entre edad y personalidad.

Anastasi (1982), en una compilación de dichos estudios, observa que: en la vejez existen pocos cambios en la personalidad de un sujeto en comparación con otras etapas de la vida, los pequeños cambios radican principalmente en relación a intereses vocacionales, con un acercamiento mayor hacia actividades más sedentarias, en la mayoría de los estudios se observa que la memoria a corto plazo se ve afectada en relación a la memoria a largo plazo y los rasgos depresivos aumentan, fundamentándose con esto el proceso de interiorización del que posteriormente hablaremos.

Otros autores como Lidz (1985), Nicola (1985) y Bize (1973), aseguran que los trastornos psicológicos en la vejez, son únicamente la acentuación de los rasgos patológicos de una personalidad previamente dañada. Pero el problema de los estudios y/o teorías sobre la vejez, encierran ciertos aspectos que no siempre son visualizados por los estudiosos del tema; por principio, el hablar del asunto implica, no importa la edad de quien lo esté tratando, un efecto psicológico ante el enfrentamiento con la propia vejez. Posteriormente, se encuentra con el problema de la metodología, no importa la prueba, rasgo o patología que se quiera estudiar en la vejez, sino el factor homogeneidad de dichos rasgos a investigar; en los estudios lineales se argumenta la dificultad tiempo, ya que investigador e investigado, envejecen a un mismo tiempo, provocándose con esto un sesgo en la investigación, aún y cuando este método es el ideal, también es posible poner como interferencia los cambios sociales que de década en década se van sucitando y la influencia que de estos se deriva y que influyen en la vida cotidiana de una persona. Por lo que se tiene que recurrir al método transversal, que es el más utilizado, pero el menos recomendable, sobre todo por que no se puede de esta manera generalizar resultados en los estudios. En ambos métodos de investigación influye un factor mayor y determinante, que impide la generalización, y es la selección del lugar donde se realiza el muestreo, ya que se debe recordar que vejez no es necesariamente igual a enfermedad. Por último es menester recordar que el término envejecimiento es objeto de ambigüedad en relación a la ubicación en el tiempo.

Ahora bien, a pesar de todas estas dificultades, se tratan de explicar los factores intrapsíquicos que se suceden en la senectud. Por un lado se presenta en cada ser "una toma de conciencia en el paso del tiempo, con el consiguiente envejecimiento personal". (Salvarezza, 1988), y por el otro, se inician cambios en los patrones de vida, que hacen ver el envejecimiento de los propios padres y su muerte, presentándose una sensación de ser "el próximo en la fila". De lo anterior se derivan tres puntos básicos en el desarrollo del psiquismo del anciano.

1. Incremento de la interioridad. En la vejez se inicia un énfasis en la introspección y en el balance vital como un intento de reevaluar el sí-mismo; aparece una mayor preocupación por la internalización y se sustenta una decaetesis en las relaciones objetales del mundo externo, siendo todo esto parte del desarrollo psicológico normal en el anciano.

Al respecto se comenta que este repliegue sobre sí, tiene dos perspectivas, la primera es que este es un proceso que dá como resultado una adecuada aceptación de la vejez o bien, la segunda, que es una creación de desajuste que provoca la desesperación. (Salvarezza, 1985).

2. Cambio en la percepción del tiempo. En la vejez se observa el paso del tiempo, y se comienza a pensar en él como algo finito, se inicia el cuestionamiento de " cuánto me queda? ". Es más vivir en función de lo que falta por vivir, que de lo que se ha vivido desde la infancia.

3. Personalización de la muerte. La relación entre los puntos anteriores sustenta la aparición de este otro. La muerte de parientes y amigos, hacen que la muerte sea más tangible cada vez. El cambio de la concientización de la muerte, provee de una realidad inevitable, y ya no es vista como un triste proceso aislado, ahora el tema es la propia muerte. En este punto, es interesante mencionar que no obstante la cultura, el hombre en esta etapa se preocupa más por su propia muerte que la mujer, que en la misma edad, se preocupa más por su próxima viudez, (Salvarezza, 1985), esto es posible de explicar, ya que en la viudez las mujeres se vuelven más susceptibles a la soledad. (Lopata, 1975. en Zimbardo, 1983).

Los rasgos depresivos en los ancianos se ven desarrollados por: el decremento de las habilidades físicas y mentales, que los orillan a crear cada vez más una dependencia hacia sus familiares. Dicha dependencia en la mayoría de los casos no es sólo de tipo física, sino incluso económica.

En el proceso de envejecimiento, existe una evolución psicológica normal, aparece un envejecimiento mental debido a cuatro factores que intervienen:

1. El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.

2. El declinar progresivo de las facultades y las funciones mentales.

3. La transformación de la vida familiar y de la vida

profesional.

4. Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efecto indirecto sobre el comportamineto. El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas, como en la vida interior. Por último, estos factores y sus efectos evolucionan progresivamente.

De acuerdo con las funciones intelectuales, se puede decir que son alteradas las áreas de la percepción, la memoria, las funciones operativas y de psicomotricidad, así como las funciones sensorio-peceptivas, como:

La agudeza visual, que provoca en el anciano angustia e inseguridad. La agudeza auditiva, que provoca desconfianza, celos y egocentrismo. Aparece también una disminución en la facultad de adaptación al medio ambiente, por lo que se sucede un cuadro de apatía, de inactividad y desinterés general, que puede observarse en el anciano.

El campo de la memoria se ve dominado por un rasgo, el descenso de las funciones mnemónicas; ciertamente con las funciones operativas del pensamiento, la memoria es una función menor, pero sin ella la inteligencia funciona en el vacío.

Con respecto a la vida afectiva del anciano, se puede

mencionar que está constituida no sólo de necesidades, sino también de modalidades y cambios en relación a su tolerancia para con los otros. La satisfacción de necesidades no desaparece con los años, pero sí se modifica, respecto de la jerarquía a los medios para satisfacerla y la forma de saciarlas.

Las manifestaciones más evidentes en cuanto al carácter del anciano están en relación a ciertos trastornos funcionales. Puede pensarse que las personas que han sido vulnerables a los traumatismos afectivos, o que han presentado estados psicóticos durante su existencia, están más expuestas a sufrir neurosis o psicosis en su vejez; pero la propia vejez constituye un periodo de stress físico y psíquico, y sujetos que hasta entonces aparecen mentalmente robustos, pueden ceder y presentar trastornos psíquicos. (Bize, 1973.).

Se dice que la vejez no debe ser una parodia de la juventud, para que esto no suceda los individuos deben mantener intereses y pasiones suficientemente fuertes que eviten una involución de la personalidad. Así mismo los sentimientos proveen de parámetros para auto valorarse y valorar a otros; pudiendo vivir una vida plena, se evita la preocupación excesiva por la vejez, manteniendo una continuidad en los intereses y satisfacciones. (Kernberg, 1987).

Para que lo anterior se dé, se deben cubrir algunos prerequisites:

1. El control de alguna enfermedad física que evite o

proteja del dolor físico.

2. Control o ausencia de problemas locomotores, perceptivos o de lenguaje.

3. Que cualquier trastorno de personalidad, sea suficientemente leve como para que la vida social e interpersonal del individuo no se afecte.

Por lo general, existe una cierta tendencia en los ancianos a presentar alteraciones de tipo hipocondríaco, como reacción psiconeurótica, en relación al proceso de envejecimiento, sin embargo existen problemas en el diagnóstico diferencial entre conducta normal adaptativa y trastornos generales de personalidad en la vejez. Por otra parte existe poca información en cuanto a diagnóstico y tratamiento de trastornos de la personalidad en la vejez, debido a prejuicios profesionales en los que para una persona mayor de cuarenta años el psicoanálisis no debe intentarse. Sin embargo es posible dar terapia psicoanalítica de un analista joven a un paciente veinte o treinta años mayor, debido a que los límites de la identidad del yo se amplían en la edad madura, pudiendo así a través de las relaciones interpersonales del terapeuta identificarse con ancianos por medio de la relación con sus propios padres.

Es posible que los problemas psicosociales se agraven no sólo con las circunstancias sociales inmediatas sino con trastornos de personalidad antiguos que gradualmente se desenmascaran al caer los apoyos externos de la vida.

Algunas personalidades paranoídes en la vejez se pueden mantener estables pero a medida que la dependencia física aumenta, las ansiedades paranoídes también. Además se ha descubierto que en las regresiones psicóticas los ancianos que viven o están solos, con personalidad paranoide, puede desarrollar grados extremos de retraimiento social y descuido físico.

Los tipos de trastornos de la personalidad, pueden variar en diferentes grupos de edad que funcionan en un nivel límite de la organización de la personalidad, y el equilibrio adaptativo relacionados con rasgos patológicos de la personalidad puede cambiar con las tareas diferenciadoras, por ejemplo, cuando un sujeto envejece, tiende a cambiar sus hábitos de trabajo; y el entorno psicosocial en la vejez. (Kernberg, 1987).

1.2.5. Psicología del anciano en el asilo.

Dentro de este capítulo se incerta este apartado debido a que en nuestro país existen pocas obras y estudios al respecto; el más completo es el de Cuevas y Vera (1993), del cual se señalan los principales aspectos:

Se ha denominado psicosisindromes del anciano asilado a los patrones conductuales que de manera conjunta se presentan en situaciones específicamente definidas y determinadas, situaciones que a su vez contribuyen a la aparición y formación de estos "psicosisindromes" que resumen respuestas manifiestas de grado y forma de adaptación de un sujeto a su sociedad.

El primero de estos psicosisíndromes es el de el enamoramieneto tardío, este se presenta en ancianos que de jóvenes no se permitieron o no les permitieron enamorarse o tener una pareja, surgiendo en la vejez por primera vez este sentimiento; aunque la mayoría de ellos en el asilo se enfrentan con estos sentimientos, muchos los ocultan y se refugian en la religión, o bién los dirigen hacia las personas de mayor jerarquía y preparación del asilo, viéndolo con culpa, y que al ser encubierto por afecto un tanto paternal o maternal, es bien visto para la estructura superyóica tan deteriorada en estas personas.

El segundo es denominado psicosisíndrome del anciano desorientado en tiempo y lugar. Cuando el anciano llega a perder la noción de la realidad se encuentra desorientado, y suele generalmente ser una carga para la familia. Cuando la desorientación en tiempo y lugar es leve, el anciano llega a ser incluso indispensable para su familia como único sostén económico. Pero también puede ser conflictivo dentro de su núcleo familiar, por lo que se fueron acumulando resentimientos que provocan que la decisión de qué hacemos con el viejo?, sea la de elegir el asilo para él, ante la disyuntiva de la actual familia de jóvenes y el abuelo. Los miembros que caen dentro de este psicosisíndrome, recibieron desde niños todas las atenciones y ocuparon dentro de su familia un lugar privilegiado, ostentando así una personalidad demandante, egocéntrica y hasta explotadora y abusiva, esto derivado de que en su infancia desarrollaron una personalidad narcisista a

través de afecto excesivo, en algunos casos la sobreprotección nulificó su personalidad. Generalmente este tipo de anciano no acepta vivir en el asilo, exige salir de él y no entiende por qué está ahí. Se puede decir que este sujeto está en la antesala de la demencia, pero si recibe en el asilo el mismo trato preferencial del que gozó en su juventud, es frecuente que los síntomas de confusión disminuyan.

Psicosíndrome del anciano que necesita hacer el ridículo. El decline físico al que una persona se enfrenta en esta etapa de la vida, aumenta en algunas personas la necesidad de ser aceptados, siendo orillados a realizar actividades y papeles que ya no les corresponden, con el fin de agradar y así recibir un poco de afecto; el asilo es un medio que provee de una mayor necesidad de afecto, y si a esto se le agrega que en su vida pasada el anciano recibió poco o ningún afecto de su familia, la necesidad se eleva aún más. El nivel de ridiculización en el que se instala un anciano depende también de qué tan orgulloso se sienta de sí mismo, por lo que a mayor aceptación personal y satisfacción logrados en su vida, menos necesidad hay de hacer el ridículo.

Psicosíndrome del anciano anifado. Una de las situaciones más desesperantes para la familia de un anciano es que éste ya no sea capaz de valerse por sí mismo ni para las necesidades más elementales. Generalmente cuando por estas razones el anciano es asilado por su familia, ésta se culpa encubriendo dicha culpa con un incansable torrente de justificaciones, del por qué han tomado la decisión de asilar a su familiar; este

sentimiento de culpa es muchas veces injustificado, por que generalmente en estas condiciones el mejor lugar para el anciano es el asilo. Las condiciones del paciente se mejoran si dentro del asilo existen figuras paternas, atenuando así las necesidades de dependencia, volviéndose el anciano hacia una actitud más segura y autosuficiente, así mismo: la convivencia con otros ancianos, el afecto de autoridades y compañeros, el trato de igualdad, el apego a las normas y a la disciplina del asilo, promueven un sentimiento de competencia por mejorar y eliminar la depresión en buen grado, ya que generalmente este psicosisíndrome se asocia con factores depresivos. Este psicosisíndrome permite ilustrar el desarrollo que una mal tratada neurosis puede desencadenar en el futuro, es decir, "en el anciano los conflictos neuróticos se hacen dramáticamente ostensibles y con frecuencia son la causa principal por la que terminan frustrados y olvidados, aún por sus familiares más cercanos".

Psicosisíndrome del anciano y sus glorias pasadas. Son personas con gran capacidad de sociabilización, un tanto presuntuosas y demandantes, aunque carismáticas y ordenadas, limpias, no aceptan su vejez, viviendo en su gloria pasada y en un mundo de fantasía, y temen perder el respeto y afecto de las figuras de autoridad dentro del asilo.

Psicosisíndrome del viejo filósofo. Cuando las personas desde su infancia han recibido enseñanzas de orientación y han tenido una vida productiva y satisfactoria, de alguna manera han aprendido una forma de ver la vida, de verla con filosofía;

estas enseñanzas que desde niños aprendieron o que con el paso de los años fueron adquiriendo, les permiten ser unas de las personas que mejor se adaptan a la vida en el asilo y proveen de confort y seguridad a los menos capaces para dicha adaptación.

Psicosíndrome del viejo pícaro. En general la sociedad espera del anciano un comportamiento total de seriedad y es difícil imaginar, debido a éste estereotipo, a un anciano con jovialidad y buen sentido del humor, por fortuna no es difícil ver en los asilos personas con estas características, estos ancianos se ganan pronto la simpatía y el afecto de sus compañeros e incluso el del personal. Son personas respetuosas de las autoridades, con un afán de llamar la atención y de defender su autonomía. Este psicosisíndrome es más común en las mujeres ancianas, tal vez debido a que la mujer acepta de manera más tranquila y madura el terminar su vida en un asilo, en contraposición al orgullo defraudado del hombre anciano, que probablemente nunca imaginó terminar su vida en un asilo.

Psicosíndrome del anciano religioso. Estos ancianos son exageradamente religiosos, por lo regular solteros y con temor al sexo opuesto, solitarios por reflejar un marcado desprecio hacia sus compañeros, tienen un afán empeinado por quedar bien con las autoridades del asilo, se preocupan demasiado por sí. Generalmente fueron niños que no tuvieron padre y tuvieron una madre dominante, por lo que revelan un acentuado resentimiento por la figura femenina. El anciano enmascara con su fé religiosa su verdadera personalidad, permitiéndose así una

mejor adaptabilidad y una baja en la angustia ante la soledad.

Psicosíndrome del viejo "cascarrabias". Estos ancianos presentan actitudes egocéntricas, tratan de preponderar algunos logros de su vida, refiriéndose a ellos de manera indirecta, por ejemplo, hablando de los logros de sus hijos. Generalmente son personas que dentro del asilo muestran constantemente quejas de sus compañeros y del personal, atribuyéndoles acciones en su perjuicio, con ideas un tanto paranoides, son poco participativos de las actividades y vida social dentro del asilo, son agresivos con sus compañeros y cínicos cuando se les descubre. Por lo general son poco visitados por sus familiares, pues cuando lo hacen son chantajeados y cargados de culpa a través de los reproches y falta de interés por la plática, que siempre tiene un toque incidioso. Estas relaciones entre padres e hijos principalmente, llegan a ser tan destructivas que se han dado casos de intentos de suicidio, por la depresión en la que los ancianos caen al enfrentarse con la soledad y el rechazo de sus hijos, familia y sus propios compañeros de asilo.

Psicosíndrome de la madre anciana que manipula desde el asilo. Estas son mujeres con personalidad narcisista, que promueven desde el asilo la ruptura de los lazos afectivos entre sus hijos y manejan la culpa en ellos fingiendo una mayor tristeza e inadaptación al asilo de la real. En algunos casos las ancianas que tienen esa clase de características y que se han quedado sin familia trasladan esta necesidad de manipulación al personal y/o compañeros del asilo. Es posible

concluir que las personas que sufren este psicosisíndrome, están utilizando la manipulación como una defensa contra su temor a relaciones más reales, pudiendo aumentar los temores paranoides.

Psicosisíndrome de quien no acepta su vejez. A través de la observación clínica, ha sido posible determinar este psicosisíndrome, en donde el anciano asilado sufre un deterioro mental leve y tiende a negar su edad real, debido probablemente a que las fallas en la decadencia tanto física como mental lo angustian y deprimen. Cuando presenta alguna enfermedad aparenta no darle importancia o incluso la niega; y algunos otros tratan de ser útiles, contrarrestando así la depresión que les causa su vejez.

Psicosisíndrome del "viejazo". Este es básicamente el problema de la depresión que deriva de la pérdida de las capacidades y habilidades en la vejez, aumentando así los trastornos y la incapacidad. Sin la depresión no importaría el nivel de limitaciones que un individuo sufriera en esta etapa, pero no se presentaría este psicosisíndrome; en algunos casos el "viejazo" tiene utilidad clínica, en cuanto que sirve para detectar cuadros demenciales que habían estado encubiertos, tiempo atrás, algunas veces cumple con funciones tales como una defensa en contra de los excesos físicos, manteniendo así un nivel de equilibrio, siendo posible volver a un ritmo adecuado, pasada la crisis.

Psicosisíndrome de los ancianos "muertos en vida". Este grupo está compuesto por ancianos que, asilados o no, presentan

el mayor grado de incapacidad física, han perdido el control de sus esfínteres, generalmente la comunicación verbal está completamente deteriorada, por lo regular son mayores de ochenta y cinco años, predomina el sexo femenino, la mayor parte del día duermen, soportan grandes periodos de inanición, la mayoría no tiene familiares o bien fueron abandonados, sufren de malformaciones musculoesqueléticas, debido a que se la pasan postrados en cama y pierden peso de manera significativa. Aún y cuando el anciano sufra la pérdida de sus capacidades físicas y mentales la capacidad para sentir emociones queda intacta, por lo cual es posible suponer que el aferrarse a la vida de esa manera no es más que una necesidad de recibir cariño y atenciones por parte de otros, incluso probablemente por vez primera. Por lo cual "podemos presuponer que si aprendemos a bien vivir, también podemos hacerlo a bien morir", evitando con esto "llegar hasta las más lamentables condiciones de vida,...tan sólo por recibir alguna forma de "limosna" o dádiva afectiva". (Cuevas y Vera, 1993).

1.3. El fin del ciclo vital.

El fin del ciclo de la vida es la muerte, hablar de muerte es un tema que de inicio suena escalofriante y a veces un tanto molesto. Sin embargo, es posible explicar el porqué el concepto de muerte resulta difícil de asumir.

El temor a la muerte en parte es instintivo, ya que significa una amenaza y en esta forma se considera normal. Este temor ejerce una función plenamente positiva, no sólo por que

nos protege de ella, sino por que estimula y aumenta el deseo de vivir. (Lepp, 1967). Cuando este miedo se hace angustioso, paraliza las acciones de una persona y la vuelve inadaptada; el temor, está al servicio de la vida, pero es común que la muerte sea la que sirve al temor. Por ejemplo, es común que los suicidas se precipiten en la muerte, voluntaria, porque les trastorna el miedo que les inspira la idea de la muerte.

Los ritos funerarios ocupan un lugar primordial en la vida social de pueblos primitivos; la razón principal de los ritos y ceremonias que realizan, acompañados de ofrendas de alimentos y objetos, es el miedo que les inspira el muerto. Por lo que es significativo que los primitivos tengan miedo, no a la muerte tanto como al muerto. La mayor de las veces no importa el grado de relación familiar o de amistad con el difunto, no se le supone ningún sentimiento amistoso respecto de los que ha dejado. Por el contrario, se le supone malo y hostil, y dispuesto a perjudicar a los vivos. Se procura entonces neutralizar la maldad del difunto, con ritos y ceremonias, con llantos y lamentaciones se quiere demostrar al difunto cuánto se siente su partida.

El terror irracional a la muerte, no se halla solamente entre los llamados primitivos. Numerosos relatos sobre aparecidos, castillos y casas encantadas de la literatura de todos los pueblos civilizados, tienen aún el poder de perturbar el sueño de muchas personas con firmes convicciones materialistas. Lo que sucede es que el primitivo, no deja de

subsistir por completo ni en el psiquismo del más culto de los racionalistas, y más o menos profundamente sumido en el inconsciente, del cual puede emerger en ciertas circunstancias. Pero no importa la explicación, el caso es que el miedo a la muerte y a los muertos parece tener sus raíces en el inconsciente colectivo del género humano.

El miedo a los muertos, predomina entre los primitivos, y se manifiesta en las personas civilizadas en la medida en que su inconsciente ha seguido siendo primitivo. Pero el miedo a la muerte, se encuentra bajo una forma sensiblemente más aguda entre los civilizados, ya que ensombrece la vida de muchos hombres, y este temor está ligado a su individualidad y se acrecienta cuanto más individuo se siente y por tanto menos miembro de un grupo. Al parecer, la mayoría de los hombres se desdoblan imaginariamente, se ven morir y muertos, como si fueran exteriores a sí mismos, imaginan el dolor de sus deudos y la alegría de sus enemigos. Pero ni al hombre más equilibrado le resulta fácil conservar su sangre fría cuando se pone a pensar en su muerte y se representa el cadáver que será.

Si la existencia humana obedeciera a las órdenes de la lógica racional, debería suponerse que quienes viven con mayor intensidad, son los que más miedo tienen a la muerte. Por el contrario, los cansados y disgustados de la vida, deberían aguardarla con impaciencia, puesto que al parecer los libraría de sus sufrimientos. Las cosas no son así. Una reflexión psicológica permite ver que lo anterior es perfectamente normal, aquellas personas cuya vida carece de consistencia e

intensidad, tampoco puede dar a su muerte consistencia y sentido; los auténticos y vivientes, no necesitan de hondas especulaciones para concebir espontáneamente la muerte no como el fin sino como el cumplimiento de la vida. Lo que probablemente pueda poner al abrigo del temor a la muerte es, el amor a la vida, y este amor existe tanto en quienes creen en la inmortalidad del alma, como los que no.

El hombre no tiene miedo solamente a su muerte. La muerte de los demás, en especial de aquellos a quien se ama, resulta igualmente angustiosa. Salvo algunos casos, el miedo a la muerte de otro es perfectamente normal, el miedo es una reacción humana por completo normal, cada vez que un peligro real de muerte se cierne sobre los que se ama. La ausencia de este miedo hablaría de un desequilibrio en la persona. (Lepp, 1967).

Desde pequeño el hombre se enfrenta a la realidad de la muerte, teniendo este hecho una profunda influencia en el desarrollo de las personas. La muerte de acuerdo a cada persona y en cada etapa impacta de forma diferente, la conciencia de muerte es adquirida alrededor de los cuatro ó cinco años de edad (Lidz, 1985), y es vivida obviamente con ansiedad generada no sólo por la propia muerte, sino también por el miedo a que los padres mueran y lo dejen solo, dándose cuenta que es aún muy dependiente, reviviéndose así la angustia de separación. Con el paso del tiempo, con las relaciones de pareja y la paternidad, el temor de morir implica a otras personas; se vislumbra la posibilidad de la propia muerte y se

busca, en la mayor parte de los casos, la forma de asegurar a la familia, por lo menos en el bienestar económico, por si sucediera.

Para el anciano, la muerte se vuelve un tema más común, "más de sí". El deseo de la muerte como un instinto, es discutible, sin embargo es posible que el anciano esté cansado de vivir y simplemente quiera mantenerse fuera de la actividad cotidiana que implica vivir. Sabemos que es inherente y privativo del ser humano, saber que algún día morirá, pero este hecho se vuelve seductor cuando las motivaciones y energías de una persona van en declive; estas motivaciones y energías disminuyen aún más cuando las personas significativas para cada ser, han muerto. El anciano va perdiendo a sus amigos y a su pareja, pero aún y cuando estas pérdidas produzcan un deseo de morir, la filosofía y la religión, en la mayoría de los casos, pone freno a este deseo.

Cuando se ha llegado a la vejez y los ancianos sienten que han vivido de manera satisfactoria, la muerte entonces adquiere un sentido adecuado a su ciclo. Los cambios se suscitan de manera brusca, lo familiar se ha ido y todo se torna confuso y extraño, provocándose con esto inercia y un poco de mal humor ante lo nuevo, ya que no se tienen energías para enfrentarlo y adoptarlo como parte de la vida cotidiana; va aceptando el ser relevado por otros, situándose así al final del camino. (Lidz, 1985).

A pesar de los logros de la ciencia, la muerte es el fin

de la ancianidad, los investigadores han estado tan concentrados en sus esfuerzos por comprender este proceso y por posponer el fin inevitable, que poco tiempo les ha quedado para reflexionar sobre la mejor manera de enfrentarse a la muerte. Incluso se afirma que en el fondo de su mente consideran que la muerte de un paciente es como un fracaso. Aunque los ancianos mismos pueden tener confianza en que la capacidad técnica de la ciencia moderna es suficiente para hacer que su próximo fin esté libre de dolor, incluso el hecho de que probablemente se les mantendrá inconscientes cuando llegue, les produce un estado de insatisfacción. (Magnus, 1983).

Uno de los mejores estudios en relación a la fase final de la ancianidad, es el que realizó Aries (1974, en Magnus, 1983), el reunió pruebas que muestran que las actitudes occidentales hacia la muerte han pasado por varias etapas a través de los siglos. Señala que en el siglo XII las personas habían llegado a aceptar la muerte. Sabían que era parte de la vida, y se enfrentaban con ecuanimidad a la idea de que algún día morirían. En aquellos días la gente sabía cuándo estaba a punto de morir. Podían enfrentarse al hecho de que se hallaban en su lecho de muerte. Los que se enfrentaban a la muerte en esta forma, sabiendo que estaban muy cerca de ella, podían prepararse para el suceso.

Durante la segunda mitad de la Edad Media, entre el siglo XI o XII, tuvo lugar una sutil modificación en la actitud de la gente hacia la muerte. En esta etapa se presenta la idea del juicio y el temor a Dios, pero aún así en aquella época, los

últimos días de la ancianidad podían ser más estables y la dignidad y el valor de la vida podían conservarse hasta el final.

La actitud hacia la muerte tuvo otro cambio en la segunda mitad del siglo XVIII. La gente renunció a enfrentarse con su propia muerte; cuando comenzó la era moderna, se abandonó la idea de que el anciano fuera responsable de su propia conducta; siendo la familia quien se hacía cargo del anciano. En algún momento del siglo XVIII, la iniciativa pasó del moribundo a la familia y ahora, en la actualidad, al médico y al equipo del hospital.

En la actualidad el paciente geriátrico, solo en una cama de hospital, ya ha sido privado de todas sus posesiones. Al no poder abolir la muerte, el ciudadano moderno trata de fingir que no existe. Así se han transformado los últimos días de la ancianidad. (Magnus, 1983).

CAPITULO II
FAMILIA

II.- FAMILIA.

2.2. Definiciones.

Definir a la familia supone algunos riesgos, debido a que, dentro de la ciencia o corriente en la que se defina, varía el concepto.

Berenstein (1991), recopila una variedad de definiciones sociológicas, antropológicas y psicológicas: dentro de las primeras, la familia es vista como un compuesto de dos unidades básicamente diferentes, la primera está constituida por los cónyuges y sus descendientes y la otra por los parientes más alejados (Linton, 1970 en Berenstein, 1991). La definición de Sprott (1960 en Berenstein, 1991), propone que la familia es un conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea.

En el Diccionario Enciclopédico de la Educación Especial (1985), la definición de la familia se expresa de la siguiente manera: "(Del latín, familia, grupo de personas emparentadas entre sí)". Y propone que tanto para la psicología, la pedagogía y la sociología, la familia es una "unidad social formada por un grupo de individuos ligados entre sí por relaciones de matrimonio, parentesco o afinidad."

Una definición diferente, por lo menos en cuanto a la traducción etimológica se refiere es "Familia: del Latín familia, que significa la gente que vive en una casa." (Merani, 1980).

Dentro del campo de la antropología, las definiciones se tornan más complejas, y aunque diferentes a las anteriores, no son consideradas como mutuamente excluyentes.

Para Brown (1968, en Berenstein, 1991), existe lo que él denomina la "familia elemental" cuyas relaciones sociales están basadas en tres grados de función.

El primer grado se refiere a las relaciones en los siguientes niveles:

padre < - > madre
padre < - > hijo varón < - > madre
 hijo mujer
hijo hombre < - > hijo hombre
hijo mujer < - > hijo mujer

El segundo grado se refiere a las relaciones que mantiene cada miembro del conjunto, con sus familias de origen.

Y por último el tercer grado, referente a las relaciones que se mantienen con los sujetos de conjuntos diferentes, derivados de las familias de origen de cada miembro, (sobrinos, cuñados, primos, etc.).

Dentro del mismo ámbito antropológico, se propone que la familia es un sistema de parentesco que dispone de dos subsistemas; el primero conformado por la relación entre padre, madre e hijos, así como sus familias de origen. El segundo subsistema se refiere a los sentimientos que se manejan como forma de comunicación en el primer subsistema. (Levi-Strauss,

1963, en Berentein, 1991).

Para la psicología existen definiciones que están más en relación a la función que desempeña la familia, que en relación a su estructura u origen.

La familia es de manera esencial un sistema vivo y abierto, el cual se interrelaciona con otros sistemas en las áreas biológica, social y psicológica; las funciones de la familia se desarrollan en un ciclo y al igual que un ser humano, la familia nace, crece, se reproduce y muere, dentro de la sanidad o la patología. (Estrada, 1993).

La familia "Es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Es una entidad paradójica y evasiva. Asume muchas apariencias. Es la misma en todas partes y sin embargo no es la misma." (Ackerman, 1982).

2.2. Etapas.

Cada ser humano requiere al nacer un apoyo en la satisfacción de necesidades tanto biológicas como emocionales, en este proceso la familia adquiere un papel importante, ya que, de manera ideal provee al sujeto de los elementos necesarios para desarrollarse sanamente. Por lo que la familia se mantiene en transición en diferentes etapas para poder ser efectiva como sistema vivo y abierto. Esta tarea no es fácil ya que independientemente de cubrir las necesidades de sus miembros (comida, techo, etc) también debe ser un contenedor de

emociones e impulsos.

Cuando la estructura familiar es capaz de enfrentar presiones y demandas tanto de sus integrantes como de su medio, es firme y estable, pero esto depende de la capacidad de cada familia para reconocer y resolver problemas emocionales; la intensidad y calidad de la comunicación, el tipo y nivel en el que el afecto se expresa, cuanta autonomía tiene cada miembro de esa familia y, si hay o no problemas psicopatológicos en ellos.

Como anteriormente se mencionó, la familia sufre una serie de cambios, denominados fases. De acuerdo a Estrada (1993), la primera es el desprendimiento, en donde para dar origen a una familia los individuos deben tener la fuerza y madurez necesaria para encontrar una pareja; con este primer paso se inicia el camino hacia un ciclo vital nuevo, donde la personalidad de cada cónyuge da una identidad nueva y única a la familia que se inicia. El matrimonio cambia las relaciones que hasta entonces se habían tenido y crea un sistema complejo de uniones de sistemas, diferentes, la familia de él y la de ella.

El encuentro, segunda fase del ciclo, pretende principalmente lograr dos puntos: cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron de seguridad emocional, e integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluye a los dos cónyuges. Estos dos puntos implican una transacción que rige la vida psíquica, emocional e instrumental de la nueva pareja; la transacción debe estar fundada en aspectos recíprocos y esperanzas saludables y

realistas o bien, en el peor de los casos, neuróticas y conflictivas.

Tercera fase: los hijos, la llegada de un hijo a una familia implica una necesidad de espacio físico y emocional, con lo cual el contrato con el que la familia había estado funcionando se tiene que reestructurar, haciendo cambios importantes que afectan a los miembros de dicha familia.

La cuarta fase se denomina adolescencia. La llegada de esta etapa en los hijos de una familia, trastorna de manera considerable la estructura familiar, al combinarse varios factores. Los problemas emocionales en la adolescencia son muy serios, los padres en general se encuentran ya en la madurez, y tienen que revivir su propia adolescencia. En la mayoría de los casos se avecina otra dificultad; los abuelos se acercan a la dependencia económica, a la soledad y a la muerte, por lo que los factores emocionales de la familia pueden conflictuarse.

Al superar la etapa anterior de manera normal, la familia inicia la quinta fase, denominada el reencuentro, también conocida como "síndrome del nido vacío", (Mc. Iver 1937, en Estrada, 1993), esta fase envuelve un proceso individual para cada cónyuge, debido a que se inician los cambios biológicos de declive orgánico y se inicia una reestructuración familiar; se tiene que admitir a nuevos miembros dentro del núcleo familiar (por ejemplo, los cónyuges de los hijos), así como el advenimiento de los nietos, se tiene que sufrir la muerte de la generación anterior, la jubilación de uno o los dos cónyuges,

la aparición de enfermedades, los conflictos de las nuevas generaciones y la necesidad de los padres de independizarse de los hijos y nietos para formar de nuevo una pareja.

Todos estos puntos deben superarse en la fase de re-encuentro, aquí se pone a prueba por tanto la madurez y la capacidad de individuación, para aceptarse como independientes de los hijos, aceptando el paso de la vejez con la posibilidad de renovación sin caer por el contrario en la soledad y el vacío que culmina en depresión.

Las fases mencionadas son básicas en el desarrollo familiar. Cada fase cumple con una función de desarrollo, que no puede ser interrumpido sin que sea detenido el ciclo vital sano. Pero la sexta y última fase, la vejez, es de suma importancia para el presente estudio. La vejez es una de las etapas de la vida que menos se estudia; la gran complejidad que el tema encierra se ha velado de misterio y la mayor parte del tiempo se vuelve una especie de amenaza para el investigador, pues va acompañada de la tan temida muerte. Por otra parte, en nuestro país son muy pocos los ancianos que piden y buscan ayuda psicológica, y son renuentes a ser estudiados, probablemente por que sus impulsos libidinales y su energía se vuelca contra sí, apareciendo un despegó del mundo externo. Aunado a lo anterior, dentro de la familia, las nuevas generaciones no entienden ni perciben estos cambios en los ancianos, provocándose una tendencia, por parte de las nuevas generaciones, a ignorar o sentir impaciencia por los ancianos. (Estrada, 1993).

Se evidencia que no es fácil aceptar la fase de la vejez, ni a nivel individual, ni a nivel familiar, ya que implica el último ciclo, culminando en la muerte de los individuos y por ende de la familia. Pero los conflictos, movilizaciones y trastornos de la familia y el anciano se comentan con mayor amplitud en el apartado 2.4.

2.3. Funciones.

Cada fase o etapa que es vivida por la familia, define funciones específicas que conforman el desarrollo biológico y psicológico de un individuo, constituyendo así su personalidad.

Para que una persona se desarrolle de manera óptima, psicológicamente hablando, es necesario que la madre en principio, y la familia posteriormente, le brinden un habitat ideal desde su nacimiento en un ambiente lo más cercano posible al uterino; la madre debe proporcionar las primeras experiencias vitales y deben predominar las placenteras, constituyéndose así la primera relación libidinal, de donde se progresa a etapas más evolucionadas del desarrollo. El pequeño aprende a recibir y dar, mediante su relación libidinal con la madre

Cada nuevo ser que llega a una familia, crea crisis, como anteriormente se menciona. Pero la función de la familia, es reacomodar y reorganizar patrones y sentimientos. El papel del padre es cuidar a la madre y su hijo, debe solucionar adecuadamente los conflictos de su propio ser teniendo que rescatar su parte femenina, para así cumplir con su rol en la

responsabilidad del cuidado de su hijo, cuestión que de manera ideal le proporciona gran satisfacción personal.

Cuando en la familia ya existen otros hijos, la llegada de un hermano también moviliza situaciones críticas, por lo que los padres deben explicar a los hijos, ya existentes, las inquietudes que puedan surgir con respecto al nuevo miembro de la familia, sin embargo es natural que surjan sentimientos de rivalidad, odio y envidia, que de manera sana son pasajeros y no crean conflictos severos.

Si la madurez en el infante es suficiente como para iniciar la deambulaci3n, se presenta el desplazamiento y con ello la capacidad de voluntad, que se convierte en una especie de reto a los padres, que debe ser manejado por estos con amor y paciencia, controlando así los impulsos del pequeño encauzándolo hacia la toma de decisiones razonables que no pongan en peligro su integridad física. La familia en esta etapa, por tanto, debe respaldar la autonomía de él, evitándole así el peligro de la duda y de la vergüenza sobre sí mismo y sobre sus padres.

Al iniciar la etapa pre-escolar, el niño ha constituido una personalidad en base a sus primeras imágenes; con este armamento se enfrenta a nuevos amigos y compañeros de juego. Con el juego adquiere nuevas experiencias que le ayudan a dominar la realidad externa, creando y tratando de solucionar problemas. También se inicia la diferenciación de sexos, dándose de manera ideal la clara identificación con su propio

sexo. En esta etapa, la familia es proveedora de comprensión y cercanía física, respeta así mismo la necesidad de aislamiento de los pequeños, sin que por ello se olvide que a través de la identificación los hijos asimilan normas y reglas que en un futuro les permita actuar correctamente de manera autónoma. Por tanto es indiscutible que la autonomía del niño se desarrolla con la ayuda de los padres, evitando los sentimientos de culpa y la falta de iniciativa.

Entre los seis y doce años aproximadamente, y si la etapa de latencia se inicia en condiciones normales, los procesos del desarrollo se enfocan hacia las áreas sociales, por lo que la familia debe proveer las limitantes adecuadas de las formas de vivir en sociedad, para evitar en los hijos, sentimientos de inferioridad. (Erikson, 1940).

Antes de iniciar la adolescencia, durante toda la etapa de la infancia, existen áreas que la familia debe vigilar:

Area de la identidad; la familia debe encontrar un nuevo anclaje de relación emocional con el infante, no olvidando la ayuda mutua entre la pareja, ya que no se debe romper el lazo que al principio los unió .

Area del fortalecimiento del yo; los roles de padre y madre no se dan por la simple aparición de un hijo, se debe aprender una gran variedad de comportamientos, por lo que la ayuda y el apoyo del compañero, es indispensable, al grado de que incluso es necesario intercambiar roles cuando así se requiera. Conviene que cada quien pueda mantener la capacidad

de preservar su individualidad y su identidad protegiéndose mutuamente de no caer en el problema de utilizar a los hijos como medio para gratificar fantasías propias, ni como complemento patológico de la propia identidad. Es conveniente también reforzar el manejo adecuado del medio ambiente, evitando así ser diluido a través de su acción demandante. (Estrada 1993).

Con la entrada en la adolescencia de los hijos de una familia, se suceden múltiples cambios y conflictos; en este proceso la familia debe estar preparada para tolerar los afectos aparentemente contradictorios del o los jóvenes. Debe apoyar el logro de su identidad psicosexual, la elección vocacional y compartir actividades propicias para el desarrollo e integración del joven con su familia. (Erikson, 1953).

En el área de la identidad, la familia debe sortear problemas de rivalidad entre los padres e hijos; se deben pasar pruebas tales como de que los hijos comparan los status y formas de vida de los padres de sus amigos. La madre de la familia ya no es tan magnífica ni guapa como pensaban los hijos cuando niños. Todos estos cambios comunican el crecimiento de la familia, que repercute en una pronta separación. "Los hijos se van y con ellos la propia juventud", no solamente se van físicamente sino que de inicio se alejan emocionalmente. Por lo que es necesario que los padres logren gran capacidad para expresar los naturales sentimientos de pérdida y duelo, debiendo seguir con amplios intereses en común como pareja, que compensen la ausencia de los niños que empiezan a convertirse

en adultos.

Para que el area del fortalecimiento del yo funcione adecuadamente, es entonces indispensable que la pareja se apoye mutuamente par lograr el cambio que implica "dejar ir a los hijos", ya que de lo contrario el dejar de ser el centro de atención de los hijos, provoca un serio golpe narcicista que incluso puede llegar a provocar el deseo de querer regresar a etapas anteriores del desarrollo evolutivo familiar, no dejando crecer a los hijos, o bien surgen los primeros deseos de morir, ya que se ha perdido el sentido de la vida, con la pérdida de los hijos, (Estrada, 1973).

La familia en condiciones favorables ha creado ya hijos adultos, maduros que van en busca de formar su propia familia. Se ha logrado en los hijos autonomía, capacidad de intimidad y una adecuada identidad; están por lo tanto preparados para los sacrificios y esfuerzos que representa el proveer de cuidado y amor a otros. Con este nuevo ciclo, la familia que dio origen a estos seres debe fomentar la independecia e integración de las nuevas familias, sin alejarse emocional ni físicamente de los hijos cuando estos solicitan su ayuda. Con el paso del tiempo tendrán también que proveer con experiencias y cariño a los nietos.

A esta altura del desarrollo evolutivo familiar, la pareja ha dado cuidados y protección a otros, han superado de manera individual y conjunta las etapas necesarias para lograr la madurez llamada por Erikson (1966), "integridad del yo", que se

torna en sabiduría, la fuerza de las personas, los conocimientos acumulados, el razonamiento, el juicio y criterios maduros contribuyen a que no surjan crisis ante el declive físico y mental propio de la vejez. Todo lo anterior contribuye a evitar la desesperación que en otras condiciones se provocaría. Es la etapa en que la familia, cerca de la muerte, debe estar unida con amor auténtico entre los padres, hijos y nietos.

Con todas las funciones mencionadas se hace constar que la familia contribuye de manera elemental a desarrollar, en condiciones adecuadas: esperanza, confianza en otros y en sí mismo, fuerza de voluntad, independencia, autocontrol, capacidad de competencia, crear e iniciar; fomenta así mismo la identidad psicosexual. Elementos que dan origen a relaciones de fidelidad, amor, intimidad, genitalidad, productividad, cuidado y afecto. Proveyendo al final de ciclo de sabiduría e integridad del yo. (Erikson, 1968).

2.4. La familia y el anciano.

A lo largo del presente trabajo, se ha mencionado la escasez de material bibliográfico en relación al tema de la senectud en el área de la psicología principalmente; esto se ahonda en el campo de las relaciones familiares. Si bien existen innumerables libros sobre relaciones familiares y terapéutica familiar, pocos son los que incorporan apartados especiales en las relaciones entre el anciano y la familia. Por lo que de la escasa bibliografía encontrada del tema, se

determinan tres combinaciones esenciales; la influencia de la familia en la vida del anciano; la influencia del anciano en la vida familiar; y una combinación aún menos estudiada, la familia del anciano asilado.

2.4.1. La influencia de la familia en la vida del anciano.

Dentro del area geriatrica es indiscutible la importancia que la familia tiene para que el anciano sea atendido adecuadamente, sobre todo cuando este, se encuentra en un estado fisico y/o mental de incompetencia para responder a los cuestionamientos que el profesional debe hacer para llevar, tanto la historia clinica como el tratamiento adecuado.

Motlis (1985), propone cuatro elementos caracteristicos, en los que la familia es elemental:

1o. La familia proporciona los datos necesarios cuando el paciente se encuentra en estado de coma, de psicosis aguda o imposibilitado de alguna otra forma. Se debe tener en cuenta, en este punto, que la familia puede falsear datos, por considerar que la verdad es vergonzosa o que afecta a los demás miembros de la familia.

2o. Toma las responsabilidades en casos de operaciones medicas, transfusiones sanguineas, trasplantes o amputación de órganos; así como de transacciones bancarias.

3o. Coopera con el equipo médico en el manejo del anciano en casa; en los cuidados médicos y establece contactos médicos, de seguridad social y recreación.

Pero además de lo anterior, la familia puede jugar un papel importante en el futuro del anciano. Así como es tradicional que los padres preparen a los hijos para el futuro, sería interesante preguntar por qué los hijos no preparan a los padres para la vejez?.

Durante el proceso de envejecimiento, se van presentando problemas económicos, habitacionales, de soledad, y ocio, más que los físicos; aquí la familia debe proporcionar en primer lugar respaldo y compañía, escuchándolo y aconsejando; ya que al igual que en las otras etapas de la vida, como en la senectud, los seres humanos están necesitados de compañía y, "que mejor compañía que la familia".

A lo largo de la experiencia clínica diaria, Motlis (1985), propone cuatro categorías de familias en donde se considera sus multifacéticas formas de relación con el anciano.

En el primer grupo se encuentran las familias positivas: núcleo familiar que funciona normalmente y dentro de su seno el anciano sano o enfermo (muy enfermo) tiene una posición privilegiada de respeto.

En el segundo grupo se encuentran las familias problemáticas, que abandonan a sus padres en las instituciones y desaparecen. Son familias que sacan de quicio a cuantos tratan de ayudar al anciano. Son familias "no", siempre están en oposición a todo.

En el siguiente grupo se encuentran las familias amorfas:

son las que no conocen suficientemente a sus padres para proporcionar los datos requeridos por los especialistas, que ayuden al tratamiento; sólo se presentan esporádicamente, se niegan a cooperar económicamente con el anciano, no le muestran afecto al paciente con regalos o paseos; generalmente en este tipo de familia se descubren sentimientos de vergüenza, culpabilidad o negligencia.

En el cuarto grupo se encuentran las familias que no aceptan nunca los diagnósticos médicos, ni mucho menos los tratamientos médicos. Siempre son hostiles y responsabilizan al equipo médico de todo cuanto le sucede al anciano, como una manera de desahogarse de sus sentimientos de culpabilidad o de hostilidad hacia el anciano.

En este último grupo se encuentran los ancianos que en tiempos mejores abandonaron a sus hijos y esposa, por lo que al retornar al seno familiar, esta se vuelve el instrumento retaliativo de una mala reintegración familiar.

2.4.2. La influencia del anciano en la vida familiar.

"Una familia sin viejos es una familia sin complemento histórico, una familia mutilada." (Estrada, 1993). Se ha mencionado anteriormente que es común encontrar impaciencia, rechazo o negación ante la presencia de los ancianos en el núcleo familiar, sin embargo, es posible que estas conductas sean derivadas de la ignorancia de lo que implica ser viejo. Muchas veces se olvida que el anciano está vivo y que al igual que cualquiera siente y se entristece por el rechazo del que es

objeto; aunada a la ignorancia de la que se hizo mención, es posible que el rechazo sea alimentado por el temor que todas las personas en mayor o menor grado, sufren por la llegada de la vejez; es posible que este temor sea comparado con el de morir antes de llegar a viejo.

Se ha tomado poca conciencia, no sólo dentro de núcleo familiar, en la difícil tarea que significa para un anciano adaptarse a la pérdida y retos que implica ser viejo, en la búsqueda de una identidad, y de una compañía que produzca placer así como de una experiencia significativa y genuina.

Generalmente, cuando una pareja de esposos ancianos se enfrenta ante la jubilación de él, el regreso del jubilado es ya para el resto de la vida. No es posible observar, para quienes no conocen el tema, que esta situación representa una amenaza para la individualidad y diferenciación de ambos; problema que se alivia, marcando límites claros de los espacios en donde cada quien pueda funcionar independientemente, ya que de no ser así, puede incluso perderse la estima y el respeto al otro, apareciendo la ansiedad, la tensión y los estados depresivos.

Otro problema que se presenta en las parejas de ancianos, es aquel en donde los hijos no les permiten tener una intimidad adecuada. Frecuentemente se establece una sobreprotección de hijos a padres que impide la libertad de estos últimos. Con el pretexto de cuidar de ellos, los hijos se simbiotizan a ellos imponiéndoles cargas emocionales muy fuertes. En donde el

anciano se siente aprisionado, creandole estados de ansiedad. Sin embargo, el papel que desempeña el anciano, es importante para lograr la definición y reintegrar no sólo sus propios roles emocionales, sino también para ayudar a apoyar a los de los otros familiares. Aún así no es fácil para el anciano tener que aceptar sus limitaciones y poder admitir el cambio de la autonomía por la dependencia.

2.4.3. La familia del anciano asilado.

Por lo general los hijos de ancianos asilados, se mantienen en conflicto. En mayor o menor medida se encuentran con la sensación de haber sido los menos queridos o privilegiados, por el padre asilado; es común encontrar que el hijo que se encarga de los trámites, que implica asilar a su padre, y queda como responsable, ha sufrido una involuntaria sensación de subestima personal, con tendencia al sometimiento en búsqueda de aceptación de los padres y que al no conseguiría acumula un obvio resentimiento en contra de los hermanos. Estos a su vez, sólo visitan al anciano una o dos veces al año, situación que incrementa el resentimiento del otro.

De manera común, los hijos del anciano asilado, buscan afecto de éste, pero con frecuencia esa búsqueda afectiva resulta infructuosa y los hijos desde temprana edad, terminan decepcionados y por asumir una actitud de indiferencia afectiva hacia sus familiares asilados. Esto es, los hijos asumen una actitud semejante a la de sus padres y, a manera de venganza, les ofrecen el mismo trato; si los hijos recibieron rechazo por

parte de sus padres, tampoco ofrecen la respuesta afectiva que se esperaría y también responden con desprecio. Existen también los casos en los que los conflictos familiares con el anciano asilado, por guardar las apariencias, presentan ante los demás un trato cordial. En otras ocasiones, al anciano se le asila con el fin aparente de que solamente sea temporal, mientras obtiene mejoría clínica de alguna enfermedad, pero cuando se le da de alta por lo general la familia prefiere mantenerlo en el asilo.

Es importante recalcar el aspecto de que los sentimientos que sufren los familiares del anciano, al tomar la decisión de asilarlo, son ambivalentes debido a que en nuestro medio, esta decisión es mal vista y se interpreta como una forma de rechazo abierto hacia el anciano. Pero la decisión no está exenta de vacilaciones y desacuerdos entre los familiares, al grado de que alguno de ellos es el que asume la responsabilidad de la decisión, y el resto permanece como expectador no comprometido, como cómplice no declarado o indiferente a lo que sucede. Es raro el abandono total de anciano, por parte de su familia, pero es cierto que habitualmente visitan al anciano por compromiso y con el tiempo las visitas son más breves y espaciadas.

CAPITULO III
EL YO

III. EL YO.

3.1. El aparato psíquico.

El aparato psíquico es una estructura compuesta por tres sistemas, el ello, el yo y el superyó. Para Hall (1986), cuando estos tres sistemas psíquicos se encuentran en armonía, es porque la persona se mantiene sana, pudiendo relacionarse con su medio ambiente de manera satisfactoria, siendo la finalidad de estas relaciones, satisfacer necesidades y deseos básicos del ser humano. Pero, si por el contrario los tres sistemas que constituyen la personalidad, se encuentran en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada y su eficacia para desenvolverse en su medio es ineficiente.

El aparato psíquico cuenta con áreas tales como la motriz y la sensorial, esta última está conectada a los órganos de los sentidos, que son estructuras especializadas para recibir estímulos tanto internos como externos; en lo referente al área motriz, está compuesta por los músculos que son los órganos de acción y de movimiento. así mismo el sistema perceptual, que proporciona información mediante imágenes mnémicas, dando como resultado el recuerdo, cuando esa imagen se vuelve una representación mental de un objeto.

3.1.1. El ello.

El ello está integrado por los impulsos instintivos, está en conexión con las áreas biológicas de donde obtiene energía; y esta instancia es el portavoz psíquico del área biológica.

El ello está gobernado por el principio del placer: todos sus sectores son inconscientes y asociados con elementos filogenéticos, es decir, heredados. Los instintos están considerados como los causantes de las tensiones derivadas de una necesidad. Para Freud (1923, en Tallaferro, 1983) es un excitante interno y continuo que produce, cuando es satisfecho en forma adecuada, un goce específico. Por lo anterior, la función del ello es descargar la excitación, producida por los impulsos instintivos; a esta función se le denomina, principio del placer: el ello debe desembarazar a la persona de la tensión, que de manera común no se logra inmediata o totalmente, sin mediante la reducción de cierta cantidad de tensión, que se trata de mantener tan constante como sea posible.

La tensión provocada por los impulsos se experimenta como dolor o incomodidad: el principio del placer es una tendencia de todo organismo vivo a mantener la homeostasis ante los desordenes internos y externos. A nivel motriz el ello es estimulado desde el nacimiento mediante el grado de experiencia de molestia y frustración, a ese desarrollo en la capacidad de tolerar la frustración se le denomina proceso secundario. Por lo que el ello puede determinarse como una fuente de energía psíquica y la sede de los instintos, debido a que está en el más amplio contacto con el cuerpo y sus procesos, no así con el mundo externo, por lo que es una estructura que no cambia con el tiempo y no puede ser modificada con la experiencia, sin embargo es controlada y regulada por el yo. (Hall, 1986).

3.1.2. El yo.

Para Freud (1923), el yo no es más que una parte del ello modificado por el impacto o la interacción de las pulsiones internas y de los estímulos externos. Para Tallaferró (1983) el yo se encuentra ubicado entre el mundo interno y el externo, funcionando como receptor de los impulsos que llegan de ambos. Siendo dividido en tres sectores: uno inconsciente otro preconscious y el último consciente. (Tallaferró, 1983; Aisenson, 1979). Para Hartmann (1969), el yo es un desdoblamiento sistémico de la personalidad, claramente aparte de las funciones del ello y del superyó.

El yo en sus relaciones con el ello, consiste en encontrar vías que hagan posible la descarga; o en otros casos, en imponer cambios de finalidades o de las formas de energía que intervienen en la capacidad de integrar contradicciones; en su control de la percepción y la motilidad, y en su caso de las señales de peligro y de acceso al principio del placer y del placer. Un aspecto de desarrollo del yo puede describirse como la continuación, en diferentes formas, de la dirección de los impulsos.

Muchas actitudes del yo, pueden ser seguidas hasta sus determinantes genéticos en el ello, hasta la esfera inconsciente o en los procesos de defensa. Es común observar que los intereses y algunas tendencias del yo, pueden tener su origen en impulsos de tipo narcisista, exhibicionista, agresivos, etc. Y que por ejemplo la formación reactiva,

originada en la defensa contra los impulsos. puede gradualmente asumir multitud de otras funciones en la estructura del yo. Bajo ciertas condiciones, los logros del yo pueden ser reversibles, como se observa en la neurosis y psicosis. en los sueños y en el análisis, y se puede decir que las funciones del yo, si se activan, tienden con frecuencia a efectuar un llamado, sobre sus determinantes genéticos inconscientes. Sin embargo el yo, se resiste de manera general a las regresiones que le impone el ello; a esta resistencia se le denomina "la fuerza del yo", siendo todo lo que engloba el proceso secundario. Sin embargo existen las regresiones ocasionales al servicio del yo, que son toleradas por el yo adulto, siempre y cuando su fuerza no se encuentre debilitada, ya que el yo sano para ciertos propósitos debe ser capaz de abandonarse al ello.

El yo se estructura en función del desarrollo del niño en dos etapas:

1. La etapa primitiva que puede estar relacionada con la acción mágica y representa probablemente un paso transitorio en el desarrollo del yo, interpuesto entre la simple descarga y la acción verdadera dirigida y organizada por el yo.

2. La siguiente etapa, representa un aspecto de la objetivación, que es la contribución del yo al desarrollo de las relaciones de objeto, y un elemento fundamental de la institución del principio de realidad.

A partir de que se desarrolla la segunda etapa, en adelante existe una diferencia entre la catexia de una función

del yo dirigida al objeto, y la catexia de una representación del objeto.

Sin embargo, al hablar del yo (Aisenson, 1979), se le debe diferenciar del uso común, en donde se le entiende de manera amplia como sinónimo de individualidad concreta, como el aglutinador del acontecer psíquico total de un sujeto. Este yo que dirige la conducta, dotándola de continuidad y coherencia gracias a la memoria y a la capacidad de anticipación, y que según se supone incluye al sí mismo, la autopercepción y la autovaloración.

La función que es asignada al yo, (Freud, 1923), es la de mecanismo de control que rige normalmente los accesos a la motilidad y consciencia; esto es conocimiento y motricidad, capacidades que posibilitan la adaptación al medio, y que dependen del yo. Pero la canalización de la energía, por parte del yo resulta indispensable para que pueda cumplir sus funciones de organización y control, o sea, del remplazo del procesos primario por el secundario. (Aisenson, 1979).

El yo no está regido por el principio del placer, como sucede con el ello, sino por el principio de realidad (Hall, 1986). Realidad, significa lo que existe y la finalidad de principio de realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfaga una necesidad; esto significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que pueda ser descargada, de forma adecuada con base en ciertas normas de comportamiento.

pero lo anterior no significa que el principio del placer sea rechazado, solamente es postpuesto temporalmente en pro de la realidad. Este proceso fue denominado por Freud (1923) proceso secundario, debido a que se desarrolla después y se superpone al proceso primario del ello.

Se considera que el yo es un intermediario entre el mundo externo y el ello; aunque el yo es en gran parte producto de una interacción con el ambiente, la dirección de su desarrollo está determinada por la herencia y guiada por los procesos naturales de crecimiento, lo que significa que cada sujeto posee potencialidades innatas para razonar y pensar. La realización del potencial se cumple mediante la experiencia, el aprendizaje y la educación. Por ejemplo, toda educación formal, tiene por objetivo principal, enseñar a las personas como pensar con eficiencia, lo que equivale a ser capaz de llegar a la verdad, definida como lo que existe, por tanto a la realidad. (Hall, 1986).

3.1.3. El supervyó.

El tercer sistema, que compone el aparato psíquico que constituye la personalidad, es el supervyó; se puede denominar como el área moral de la personalidad (Hall, 1986). y representa lo ideal más que lo real, pugnando por la perfección versus el placer o la realidad; se vuelve el código moral de las personas; su origen se encuentra a partir de que el niño es capaz de introyectar las normas paternas, respecto de lo que es bueno y malo, y se deriva de la estructura yoica. La

internalización de la autoridad paterna, le permite al niño controlar su comportamiento, de acuerdo a los deseos de los padres, asegurando así su aprobación y cariño. Así el niño aprende, que no sólo debe cumplir con el principio de realidad para evitar el dolor, sino también debe comportarse de acuerdo con los dictámenes morales de sus padres. El tiempo que el infante pasa con sus padres, favorece a la formación del superyó.

El superyó está compuesto por dos subsistemas, el ideal del yo y la conciencia moral; el primero se refiere a los conceptos del niño, en referencia a lo que sus padres consideran bueno. En cambio, la conciencia moral, responde a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo, y esos conceptos se establecen mediante experiencias de castigo o desaprobación.

Los contenidos del superyó (Freud, 1923), son en gran parte conscientes, pero su imagen se esfuma cuando existe armonía entre este y el yo, sus límites únicamente se aclaran cuando el superyó se enfrenta de manera hostil o crítica al yo. Al respecto (Tallaferro, 1983), metafóricamente se puede decir que el superyó ve y oye interiormente, y adquiere autoridad sobre el yo, que a su vez, tiene el poder de realizar o no el acto, que a juicio del superyó es prohibido, pero esto dependerá de su capacidad de resistencia. El castigo que provee el superyó es el que se conoce como "remordimiento" o "carga de conciencia", y da origen a sentimientos de culpa y autocastigo como accidentes, enfermedades y fracasos. El castigo superyóico

más severo es la muerte o el suicidio.

3.2. Funciones yóicas y sus alteraciones.

El yo, como anteriormente se mencionó, es el intermediario entre realidad e impulsos o fantasía, por lo que el yo trabaja en funciones específicas, que en condiciones normales proveen de un adecuado equilibrio a una persona en relación consigo misma y con su medio ambiente.

Los trastornos psicológicos y orgánicos, alteran las funciones yóicas; como anteriormente se mencionó, la vejez (Salvarezza, 1985; y Bize, 1973), decreta ciertas funciones mentales que son propias del yo, y si a este decremento se le suma la presencia de algún trastorno emocional como la psicosis o neurosis, los ancianos tendrán una mayor disfunción yóica.

Menninger (1952), propone algunas funciones del yo y las posibles alteraciones que se pueden presentar.

I. PROCESOS MENTALES.

A. PERCEPCION.

1. Rasgos normales - grado de alerta, precisión, dirección de la atención.

2. Deficiencias - sensoriales (anestesia y anosmia), atención (distractibilidad, torpeza), confusión, desorientación (en tiempo, espacio y persona).

3. Excesos y distorsiones - sensoriales (hiperanestecia),

atención (hiperalerta), falsas percepciones, ilusiones, alucinaciones, desórdenes en la imagen corporal, enajenamiento, despersonalización.

B. INTELIGENCIA (funciones cognitivas).

a) Nivel y rango.

1. Rasgos normales - inteligencia, memoria (a corto y largo plazo), capacidad de abstracción, información y conocimiento.

2. Deficiencias - torpeza, amnesia, concretismo.

3. Excesos - hiperinteligencia, hipermemoria, sincretismo.

4. Distorsión - desórdenes de juicio.

b) Procesos de pensamiento.

1. Rasgos normales - tiempo (rapidez y asociación de ideas) ritmo (espontáneo, vacilante), organización (estructuración, coherencia, relevancia, relación objetiva).

2. Deficiencias - retardo, bloqueo, incoherencia, irrelevancia.

3. Excesos - apresuramiento de asociaciones, excesiva intelectualización, fuga de ideas.

4. Distorsiones - perseveración, condensación, neologismos, ecolalia y estereotipia.

c) Contenido del pensamiento.

1. Rasgos normales - principales preocupaciones, fantasías y sueños.

2. Deficiencias - embotamiento, apatía, indiferencia.

3. Excesos - tendencia a oscilar entre la exaltación, ira, depresión, pánico, ansiedad, miedo, aprehensión, suspicacia.

4. Inapropiados - discrepancia entre la respuesta afectiva y una provocación, incongruencia de sentimientos y acciones.

C. EMOCION (procesos afectivos).

1. Rasgos normales - intensidad, profundidad y modulación de la respuesta emocional; cualidad del modo de prevalencia (alegría tristeza, irritabilidad).

2. Deficiencias - insuficiencia, empobrecimiento.

3. Excesos y distorsión - obsesiones, ideas fijas, ilusiones.

4. Inapropiados - discrepancia entre la respuesta afectiva y una provocación, incongruencia de sentimientos y acciones.

III. FUNCIONES INTEGRATIVAS.

A. RELACIONES DEL SELF.

1. Concepto de self - qué tanto conoce una persona de sí, cuanto reconoce de sí, cuando sabe quien es, que valores y actividades se adjudica y en qué modelos ha basado su identidad.

2. Ideal del yo - metas y aspiraciones, figuras de autoridad

con las que se identifica, estándares de ética y su justificación, qué tanto del ideal del yo está suplantando al superyó.

3. Superyó - fuerza actual y relativa, modelo predominante (padre, hermano, tío, etc), características y tipo de funcionamiento (perdón o castigo, culpa, sufrimiento, físico, soborno).

B. RELACIONES CON OTROS.

1. Aspectos cuantitativos - rango, diversidad, intensidad, constancia, flexibilidad, etc.

2. Aspectos cualitativos - selectividad (preferencias de objeto), modalidad prevalente (relaciones: parasitarias, destructivas, posesivas, autoritarias, dominadoras, crueles, cooperativas, negativas, explotadoras, masoquistas, protectoras, tiernas, consideradas), modelos sexuales.

3. Modelos de amor-odio - cual domina y cuales relaciones, manifestaciones de ambivalencia.

C. RELACION CON LAS COSAS. (sublimación).

1. Actitud hacia las posesiones - con las propias y las de otros.

2. Modelos de trabajo - interés, intensidad, seriedad, consistencia, eficiencia, satisfacción, destreza.

3. Filosofía - social y religiosa, intereses y valores; forma, alcance, intensidad, satisfacción.

IV. REACCIONES ANTE LA AMENAZA DESINTEGRATIVA.

(grado de disfunción)

A. TRANQUILIDAD: reacción normal ante la amenaza desintegrativa, simple reacción observable, sublimaciones comunmente usadas (humor, llanto, sueño, fantasía, actitud cambiante, aceptación pasiva; actividades compulsivas por comer, diarrea, incremento del esfuerzo).

B. REACCIONES SEVERAS ANTE EL STRESS.

Mecanismos de primer orden. (alarma y movilización).

- Máxima represión (determinada según el esfuerzo de auto control), hiperalerta, hiperirritabilidad, emoción excesiva, intelecto agudizado, insistencia en los puntos de preocupación, angustia, formaciones reactivas, autorreproches, identificación con el agresor, hiperquinesis.

Mecanismos de segundo orden. (ruptura parcial y tentativa de compensación).

- Disociación; debilidad, narcolepsia, amnesia, fuga de ideas, despersonalización. Displacer, (objetos sustitutivos); fóbias y fenómenos contra fóbicos, obsesiones, exageradas aversiones, proyección, simulación (consciente o inconsciente). Sustitución, (modalidades y símbolos sustituidos); compulsiones, rituales, cleptomanía, piromanía, etc, perversiones sexuales. Sacrificos; autoimpuesto, ascetismo, mutilación corporal (intencional, "accidental", quirúrgica),

intoxicación ó narcotización. somatización. sensación de fusión, explotación de las afecciones somáticas.

Mecanismos de tercer orden. (ruptura transitoria del yo, con pronta restauración; fenómenos episódicos).

- Ataques de pánico. Pensamientos catastróficos. Violencia; homicida, suicida, sexual. Convulsiones.

Mecanismos de cuarto orden. (persistencia en la ruptura del yo, continua y marcada escisión).

- Excitación; confusión, desorganización de la personalidad. Hipertimia; estupor, agitación, lentitud. Autismo; flacidez, incoherencia, reacciones bizarras. Apatía; mutismo y/o alucinaciones. Confusión; desorientación por olvido, baja certeza, estupor.

Mecanismos de quinto orden. (completa ruptura del yo).

- Continua incapacidad en el control de la violencia. agotamiento físico y muerte. (Menninger, 1952).

CAPITULO IV
METODOLOGIA

IV. METODOLOGIA.

4.1. Problema.

Es diferente la integración del yo en ancianos que viven en un asilo y los que viven en familia?

4.2. Hipótesis.

Ho.1. No existen diferencias en la integración del yo en ancianos que viven en un asilo y los que viven en familia.

H1.1. Existen diferencias en la integración del yo en ancianos que viven en asilo y los que viven en familia.

4.3. Variables.

-Variable independiente (VI)

Asilo o familia.

-Variable dependiente (VD)

Integración yóica.

VI. Asilo: institución que provee de asistencia total al anciano las veinticuatro horas del día.

VD. Integración yóica: capacidad simbólica que permite mantener contacto con la realidad y discriminarla en la fantasía.

4.4. Objetivos.

Objetivo general: Comparar la integración yóica, entre dos gru-

pos de ancianos, uno que vive en asilo, y el otro que vive en familia, mediante el test "desiderativo".

Objetivos particulares:

1. Conocer la integración yóica en un grupo de ancianos que viven en un asilo.
2. Conocer la integración yóica de un grupo de ancianos que viven en familia.
3. Comparar ambos grupos.
4. Plantear sugerencias para optimizar la integración yóica del anciano.

4.4.1. Población y muestra.

La población está integrada por ancianos entre 70 y 82 años de edad que viven en familia o en asilo.

Para localizar a los sujetos de la muestra se solicitó al Instituto Nacional de la Senectud, por medio de una carta expedida por la Universidad Femenina de México, permiso para visitar los asilos, denominados residencias y las estancias, que son centros de convivencia donde los ancianos pasan algunas horas para tomar clases o convivir.

Para localizar la población del grupo de ancianos asilados fué necesario visitar dos residencias, de donde se obtuvieron quince sujetos de los cuales ocho fueron mujeres y siete hombres, que cumplieron con los siguientes requisitos; ancianos que se encontraran sin daño orgánico limitante que los invalidara física o mentalmente, para responder a los reactivos que

se les presentaron.

La población que constituyó el grupo de ancianos que viven en familia, fué localizada en las estancias y los requisitos a cubrir fueron los mismos que para el grupo asilado. En ambos casos se les explicó a los ancianos de manera brève lo que se pretendía hacer y se les pidió su cooperación. Se encontró que en general los ancianos cooperaron de manera gustosa; pero en el grupo de ancianos que viven en familia, de los cuales ocho fueron hombres y siete mujeres, se encontró que pedían mayor explicación del por qué y para qué se estaba realizando la prueba, y se encontró mayor resistencia entre los de más avanzada edad.

Las edades del grupo de asilados, oscilaron entre los setenta y dos y ochenta años de edad. El grupo de ancianos que viven en familia tuvieron edades entre los setenta y setenta y ocho años de edad.

El tipo de muestreo fue accidental no probabilístico, ya que los sujetos fueron seleccionados en base a los miembros de los asilos visitados y a los ancianos que desearon cooperar voluntariamente en las estancias.

El grupo de ancianos asilados fue obtenido de acuerdo a las remisiones de los directores de las residencias visitadas; a cada sujeto se le explicó de manera individual lo que se pretendía hacer y se les preguntó si deseaban cooperar.

El grupo de ancianos que viven en familia fue obtenido de

acuerdo a la remisión del director de la bolsa de trabajo en una de las estancias del I.N.S.E.N. Se le explicó al grupo que estaba presente, lo que se pretendía y se les solicitó su colaboración.

4.5. Obtención de datos.

En el presente estudio, se utilizó el test "desiderativo".

Dicho test, es una prueba proyectiva, que determina la integración yóica de un sujeto a partir de indicadores diferenciales de psicopatología. En la presente investigación se utilizan exclusivamente, para efectos de calificación los indicadores de patología de orden psicótico, que establece el máximo grado de desestructuración yóica.

La aplicación del test es verbal e individual. A los sujetos de investigación se les hizo el siguiente cuestionamiento:

- Imagine y piense si usted no pudiera ser persona, qué es lo que más le gustaría ser? - De la respuesta del sujeto, dependen los siguientes cuestionamientos que se hagan. siempre en dirección a que el examinado conteste en tres áreas. un animal, un vegetal y un objeto. De cada respuesta se ira eliminando la posibilidad de ser nuevamente una persona, un animal, un vegetal y un objeto. Así mismo después de cada respuesta de elección por parte del sujeto se le pregunta el porqué de su elección. La segunda parte del test, consiste en

cuestionar al sujeto de la siguiente manera:

- Ahora bien si usted no pudiera ser persona, qué es lo que menos le gustaría ser? - Y el desarrollo a seguir será el mismo de la primera parte del test.

El establecimiento de los indicadores psicopatológicos, se realiza siguiendo los postulados de Grassano (1977), y a partir de estos, se elaboró la calificación de la prueba.

La consigna del test "si usted no pudiera ser persona", pide al examinado de manera explícita y directa, que renuncie a su identidad humana y de manera implícita lo enfrenta con la muerte. Por lo que es importante anotar las respuestas verbales y corporales de cada entrevistado, que ayudan a observar el esfuerzo defensivo del yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido. El test es dividido en dos partes, las catexias positivas - qué es lo que más le gustaría ser?. Y en catexias negativas - qué es lo que menos le gustaría ser?. Todas las catexias positivas verbalizadas contienen la fantasía inconsciente de defensa; es como si el examinado respondiera: "cuando tengo miedo (y ahora lo tengo), hago tal cosa". Por lo que el yo ante tal situación se defiende de acuerdo a su nivel de integración.

La verbalización de las catexias negativas expresa:

a) Tanto la fantasía de lo que el yo teme que le sucedería si no pudiera apelar a los recursos defensivos que demostró en las positivas.

b) Las consecuencias negativas que tiene sobre su yo el uso específico de esas defensas. Es decir, la percepción interna de qué aspectos instrumentales del yo son censurados por la defensa .

El test desiderativo, propone un trabajo de creación de símbolos; por lo que la producción desiderativa registra cualidades del proceso individual de simbolización, pudiendo así observar el grado de integración del yo en la medida que la capacidad simbólica supone un desarrollo evolutivo .

1er. indicador: Captación concreta o simbólica de la consigna. Secuencias progresivas o regresivas (discriminación entre realidad y fantasía).

La consigna, enfrenta al entrevistado con la posibilidad simbólica de morir y moviliza por lo tanto las ansiedades y defensas inherentes al reconocimiento de la propia muerte. Ofrece también la posibilidad de preservar o deshacerse de aspectos vinculares a través de un juego de sucesivas personificaciones en la fantasía .

En los procesos psicóticos francos la interpretación literal de la consigna da lugar a un completo fracaso en la elaboración simbólica que se expresa en:

1) Desconocimiento aparente de la consigna; ésta parece no haber sido escuchada por el entrevistado que responde con:

a) bloqueo absoluto y actitud de retiro autista.

b) respuestas ⁴² incoherentes, desorganizadas, verbalizaciones extrañas, neologismos.

c) verbalizaciones extensas con gran carga emocional (evacuativas), ajenas en el terreno lógico-formal a la consigna.

d) necesidad de volver a escuchar reiteradamente la consigna; en algunos casos tratan de escribirla como intento patológico de mantenerla bajo control .

2) Respuestas francamente paranoides contra el psicólogo y/o contra el test (el entrevistado se niega a contestar, se siente burlado, agredido por el psicólogo).

3) Respuestas llorosas y de autodescalificación (el entrevistado insiste que no puede, no sabe, nunca supo, siempre fracasó en todo, no sirve para nada.)

4) Gran dispersión (miles de ideas) y bloqueo en el desarrollo tanto de la racionalización como del test en su totalidad .

20. Indicador: Capacidad de discriminar las cualidades reales del objeto. Congruencia entre características reales del objeto elegido y las adjudicadas en la racionalización desiderativa.

Este indicador, permite discernir la posibilidad del entrevistado para conocer la realidad, sobre la base del adecuado juicio de realidad y de la diferenciación lograda entre mundo interno y externo. La percepción distorsionada de

la realidad, se evidencia en respuestas en las que las características adjudicadas a los objetos no coinciden con las del objeto real. Esta distorsión es consecuencia de mecanismos de identificación proyectiva evacuativa, que borra la diferenciación e impiden el conocimiento de la realidad.

La distorsión o arbitrariedad de características en los procesos psicóticos abarcan toda la producción o alternan con una producción clisé muy empobrecida. No hay posibilidad de rectificación.

Se expresa en:

a) verbalizaciones cuya relación con las características reales del objeto es escasa o nula.

b) en un contexto de respuestas muy pobres, populares y con descripciones desiderativas escuetas: porque me gusta, porque es útil, porque hace bien.

Ser. Indicador: Relación emocional diferenciada con el objeto elegido o rechazado (distancia emocional).

El entrevistado, necesita elaborar una experiencia emocional intensa, referida al reconocimiento de la propia muerte, y que el método de elaboración que el test le ofrece, y no siempre es posible para el entrevistado la re-creación de objetos-simbolos. Sólo si el entrevistado logra conectarse con la noción de muerte podrá recuperarse de una situación de microduelo a través de una progresiva creatividad. Distintos modelos de respuesta emocional frente a la situación de

ansiedad, que nos indican el grado de tolerancia a la angustia, la capacidad de enfrentamiento con el duelo y por lo tanto la posibilidad de modificar la situación a través de la simbolización.

a) Excesiva distancia emocional.

Es una defensa ante el impacto de la consigna en la que subyace una alteración del sentido del test, que es tomado o bien como un ejercicio intelectual, o bien como un entretenimiento. En el primer caso las respuestas son correctas pero formales, populares, escuetas, con baja creatividad personal. En el segundo, el entrevistado manifiesta exagerado entusiasmo y enfatiza el aspecto lúdico, entretenido o divertido de la tarea; da respuestas populares, infantiles, con énfasis en objetos alegres y con movimiento. Domina mecanismos de aislamiento, maniacos, y está presente la negación del impacto emocional así como la baja relación de los objetos elegidos. En la medida en que evita el compromiso emocional es capaz de "crear" o recrear a partir de los datos de realidad y de los símbolos universales, creaciones personales y nuevas.

Evidencian por lo tanto bloqueo y restricción de la capacidad simbólica. Estas producciones señalan áreas de patología, centradas en inhibición de la creatividad y la capacidad de sublimación, pasan, a ser indicadores de psicosis cuando coexisten con otras respuestas con características de distorsión.

b) Excesivo "acercamiento" emocional (pérdida de la distancia con el objeto).

Las respuestas psicóticas son dadas por el entrevistado que toma la consigna como una amenaza de muerte y responde con conductas paranoicas, respuestas llorosas, bloqueo. Se expresa a través de verbalizaciones en las que el sujeto asume explícitamente la personificación y se refiere al objeto que eligió en primera persona ("me cuidarían, sería, mato, "). Este tipo de verbalizaciones evidencia la pérdida de diferenciación yo/no-yo; el objeto deja de ser un representante simbólico y pasa a ser el sujeto. Pone en evidencia la captación literal de un aspecto de la consigna (indiscriminación fantasía-realidad).

La pérdida de distancia se evidencia también en la adscripción de características al objeto de un modo rígido, que no admite lugar a error, que no acepta el criterio de otros que puedan oponerse y no toma en cuenta otros rasgos del objeto elegido.

4o. Indicador: Capacidad para diferenciar el objeto-símbolo de otros objetos de la realidad (delimitación corporal).

La mala delimitación del yo respecto de la realidad externa, puede evidenciarse a través de los indicadores anteriores, pero también por el grado de delimitación del objeto-símbolo que el entrevistado logra a través de la caracterización de éste.

a) Características del objeto-símbolo en la realidad, el entrevistado tiende a elegir objetos con límites difusos, que no se recortan con claridad del medio ambiente, porque no poseen una estructura física diferenciada. Como ejemplo: agua, aire, algas, mar, nubes, nieve, arena. Este tipo de elecciones indican mala delimitación y diferenciación del yo (imagen corporal), con respecto a los otros objetos y refieren mayor patología cuando están presentes como elecciones positivas. Su presencia en las negativas, indica distintos grados de tendencia a la desorganización, pérdida de límites y confusión por incremento de la identificación proyectiva, pero de los que el yo intenta diferenciarse y recuperarse.

b) Capacidad de especificar claramente los objetos-símbolos y describirlos en forma completa. Determinar si el entrevistado puede delimitar objetos específicos o si se refiere a categorías generales, amplias, que impiden delimitar claramente. La delimitación, indica el grado de reconocimiento y delimitación de la identidad con relación a la identidad de los demás. La presencia de categorías generales expresa la tendencia a confundirse con la identidad de otros y adscribirles o adscribirse características similares en función de algún rasgo común.

Cuanto mas circunscripto dentro de una categoría es un símbolo, cuanto mas detenida es su descripción, mayor es la capacidad del yo para delimitarse y diferenciarse. La difusión de límites, sumada a categorizaciones amplias, que por lo tanto impiden una descripción personalizada, indican la presencia de

perturbaciones en la delimitación yo/no-yo, por predominio de mecanismos proyectivos que borran la diferenciación entre el yo y el mundo de objetos y crean confusión entre ambos. Cuando abarca toda la producción y/o coexiste con distorsiones, estamos en presencia de rasgos psicóticos graves.

So. Indicador: Adecuada o inadecuada diferenciación de elecciones positivas y negativas. Adecuación de adscripción de cualidades buenas y malas (discriminación bueno y malo; amor y odio).

Evolutivamente, la disociación del yo y del objeto en pares de cualidades opuestas (idealizadas y persecutorias) es una precondition para la posterior síntesis depresiva. La imposibilidad de lograr buenas disociaciones de objetos, conduce a situaciones de confusión.

Dentro de la alteración o patología de la disociación, la de mayor gravedad para el desarrollo y crecimiento, corresponde a la indiscriminación bueno y malo. El factor determinante de esta distorsión es la envidia excesiva que lleva al yo a arruinar la fuente de satisfacción. Lo bueno se transforma en malo, en tanto que la intolerancia envidiosa lo transforma en fuente de sufrimiento. El objeto bueno, no llega a ser reconocido en sus rasgos reales, sino que puede ser confundido con el impulso hostil-envidioso y transformado por ecuación simbólica en un objeto terrorífico. Esta distorsión específica lleva a estados de confusión clínica, o bien a confusiones circunscriptas a la adscripción de cualidades idealizadas

a objetos o vínculos destructivos.

La indiscriminación entre qué es bueno y qué es malo para el yo se evidencia en el desiderativo del siguiente modo:

a) A través de un tipo de producción sorprendente, que responde a mecanismos de aislamiento y anulación, pero a los que subyace este déficit de diferenciación; el sujeto rechaza en las tres negativas los mismos objetos que eligió en las tres positivas, lo cual indica presencia de áreas psicóticas muy abarcativas de la personalidad.

b) La idealización de los vínculos destructivos y la contraparte de desvalorización envidiosa de los objetos valiosos se pone de manifiesto por: elecciones desiderativas de objetos francamente rechazados por sus cualidades destructivas o terroríficas y elecciones negativas de objetos valiosos que son rechazados por sus mismas cualidades buenas menospreciadas, o bien las cualidades buenas están respetadas pero rechazan el objeto por temor a la envidia o codicia que despertaría.

Estas distorsiones suponen intensos sentimientos envidiosos que interfieren la percepción del objeto en su totalidad e indican predominio de ecuación simbólica.

4.6. Tipo de investigación.

Se trata de un experimento de campo, ya que enfoca el control de la variable independiente (asilo o familia) en la situación o clima real de la muestra.

4.7. Nivel de investigación.

El nivel de la investigación es explicativo, pues aunque no existen estudios previos, la finalidad es comprobar o rechazar hipótesis mediante el análisis de datos.

4.8. Diseño de la investigación.

Se trata de un diseño cuasi experimental, pues el experimento es de campo. Es de tipo *expost-facto*, pues los hechos analizados están dados con anterioridad.

4.9. Procedimiento.

La presente investigación se realizó en la Ciudad de México entre los meses de agosto y octubre de 1993, en el Instituto Nacional de la Senectud (I.N.S.E.N.), se acudió a la dirección de recursos humanos de la presente Institución, con una carta de solicitud de permiso expedida por la Universidad Femenina de México. De manera inmediata se autorizó la entrada a las residencias, a través del Director General de Residencias del I.N.S.E.N. y a las estancias mediante el director de dicha área en los meses de agosto y octubre de 1993; a cada área de la Institución, se llevaron copias de las cartas con el visto bueno del Director de Recursos Humanos. A cada director de los diferentes departamentos se les explicó el motivo y el objetivo de la investigación, dándoles a leer el anteproyecto de la presente tesis.

En la primer residencia fué recibida la información por el Director a cargo, que comentó que existían pocos ancianos en

las condiciones en que se solicitaban, (cuatro nombres, y tres mujeres). El director de la primer residencia solicito de manera individual a cada anciano su cooperación.

Debido a que la muestra no era suficiente, se procedió a visitar una segunda residencia, donde se logró contactar al resto de la población de ancianos asilados, bajo las anteriores condiciones.

Con motivo de eventos sociales y periodo vacacional, la recopilación de muestras se vio suspendida reiniciandose la tercer semana de septiembre. La población del segundo grupo, (ancianos que viven en familia) se obtuvo en la bolsa de trabajo

4.10. Análisis estadístico.

Una vez calificados los test, de manera individual se procedio a enlistar en dos grupos: el de ancianos en asilo, y el de ancianos que viven en familia, cuantos de los quince que integraron cada grupo presentaron cada uno de los cinco indicadores que establece Grassano (1977).

Posteriormente se utilizaron reglas de tres, para obtener el porcentaje, cuya formula es:

$$N \frac{\quad}{\quad} 100\%$$
$$n \frac{\quad}{\quad} X$$

Donde:

N = El numero total de cada grupo .

n = Número de sujetos del grupo que presentaron del indicador a calificar.

X = al porcentaje que resulta de la siguiente operación :

$$X = \frac{n}{N} \times 100\%$$

El total de datos se presenta en un ordenamiento visual concreto, mediante una tabla comparativa de porcentajes. Es decir se utiliza estadística no paramétrica.

RESULTADOS. PRESENTACION Y ANALISIS

RESULTADOS. PRESENTACION Y ANALISIS.

Se acepta H₁. que establece que existen diferencias en la integración del yo en ancianos que viven en asilo y los que viven en familia.

Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 1. que muestra los datos de acuerdo a los indicadores de Grassano (1977).

INCIDENCIA DE RASGOS PSICOTICOS EN ANCIANOS QUE VIVEN EN ASILO Y EN FAMILIA

TÁBLA No. 1
(COMPARATIVA DE PORCENTAJES)

INDICADORES	ASILO	FAMILIA
1o.	73.33 %	46.66 %
2o.	73.33 %	40. %
3o.	53.33 %	60. %
4o.	40. %	26.66 %
5o.	53.33 %	33.33 %

1o. Captación concreta ó simbólica de la consigna.

2o. Discriminación de cualidades reales del objeto.

3o. Relación emocional diferenciada.

4o. Capacidad diferenciadora del objeto simbolo.

5o. Diferenciación de elecciones positivas o negativas.

1er. indicador: captación concreta o simbólica de la consigna. Secuencias progresivas o regresivas (discriminación entre realidad y fantasía).

Los ancianos que viven en asilo presentan un 73.33% en contraposición al 46.66% que presentan los ancianos que viven en familia, en los siguientes rasgos psicóticos que califica el primer indicador.

1) Desconocimiento aparente de la consigna; esta parece no haber sido escuchada por el entrevistado, que responde con:

a) bloqueo absoluto y actitud de retiro autista.

b) respuestas incoherentes, desorganizadas, verbalizaciones extrañas, neologismos.

c) verbalizaciones extensas con gran carga emocional, ajenas al terreno lógico formal a la consigna.

d) necesidad de volver a escuchar reiteradamente la consigna.

2) Respuestas francamente paranoides contra el psicólogo y/o contra el test.

3) Respuestas llorosas y de autodescalificación.

4) Gran dispersión y bloqueo en el desarrollo, tanto en la racionalización como del test en su totalidad.

La presente diferencia de porcentajes, hace inferir que es probable que (Grassano, 1977) el impacto de muerte de la consigna es más angustiante para los ancianos asilados debido a que (Estrada, 1993) la familia contiene emociones como la angustia y esto provee a los sujetos que viven en familia de una mejor capacidad para enfrentarse a la muerte, ya que es

posible que vean su vida con una mejor integración yóica (Erikson, 1974) y los ancianos que viven en asilo sienten la vejez con desesperación, por lo que presentan rasgos paranoides ante la presencia de la fantasía de muerte.

2o. Indicador: Capacidad de discriminar las cualidades del objeto. Congruencia entre características reales del objeto elegido y la adjudicación en la racionalización desiderativa.

Los ancianos que viven en asilo presentan un 73.33% en contraposición al 40% que presentan los ancianos que viven en familia, en los siguientes rasgos psicóticos que califica el segundo indicador .

a) Verbalización cuya relación con las características reales del objeto es escasa o nula.

b) En un contexto de respuestas muy pobres, populares y con descripciones desiderativas escuetas.

La diferencia de porcentajes es debida a que los ancianos de asilo, mantienen una mayor distorsión de la realidad (Grassano, 1977) , consecuencia de los mecanismos de identificación proyectiva que borran la diferenciación e impiden el conocimiento de la realidad, debido a que (Cuevas, 1993) en la mayoría de los psicósíndromes que se observan en los ancianos de asilo, la negación de la realidad prevalece.

3er. Indicador: Relación emocional diferenciada con el objeto elegido o rechazado (distancia emocional).

Los ancianos que viven en asilo presentan un 53.33% en contraposición al 60% que presentan los ancianos que viven en familia, en los siguientes rasgos psicóticos que califica el tercer indicador.

- a) excesiva distancia emocional.
- b) excesivo "acercamiento" emocional.

En el presente indicador, se encuentra un leve aumento en el porcentaje en los rasgos psicóticos de los ancianos que viven en familia; no se presenta como factor importante, debido a que (Grassano, 1977), si estos indicadores de patología psicótica no coexisten con otros indicadores, se debe considerar como producción meramente neurótica.

4o. Indicador: Capacidad para diferenciar el objeto símbolo de otros objetos de la realidad (delimitación corporal).

Los ancianos que viven en asilo presentaron un 40% en contraposición al 26.66% que presentan los ancianos que viven en familia en los siguientes rasgos psicóticos que califica el cuarto indicador.

- a) objetos con límites difusos.
- b) categorizaciones amplias.

La diferencia establece que el anterior indicador, (tercero), se complementa con el presente debido a que la delimitación del yo (Grassano, 1977) respecto de la realidad

externa puede evidenciarse , a través de los indicadores anteriores, pero también, por el grado de limitación del objeto símbolo que el entrevistado logra mediante la caracterización de este. Cuanto más específico es el objeto y sus características, menor es el grado de desintegración yóica. Es posible que los ancianos asilados se encuentren estancados en el desarrollo de su personalidad (Erikson, 1974; Klein, 1964 y Freud, 1923), ya que se sabe que la mayoría de ellos (Cuevas, 1993) provienen de familias mal integradas o fueron abandonados por sus padres a muy temprana edad, por lo que no tuvieron una familia que les aportara los elementos necesarios para el adecuado desarrollo de su personalidad.

5o. Indicador: Adecuada o inadecuada diferenciación de elecciones positivas y negativas. Adecuación de adscripción de cualidades buenas y malas; (discriminación bueno y malo, amor y odio).

Los ancianos que viven en asilo presentan un 53.33% en contraposición al 33.33% que presentan los ancianos que viven en familia, en los siguientes rasgos psicóticos que califica el quinto indicador.

a) producción que responde a mecanismos de aislamiento y anulación.

b) idealización de vínculos destructivos y la contraparte de desvalorización envidiosa de los objetos valiosos.

La diferencia de porcentajes establece que los ancianos

asilados tienen una mayor incidencia en la inadecuada diferenciación de elecciones positivas y negativas, esto supone que al igual que existe en el asilo una confusión de roles (Cuevas, 1993), como mecanismos de función normal dentro de un asilo, ante la presencia del test que provoca la repetición de los modos de funcionamiento común.

En el presente capítulo se anexan dos tablas comparativas de porcentaje más, no analizadas, que expresan las diferencias en la incidencia de rasgos psicóticos en los ancianos de asilo y que viven en familia, por sexo. en donde se observa que existe una mayor incidencia de estos rasgos en los hombres que en las mujeres. Los datos obtenidos se presentan como elementos importantes que estimulan a posteriores investigaciones para quienes están interesados en el tema. (TABLAS 2 Y 3).

INCIDENCIA DE RASGOS PSICOTICOS EN ANCIANOS
HOMBRES Y MUJERES QUE VIVEN EN ASILO

TABLA No. 2
(comparativa de porcentajes)

INDICADORES	MUJERES	HOMBRES
1o.	87.5 %	57.14 %
2o.	62.5 %	85.71 %
3o.	37.5 %	71.42 %
4o.	25. %	57.14 %
5o.	37.5 %	71.42 %

INCIDENCIA DE RASGOS PSICOTICOS EN ANCIANOS
HOMBRES Y MUJERES QUE VIVEN EN FAMILIA

TABLA No. 3
(comparativa de porcentajes)

INDICADORES	MUJERES	HOMBRES
1o.	28.57 %	62.5 %
2o.	42.85 %	37.5 %
3o.	57.14 %	62.5 %
4o.	0. %	50.0 %
5o.	14.28 %	50.0

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- Los ancianos que viven en familia tienen menor incidencia en la presencia de rasgos psicóticos.

2.- La integración yóica del anciano que vive en familia es mayor, tal vez debido a que la familia es un contenedor de emociones e impulsos, (Estrada, 1993). Es posible que no todas las familias de los ancianos de la muestra, estén bien integradas o sanas. Sin embargo se sabe que la familia es la mejor compañía que el anciano puede tener; aún y cuando puedan ser ignorados o hasta rechazados por las nuevas generaciones, es probable que el anciano sepa que se le quiere y no se le rechaza del todo, puesto que sigue dentro del ámbito familiar y no en un asilo.

3.- Existe la teoría, de que los trastornos psicológicos en la vejez, son únicamente la acentuación de rasgos patológicos de una personalidad previamente dañada, (Lidz, 1985; Nicola, 1985; Bize, 1973; Kenber, 1987), por lo que en base a esto, se puede decir que cada anciano como cabeza originaria de una familia, transmite patrones de conducta y rasgos de personalidad (en este caso deficientes), a sus congéneres, por lo que se crea una familia dañada, es decir, con hijos cuya personalidad está afectada y por consiguiente, no pueden ni saben conducir y albergar a sus padres ancianos; presentándose el efecto retaliativo, (Lidz, 1985; Montlis, 1985), en donde los ancianos son abandonados por sus hijos en las instituciones.

4.- Los ancianos que viven en asilo desarrollan psicosisindromes

característicos en donde los ancianos estudiados o bien, nunca tuvieron familia, o fueron abandonados por ésta, o tuvieron padres muy nocivos que les constituyeron una personalidad llena de trastornos.

5.- Si bien el asilo propone un paliativo a los trastornos graves de la personalidad en la vejez, como los ancianos que se encuentran dentro de los psicosisíndromes del anciano muerto en vida, el anifado, el que está desorientado en tiempo y lugar, etc, la solución está en función a la proposición de la neo-familia, que no es más que la familia que el anciano probablemente nunca tuvo. En el asilo se tienen figuras de autoridad, el personal; que podría trasladarse a las figuras parentales; se tienen compañeros, los más sanos podrían ser los hermanos y los más enfermos los hijos. Constituyéndose así la estructura familiar en donde el anciano según su grado de integración yóica (enfermedad) se instala para cubrir sus necesidades de afecto, manipulación, autoestima, y la continuación de sus patrones de conducta, si no se le encausa adecuadamente.

6.- Por otra parte la evolución de nuestro país en forma específica y de manera general en el mundo, es constante; y si como propone la Organización Mundial para la Salud (O.M.S.1990) el anciano toma cada vez mayor importancia en la vida social de los países, las nuevas generaciones de ancianos tendrán mayores oportunidades de estar activos a mayor edad, ya que los avances científicos en el área geriátrica, aumentan el promedio de vida, así como la calidad de ésta. Las

precondiciones que Kernberg (1987), propone en relación al punto anterior para que se pueda tener una vida plena en la vejez; dichas precondiciones son:

1. El control de alguna enfermedad física que evite o proteja del dolor físico.

2. Control o ausencia de problemas locomotores, perceptivos o de lenguaje.

3. Que cualquier trastorno de personalidad, sea suficientemente leve como para que la vida social e interpersonal del individuo no se afecte.

8.- Si se analiza el hecho de que los ancianos de la muestra del presente trabajo, vivieron en la época revolucionaria y post-revolucionaria, la calidad de vida era baja, por lo que las oportunidades de desarrollo personal, entre ellas el estudio, ya no digamos a nivel universitario, sino de educación elemental, no eran posibles. Se puede inferir, que las funciones yóicas como la memoria, representaciones mentales y verbales, lenguaje, razonamiento, reflexión, atención, etc. no fueron debidamente desarrolladas, por ejemplo, como lo pueden ser con el estudio. Todo esto, independientemente de los trastornos orgánicos cerebrales, que puedan producir alteraciones en las funciones mencionadas.

9.- Actualmente la alfabetización, las oportunidades de estudio y desarrollo son mayores, por lo que se vislumbra que es posible que las nuevas generaciones de ancianos tengan una

mayor sanidad en cuanto a las funciones yóicas y por ende una mayor integración, aunado al hecho de que:

10.- Cada vez más las nuevas parejas están en la posibilidad de recibir más información o en caso necesario ayuda terapéutica que les permita estar más sanos psicológicamente hablando, así como tener hijos con menos trastornos de personalidad, por lo que es posible que las edades propuestas por Erikson (1974) sean logradas satisfactoriamente, logrando en la vejez la integridad del yo y no la desesperación.

11.- Hay mucho que hacer en cuestión de salud mental y aún más en cuestión de psicología geriátrica; es posible que los rasgos de personalidad de quienes se interesan en el tema, tenga mucho que ver con que así sea, pero también es de mencionar que el problema es real y que alguien tiene que ocuparse de él.

12.- Es necesaria una mayor difusión de las alternativas que el anciano y su familia tienen para mejorar sus relaciones y tener una vida más sana. Es posible que con el tiempo se desarrolle una especialización en psicogeriatría, que permita tener a los especialistas mayores elementos para la atención de los ancianos.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. 1a. ed. Argentina 1982.
- AISENSON, K. El yo y el si mismo. 1a. ed. Argentina 1979.
- BERENSTEIN, I. Familia y vida. 10a. ed. México 1983.
- BIZE, P. Una vida nueva, la tercera edad. 1a. ed. España 1973.
- BRONISCH, F. Psiquiatría geriátrica. 1a. ed. España 1965.
- CARSTENSEN, L. Handbook of clinical gerontology 1a. ed. E.U.A. 1987.
- CUEVAS, S. Que hago con mis abuelos?, los conflictos de la familia con el anciano. 1a ed. México 1993.
- ERIKSON, E. Infancia y sociedad. 1a. ed. E.U.A. 1974.
- ERIKSON, E. Awav of looking althinos. E.U.A. Selected paper from 1930 to 1980.
- ESTRADA, I. El ciclo vital de la familia. 1a. ed. México 1993.
- FREUD, A. El yo y los mecanismos de defensa. 7a. ed. México 1984.
- FREUD, S. El yo y el ello. Obras Completas, 1a. ed. Argentina 1923.
- GANIETEA, D. El anciano segregado por su familia. Aleteia,

1987. No 8. I.I.P.C.S. México.
- GAMIETEA, D. Envejecer es natural. Aleteia, 1987. No. 8, I.I.P.C.S. México.
- GRASSANO, P. Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas. 1a. ed. Argentina 1977.
- HALL, C. Compendio de psicología freudiana. 1a. ed. México 1985.
- HARTMAN, H. Ensayos sobre la psicología del yo. 1a. ed. México 1979.
- KLEIN, M. El psicoanálisis de niños. 2a. ed. Argentina 1964.
- KERNBERG, O. Trastornos graves de la personalidad. 1a. ed. México 1987.
- LEPP, I. Psicoanálisis de la muerte. 1a. ed. Argentina 1957.
- LIDZ, T. La persona. 3a. ed. España 1985.
- MAGNUS, P. Como disfrutar una larga vida. 1a. ed. México 1983.
- MEMORIA. VI. Seminario de asistencia social al anciano. D.I.F. I.N.S.E.N. México 1990.
- MENNINGER, K. A manual for psychiatric case study. 1a. ed. E.U.A. 1952.

- MOTLIS, J. El dado de la vejez y sus seis caras, 1a. ed. España 1985.
- NICOLA, P. Geriatría, 1a. ed. México 1985.
- SALVAREZZA, L. Psicogeriatría. teoría y clínica, 1a. ed. Argentina 1988.
- SEGAL, H. Introducción a la obra de Melanie Klein, 2a. ed. México 1985.
- TALLAFERRO. Curso básico de psicoanálisis, 1a. ed. México 1983.
- ZIMBARDD, P. Psicología y vida, 10a. ed. México 1983.