



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Tema:

**Manifestaciones depresivas en adultos mayores y su incidencia
en las actividades funcionales de la vida diaria**

Autores:

María Beatriz Lopera Merchán

Claudia María Mena Ribadeneira

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica**

Tutor:

Psic. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02 de marzo del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Lopera Merchán, María Beatriz**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

f. _____
Psic. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Mena Ribadeneira, Claudia María**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

f. _____
Psic. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Lopera Merchán, María Beatriz

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones depresivas en lo adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020

EL AUTOR (A)

f. _____
Lopera Merchán, María Beatriz



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mena Ribadeneira, Claudia María**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones depresivas en lo adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020

EL AUTOR (A)

f. _____
Mena Ribadeneira, Claudia María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

AUTORIZACIÓN

Yo, Lopera Merchán, María Beatriz

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones depresivas en lo adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Lopera Merchán, María Beatriz



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

AUTORIZACIÓN

Yo, Mena Ribadeneira, Claudia María

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones depresivas en lo adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de marzo del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Mena Ribadeneira, Claudia María

Documento	Manifestaciones depresivas en adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de su vida diaria. Beatriz Lopera Claudia Mena.docx (D63557788)
Presentado	2020-02-06 22:11 (-05:00)
Presentado por	ileanavelazarb@hotmail.com
Recibido	ileana.velazquez.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Manifestaciones depresivas en adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de su v Mostrar el mensaje completo
	<div style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 2px;">0%</div> de estas 46 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: Manifestaciones depresivas en adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria.

ESTUDIANTES:

María Beatriz Lopera Merchán

Claudia María Mena Ribadeneira

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Psi. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.

AGRADECIMIENTOS

“Agradezco a nuestra tutora de tesis, Ileana Velázquez Arbaiza, por su disposición y soporte a lo largo de este proyecto”

María Beatriz Lopera Merchán

“Un agradecimiento especial a nuestra tutora de tesis, Ileana Velázquez Arbaiza por su dedicación y tiempo para la realización de este trabajo”

Claudia María Mena Ribadeneira

DEDICATORIA

*„Der Mensch gebärdet sich, als sei er Bildner und Meister der Sprache,
während doch sie die Herrin des Menschen bleibt“*

— **Martin Heidegger, Brief über den »Humanismus«**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f.

Psic. Alexandra Galarza C, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f.

Psic. Tatiana Torres G, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f.

Psic. Mariana Estacio C, Mgs.
OPONENTE

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	8
CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ADULTO MAYOR	8
Definición del adulto mayor desde la biología.....	9
Definición del adulto mayor desde la sociología.....	10
Definición del adulto mayor desde la psicología.....	11
Identificación del adulto mayor como tal.....	12
Subjetivación de las experiencias en el adulto mayor.....	14
La subjetivación del deterioro propio del cuerpo en el envejecimiento.....	15
Caracterización de las actividades que realizan los adultos mayores.....	16
CAPÍTULO II	24
MANIFESTACIONES DEPRESIVAS EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL ADULTO MAYOR	24
Definición de manifestaciones depresivas en el adulto mayor.....	24
El estrés en el adulto mayor.....	29
Experiencias de duelo en el entorno familiar y social del adulto mayor.....	32
CAPÍTULO III	43
ANÁLISIS DE CASOS: PRESENCIA DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS E INCIDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	43
METODOLOGÍA	52
Método principal.....	52
Método secundario.....	52
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
Tabla 1.....	54
Análisis de las entrevistas realizadas con tres pacientes adulto mayores, en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.....	54
Tabla 2.....	62

Manifestaciones depresivas y las actividades diarias presentadas por las tres pacientes adultas mayores entrevistadas.	62
Tabla 3.	66
Síntesis de la relación entre las manifestaciones depresivas y las actividades diarias de las tres pacientes adultas mayores atendidas en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	81
Anexo 1	81
Guía de entrevista con tres pacientes adultos mayores en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de las entrevistas realizadas con tres pacientes adultos mayores, en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.....	54-56
Tabla 2. Manifestaciones depresivas y las actividades diarias presentadas por las tres pacientes adultas mayores entrevistadas.	62-63
Tabla 3. Síntesis de la relación entre las manifestaciones depresivas y las actividades diarias de las tres pacientes adultas mayores atendidas en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.	66-67

RESUMEN

Actualmente, la esperanza de vida ha aumentado, sobrepasando los 60 años de edad; motivo por el cual, resulta relevante preservar la calidad de vida de las personas que se encuentran en la etapa de la adultez mayor. A causa de ello, se distinguen puntos como: su cuidado personal, estado de salud física, mental y emocional. Así pues, se procede a analizar las diferentes conceptualizaciones que se dan a partir de la biología, sociología y psicología, con el fin de llegar a una conjugación que englobe estos aspectos.

Este proyecto se realiza bajo las enseñanzas de la orientación analítica, la cual refleja una mirada innovadora con respecto a la subjetividad de las personas pertenecientes a este grupo etario. Es decir, los cambios físicos que producen efectos en la subjetividad, así como situaciones de estrés, eventos significativos y contingencias con consecuencias traumáticas. Vale recalcar la importancia de la formación de vínculos, las actividades de la vida diaria, las experiencias personales y qué representa la cercanía a la muerte en la vida el adulto mayor.

Se trabajó con una matriz de análisis. Para ello, fueron seleccionados tres casos de adultos mayores pertenecientes a una misma institución gerontológica. En cuanto a la metodología, se identificaron las manifestaciones depresivas, con sus distintas modalidades derivadas del discurso; basado en las entrevistas realizadas. Así pues, se resaltaron aspectos como: eventos significativos que remitan a la situación actual, aspectos asociados a las relaciones familiares (padres, esposos e hijos). También se consideró lo que respecta al entorno social, es decir, amigos e integrantes del gerontológico. Finalmente, se determinó de qué manera inciden las manifestaciones mencionadas en las actividades de la vida diaria de estas personas.

Palabras clave: adultez mayor, actividades de la vida diaria, manifestaciones depresivas, subjetividad, eventos significativos.

ABSTRACT

Currently, as time passes by, life expectancy has increased exceeding the 60 years of age. For this reason, it is necessary to preserve the quality of life of the group people who live through a stage well known as older adulthood. This being said, aims to such topics as: self-care, physical-, emotional- and mental health to be studied and developed. Thus, we proceed to analyse the diverse formulations that emerge from biology, sociology and psychology, in order to reach a conjugation that encompasses these aspects.

This project is carried out under the discipline of psychoanalytic orientation, which reflects an innovative view regarding the subjectivity of people belonging to this age group. Which understand such as: the physical changes that lead to psychological alterations, as well as stressful situations, significant events and contingencies with traumatic consequences. Likewise, it is worth emphasizing the importance of the setting bonds, daily life activities, personal experiences and what elders see as the proximity to death in their life.

To conclude, we worked with an analysis matrix based on the concepts elaborated along this thesis. In order to develop this project, three elders belonging to the same gerontological institution were selected as our cases. Regarding the methodology, depressive manifestations were identified, with their different modalities derived from their speech; based on the interviews executed. This matrix shows aspects such as significant events that may refer to the current situation of our subjects. This being said, topics associated with family relationships such as: parents, spouses and children were noteworthy. Moreover, social environment took place in this analysis, that is: friends and members of the gerontological institute. Finally, it was established how the previously mentioned manifestations affect the activities of these people's daily life.

Keywords: older adulthood, daily life activities, depressive manifestations, subjectivity, significant events.

INTRODUCCIÓN

La depresión se manifiesta a través de episodios de tristeza profunda, lo cuales disminuyen la vitalidad y la actividad del adulto mayor. Sin embargo, las manifestaciones depresivas, son situaciones que surgen en las actividades cotidianas de cada sujeto; por ello, se busca lograr una relación entre distintos conceptos y determinando de qué manera influyen las manifestaciones depresivas sobre las actividades de la vida diaria de este grupo en particular. La relación que se articula entre estas manifestaciones y su incidencia en las actividades diarias, se refleja de forma repetitiva como un círculo vicioso, que radica en estos sentimientos de soledad y falta de vitalidad, con la disminución de actividades, que suelen estar dirigidos hacia sí mismos con el fin de preservar una mejor calidad de vida.

Sin embargo, una de las manifestaciones más comunes es la pérdida de interés o de disfrutar aspectos agradables de la vida. Es decir, bajo interés por realizar actividades placenteras y cotidianas, o sentimientos de apatía acompañados, a su vez, por sentimientos de soledad. Esto se debe a que su círculo social se reduce cada vez más en esta etapa de la vida, ya que muchos de sus compañeros de juventud y otros pares ya han fallecido.

Por otro lado, el duelo forma parte crucial de esta ecuación, debido a que durante la adultez mayor es mucho más frecuente la pérdida de seres queridos, haciendo que los sujetos se sientan solos. En cuanto al sentimiento de soledad que acompaña a la pérdida de seres queridos, así mismo ocurre en el duelo sobre el cuerpo que una vez fue joven, fuerte, sano y que ya no lo es. Por ende, su cuerpo pierde ciertas capacidades físicas como: agilidad, flexibilidad, entre otras, lo cual afecta la imagen que tienen de sí mismos, así como ataca su subjetividad.

Es pertinente destacar que en esta última etapa de la vida se atraviesa por tantos cambios psicológicos como físicos, resultando beneficioso el tener acceso a la consulta psicológica por parte de un profesional. Es por ello que se ha seleccionado a un grupo de adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio De La Torre Marcillo, para realizar un trabajo psicológico con

orientación psicoanalítica, donde se llevará a cabo el estudio de casos basados en entrevistas a los adultos mayores del grupo mencionado. Finalmente, a partir de dichas entrevistas se logra identificar la presencia de manifestaciones depresivas y cómo estas inciden en sus actividades diarias.

Tema de la investigación

Manifestaciones depresivas en adultos mayores y su incidencia en las actividades funcionales de su vida diaria.

Justificación

La importancia de este tema radica en la concientización de las distintas manifestaciones depresivas, dadas en momentos traumáticos, así como en la vida diaria. Asimismo, se logra acceder al conocimiento para preservar el estado anímico de los adultos mayores durante esta etapa de la vida. Igualmente, es imperante realizar la investigación de este fenómeno, ya que actualmente a nivel mundial se ha incrementado el número de personas que alcanzan esa edad, puesto que es necesario tratarlas de las diferentes alteraciones psicológicas que ellos presenten y por qué se cuenta con escaso material de estudio respecto al tema.

Este trabajo de investigación corresponde con la línea de investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG): educación, comunicación, arte y subjetividad, y que refiere a los problemas del sujeto y su relación con los distintos entornos y sus enseñanzas basadas en la clínica de la teoría psicoanalítica. Así también, se relaciona con los Dominios Científicos, Tecnológicos, Humanísticos de la UCSG que comprende a Cultura-Bienestar, relacionada con el desarrollo integral de la persona humana; destacando la importancia de la potenciación de los elementos estructurantes del ser y de la subjetividad.

Además, este proyecto corresponde con los objetivos de desarrollo planteados a escala global y regional por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en septiembre del 2015; con la finalidad de “favorecer a las personas, el planeta y la prosperidad y la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.” (ONU, 2015, p. 37). Donde se plantea, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Igualmente, se articulan con los objetivos del Plan Nacional: Toda una Vida 2017-2021, elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). El proyecto “Mis Mejores Años” (2017), corresponde con:

La finalidad de precautelar y garantizar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles una vida digna y saludable. De esta manera, crea una intervención psicológica en los adultos mayores, funciona como un instrumento que busca inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación de servicios como: atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal. (p. 8)

Antecedentes de la propuesta, contextos y necesidades a las que responde

La propuesta de trabajo responde a las necesidades del adulto mayor, la relación de las manifestaciones depresivas y su incidencia en cuanto a las actividades de la vida diaria; las cuales conciernen a la preservación y cuidado personal de los adultos mayores. Estas actividades comprenden un amplio espectro de acciones desde el deseo de levantarse para empezar el día, hasta realizar a cabalidad un ejercicio mental complejo como: ejercicios de memoria, rompecabezas, entre otras de alto rango de dificultad.

Según Acosta & González-Celis (2010, p. 394), se considera que existen tres tipos de actividades de la vida diaria:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia física.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural.
- Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que aluden a actividades comunitarias y auto enriquecedoras.

Todas estas actividades forman parte del diario vivir del adulto mayor, por eso resulta trascendental, identificar las manifestaciones depresivas que aparecen en

esta etapa de la vida, identificar los motivos por lo que aparecen y analizar cómo influyen en su subjetividad. Algunos motivos de manifestaciones depresivas pueden ser: la falta de sueño, ausencia de deseo por generar vínculos sociales, la pérdida de apetito, entre otros. Así pues, estas manifestaciones inciden en la subjetividad de cada sujeto ya que el aparato psíquico varía según cada persona.

Planteamiento del problema de investigación

Las manifestaciones depresivas aparecen en la vida del adulto mayor generando malestar en cuanto a su subjetividad, así como puede aislarlo del círculo social en el que se encuentra; conduciendo a un estado de depresión más profundo. Por este motivo es necesario estudiar las manifestaciones depresivas, identificarlas, reconocer bajo qué motivos se generan y cómo influyen sobre la vida diaria de los adultos mayores y sus actividades.

Formulación del problema de investigación

Los adultos mayores presentan manifestaciones depresivas que inciden en las funciones de sus actividades diarias, asimismo, la aparición de las manifestaciones mencionadas puede ser generada por el hecho de las actividades mismas y cómo ellas se encuentran interrelacionadas con la subjetividad y vínculo social del adulto mayor. De esta forma, resulta imprescindible identificar las distintas manifestaciones depresivas, relacionarlas y analizarlas con la incidencia en las actividades diarias del adulto mayor.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las distintas manifestaciones depresivas que se pueden presentar en el adulto mayor para determinar la incidencia en sus actividades diarias.

Objetivos Específicos

- Definir el concepto de manifestaciones depresivas y su aparición en el adulto mayor, por medio de una revisión bibliográfica desde la teoría psicoanalítica.
- Identificar las distintas manifestaciones depresivas que se pueden presentar en las actividades diarias del adulto mayor, por medio de la observación y entrevistas.
- Relacionar la magnitud de las manifestaciones depresivas en cuanto a la incidencia en las actividades diarias del adulto mayor.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ADULTO MAYOR

La definición de adultez mayor comprende de varios aspectos y estudios académicos donde hay que dar cuenta que se define desde el campo biológico, sociológico y psicológico. En el campo biológico se la puntualiza por medio de lo orgánico, fisiológico y cronológico pertenecientes a la adultez mayor. En el campo sociológico se lo describe cómo son considerados a través de los ojos de la sociedad, es decir, que ellos tomarán un rol diferente de acuerdo al contexto social porque dependen de cómo son incluidos dentro la misma. En el campo psicológico se habla sobre cómo los adultos mayores se muestran de manera subjetiva. Dicho de otra manera, en cada sujeto existen diferentes cambios cognitivos, afectivos y de la personalidad.

Con respecto a estas definiciones, también se verán las palabras “envejecimiento” y “vejez”. Hay que hacer notar que estas palabras no significan lo mismo, sino que cada una tendrá su propia definición. Cornachione (2006, p. 56) plantea la definición de envejecimiento como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, que se va a desarrollar en los ámbitos sociales, biológicos y psíquicos de cada sujeto, y va estar estructurado al entorno del tiempo. También hace una distinción en cuanto a la definición de vejez, ya que la sitúa como una construcción social. Es decir, que la significación del adulto mayor varía según la sociedad en la que se vive. Otro punto acerca de las definiciones de envejecimiento y vejez responde a que una concuerda más con la definición biológica y la otra con las definiciones sociológicas y psicológicas, respectivamente. Dicho de otra manera, el envejecimiento se inclina hacia el campo biológico, mientras que la vejez tiende al estudio referente a los campos sociológicos y psicológicos.

Definición del adulto mayor desde la biología

A lo largo de los años, la expectativa de vida ha aumentado por varios factores como: nutricionales, socioculturales y económicos. Puesto que tasa de vida humana ha incrementado en un 42%. No obstante, se dice que este grupo es heterogéneo y los cambios que van a desarrollar en esta etapa serán individuales. A causa de este motivo, no existe un momento biológico que diga cuándo inicia la tercera edad. Sin embargo, la Organización Mundial de Salud (OMS) (2015) define al adulto mayor como las personas mayores de 65 años y se los conoce de forma indistinta, como tercera edad. Por otra parte, dentro de esta etapa se hacen algunas distinciones. Si se encuentra entre los 60 y 74 años de edad, son consideradas de edad avanzada. A su vez, si pasan de 70 a 95 años son considerados viejos o ancianos. Dicho de otra manera, cuando una persona se encuentra entre los 60 y 65 años de edad, está transicionando a la adultez mayor, la cual representa una etapa sin un inicio exacto, biológicamente hablando, pero donde los rasgos o características se exteriorizan de manera más intensa a nivel celular, de órganos y sistemas.

Ahora bien, lo que se puede observar en este grupo de personas son problemas de alteraciones nutricionales que lo llevan a la desnutrición, con frecuencia debido a los cambios físicos tales como pérdida de piezas dentarias, dificultad de movilidad, cambios hormonales entre otros; cambios psíquicos relacionados a alteraciones del estado de ánimo; y sociales como la sensación de abandono y aislamiento. Trayendo esto como consecuencia, un aumento de enfermedades crónicas, incrementando la morbilidad y la mortalidad.

El siguiente punto que se contempla es el déficit de las funciones gastrointestinales, lo que acarrea trastornos como el estreñimiento, en un principio la disminución y posteriormente la pérdida de masa muscular (sarcopenia), la pérdida de densidad ósea (osteoporosis), el contenido proteico total decrece (debido a la dificultad para deglutir alimentos), componentes celulares y moleculares que trabajan en las respuestas de defensas del organismo. Además de que sus capacidades para cumplir con actividades y funciones de la vida cotidiana

han disminuido. En efecto, todos los factores mencionados hacen que su grado de independencia se limite progresivamente.

Considerando que las enfermedades forman parte de esta etapa de envejecimiento, hay que hacer notar que se trata de un proceso en el cual las capacidades y funciones del organismo disminuyen paulatinamente. Y como se ha dicho, se muestra que sus facultades de soportar el equilibrio homeostático disminuyen. Así pues, en definitiva, lo que se puede establecer con respecto a lo que ocurre en esta etapa es, que se da un proceso universal, individual, constante, irregular, asincrónico y deletéreo. En pocas palabras, el ritmo en que se produce el envejecimiento se da de diferentes maneras según el ambiente y el sujeto.

Definición del adulto mayor desde la sociología

En diferentes sociedades los adultos mayores son considerados de diferentes formas pero dentro de la estructura social latinoamericana, específicamente en Ecuador, los adultos mayores son considerados **los poseedores del saber o los que mantienen vivas las tradiciones**. Sin embargo, el ritmo de estilo de vida actual no permite un detenimiento de las actividades laborales para el adulto joven o adulto medio, para detenerse un momento y compartir con ellos, generando su inclusión social. A su vez, al haberse jubilado, los adultos mayores pierden su identificación a un rol anterior, manejo y control de actividad económica.

Visto que los adultos mayores suelen vivir sus últimos años en asilos para ancianos, donde se los aísla y condena a una muerte social (sin su consentimiento); se han creado programas de inclusión social, a nivel público como privado. Lamentablemente, a pesar del esfuerzo de las instituciones públicas, se obtuvo insuficiente acogida debido a la carencia recursos. Esto se puede observar en un centro gerontológico, que se basa en la inclusión de adultos mayores con el objetivo de generar mayor autonomía para este grupo de personas. No obstante, al tener personas con dificultades visuales, impedimento en la marcha o problemas cognitivos leves, resulta inconveniente para su inserción en el centro. De la misma forma, esta negativa afecta a la idea de la homogeneidad que plantea el centro, al

crear programas que no resultan eficaces para las necesidades singulares de cada adulto mayor.

Definición del adulto mayor desde la psicología

En el siguiente punto, se mencionan los cambios que ocurren a nivel psicológico, a partir de esta transición. Según los estudios de Cornachione (2006, p. 51), se define la vejez por los cambios cognitivos y afectivos de la personalidad. De esta manera, se descarta la idea que la edad cronológica y la biología son considerados determinantes, sino más bien la subjetividad de cada persona responde a la vejez. Esto se caracteriza por la forma de crear modificaciones subjetivas y las condiciones sociales bajo las cuales ellos se encuentran. De esta forma, el medio social crea esta imagen de “gente vieja”, un constructo a partir de sus normas, ideales y valores que existen en la época que se vive. Entonces, la adultez mayor se definirá como tal, a partir de la cultura y como ellos se “subjetivan” a sí mismos. Es decir, como se observa, piensa, cree desde ellos mismos hacia sí mismos.

Siguiendo los lineamientos de este proyecto, el enfoque a seguir es desde la perspectiva psicoanalítica. En cuanto a la definición del adulto mayor, ya se ha hablado que a lo largo de la vida los seres humanos atraviesan por muchos cambios. En relación a los cuales se debe construir y deconstruir de manera subjetiva, el yo y la imagen que se tiene de sí mismo. Es pertinente decir que a medida que se va envejeciendo, los cambios se vuelven más rigurosos e ignorados por el otro. Debido a que la percepción que, cada uno construye de sí mismo, se nutre del lenguaje generado por el otro, de lo que el otro pueda decir y de la suma de características biológicas, lo cual puede llegar a afectar al sujeto.

Así pues, el adulto mayor se ve sumido en una presión con necesidad de ser liberada, pero no hay un lugar de escucha que le ofrezca ese espacio para regularse y crear una nueva construcción; y elaborar el duelo de su cuerpo, su actividad laboral, vida en pareja y familia. Brevemente, su envejecimiento en general y eventual encuentro con la muerte. Según Alberto Pecznik (2012), cuando nos acercamos a algo de lo que no tenemos representación, nos estamos acercando a un real, es decir, “podríamos afirmar que saber que se perderá la vida, como

equivalente a la muerte, pasará a ser la herida más importante en esa función que se constituyó en algún momento, tanto en el yo como en el narcisismo” (p. 38).

A partir de lo establecido se puede decir, que la muerte es un evento traumático, del cual no se puede hablar. Sin embargo, su presencia persecutoria se puede percibir y puede ser tomada como un real para algunas personas que se encuentran en esa etapa de la vida. Teniendo esto en cuenta, los adultos mayores suelen aislarse como mecanismo de defensa ante el enfrentamiento con el real que representa, el abandono de diferentes funciones y es posible que desencadene en otro tipo de malestar, pudiendo repercutir en su salud no solo física sino mental.

Identificación del adulto mayor como tal

Se conoce a nivel social, como “identidad” a las percepciones que tenemos de la imagen de uno mismo. Es un concepto que nos acompaña a lo largo de la vida y va construyéndose de manera interrelacionada con el mundo interno y externo de la persona, es decir: social, cultural y económico. Vale la pena decir que, según Ricardo Moragas (1991): “la identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia” (p. 190). Debido que el concepto de identidad es un constructo social, se abordará la **identificación** desde el psicoanálisis.

Ahora bien, desde el punto de vista psicoanalítico la identidad o percepción de uno mismo se conoce como “identificación”. Esto se refiere a un concepto que funciona a través de la mirada del otro, cuando nos vemos insertados en el registro imaginario, es decir, en el estadio del espejo durante la infancia. Recapitulando, a medida que los seres humanos crecen, se ven sumidos en varias etapas de la vida por atravesar, donde la imagen y subjetividad va cambiando y, a su vez, creando nuevas elaboraciones psíquicas al respecto.

Por ejemplo, en la adolescencia ocurre una deconstrucción de la imagen del niño que transita la pubertad y la adolescencia, donde no solo se muestran cambios físicos sino a nivel psicológico y emocional; y debe construir una nueva imagen de sí mismo y adquiere nuevas demandas por parte del otro. Según Enrique

Rozitchner (2012): “el conflicto o dilema básico de cada etapa demanda una reformulación de la identidad, dejar atrás la etapa anterior para enfrentar la nueva” (p. 60).

Continuando con este punto, así mismo ocurre cuando se llega a la adultez y ocurren nuevamente los cambios físicos, psicológicos y emocionales con las respectivas particularidades y diferentes cargas de demanda en comparación con la etapa anterior. Esta demanda se da de forma que se re-configura la imagen del adulto mayor, ya que, al darse el envejecimiento del cuerpo, tienen que otorgar nuevos significantes y significaciones a las nuevas formas de su cuerpo. Por lo tanto, vale la pena decir que, si el cuerpo envejece, por consiguiente, lo real del cuerpo cambia y, simultáneamente la representación que se tiene de este cuerpo tiene que seguir el paso de este cambio.

Así pues, a medida que se produce el envejecimiento, el cuerpo ya no opera de la misma manera de cuando se era joven; en resumen: son transiciones por las cuales se atraviesa. Recogiendo lo más importante, cuando se es capturado por el registro simbólico al ser hablado por el otro, desde el núcleo familiar en la infancia hasta lo social y laboral en la adultez, se atraviesan varias deconstrucciones y construcciones. Así pues, por esta serie de motivos, la identificación del adulto mayor se ve afectada; generando conflictos internos a nivel psicológico, emocional y social.

Dicho en las palabras de Rozitchner (2012):

En cada etapa de evolución de la libido, se produce un fenómeno de duelo. Este proceso de cambio, de pasaje de una etapa a otra, ocurre en la medida que aceptamos la pérdida del objeto amado real, ideal, simbólico o fantaseado, la pérdida de un lugar o un rol dentro de la familia. (p. 52)

Vale destacar que, junto al proceso de envejecimiento ocurren muchos cambios relacionados al entorno social y laboral, los círculos sociales se reducen, llega el tiempo de la jubilación y el entorno familiar queda como vínculo directo a lo social, la relación de pares queda limitada, el Otro social no demanda nada de él

y se crea una brecha más corta hacia a la muerte; ya que esta es la etapa pronta a la fase final de vida. Esto genera en ellos un sentimiento de pérdida, con respecto a sus actividades, relaciones y vínculos; así como a su identificación a partir del Otro porque se genera un vacío de significación que no lo registra.

Subjetivación de las experiencias en el adulto mayor

La subjetividad de los adultos mayores ante la vejez y el envejecimiento, fluctúa en diferentes formas debido a que cada sujeto lo toma desde su propia perspectiva. A su vez, estos conceptos son influenciados por la sociedad, su psiquismo y su organismo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la vejez y el envejecimiento, poseen características particulares en cada adulto mayor. En otras palabras, se distingue la vejez como una construcción social y dependerá de los diferentes discursos que la sociedad dicte para designar a una persona como tal. Mientras que el envejecimiento es una etapa del ciclo vital, es decir, un proceso común que se da en el ser humano.

La integridad del aparato mental de la persona de edad no puede soportar demasiada pauperización con su carencia de gratificaciones emocionales. Parecería que, a medida que el medio exterior se va apartando cada vez más del yo que envejece, el aspecto racional, consciente, de la personalidad halla paulatinamente menos cosas con las que relacionarse del mundo externo. (Zinberg, 1976, p. 160)

Recapitulando, se ha dicho que los discursos sociales influyen en el adulto mayor porque dependiendo de cuál sea el discurso que se le designa a la persona. Es, así pues, que el adulto mayor, dentro de sus facultades psicológicas adopta ese discurso; ya sea este de forma positiva o negativa. En caso de que el adulto mayor tome el discurso social de forma positiva, esto hará que él tenga una buena inserción social; de modo que participe activamente en ella y se regularice dentro de su nuevo rol como adulto mayor. Por otro lado, si este constructo se adquiere de forma negativa, el adulto mayor se siente marginado; empujándolo al aislamiento social, sucedido por un aislamiento a nivel psicológico y como resultado su núcleo social se encuentra limitado. En otras palabras, si el adulto mayor se separa de la

sociedad pasaría directamente a un concepto que se conoce como “muerte subjetiva”. Recogiendo lo más importante, al adulto mayor ya no le quedaría nada de qué sostenerse simbólicamente, y ante la nada queda el vacío; la propia muerte.

Otro punto por destacar es que, dentro de sus posibilidades subjetivas el adulto mayor puede adoptar y aceptar el envejecimiento. Ya que, a diferencia de la vejez, el envejecimiento es de carácter inamovible. En efecto, el adulto mayor va vivir el envejecimiento como su propio cuerpo, por tratarse de un cambio que se da de manera biológica, mientras que la vejez pertenece al orden de la subjetividad. Cornachione (2006) aparta el concepto de envejecimiento de ser sinónimo de enfermedad, sino que su cuerpo tendrá una disminución paulatina de las capacidades y funciones del organismo. Teniendo en cuenta estos factores, el adulto mayor subjetiva el envejecimiento en su vida. De manera que, el adulto mayor acoge aspectos de su ser y los adapta a los cambios cursados, no se pierde en el transcurso del tiempo, ni se estanca en el pasado. Por el contrario, es consciente de lo que ocurre a nivel orgánico y lo adapta subjetivamente (p. 61).

En el siguiente punto se refiere a Freud, quien establece (1914c) (citado por Montero, 2005, p. 68) que el aspecto más espinoso del sistema narcisista es la inmortalidad del yo, debido a que la fuerza de la realidad acecha duramente. Esta agresión directa al narcisismo afecta psicológicamente al adulto mayor, produciendo una herida en el yo. Ahora bien, la forma en que el adulto adapte su subjetividad frente a este hecho, será punto de partida para su transición a la adultez mayor y su inserción dentro de una sociedad donde se lo mire como tal. En conjunto, es con esta respuesta que el adulto mayor se verá dentro de un imaginario social y logrará insertarse en esta escena donde se verá a sí mismo incluido de forma distinta comparada hace unos años. En efecto, existe la posibilidad de que su entorno social se vea limitado; sin embargo, el sentimiento de aislamiento sería aplacado por una inserción adecuada.

La subjetivación del deterioro propio del cuerpo en el envejecimiento

El adulto mayor atraviesa por grandes cambios a nivel físico. Los primeros signos aparecen en la piel y sus cambios en cuanto a tonicidad, firmeza, fuerza y

elasticidad. Simultáneamente, se puede evidenciar la pérdida de la audición, donde se puede apoyar por medio de aparatos auditivos especiales. De la misma forma ocurre con la visión, es muy común la necesidad de lentes. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo aparecen más complicaciones como cataratas. Generalmente, esto conduce a operaciones especiales para salvar lo que queda de la visión. Por otro lado, su musculatura y sus huesos se van deteriorando y pierden su carácter de soporte del resto del cuerpo. Globalmente, el adulto mayor necesita eventualmente de aparatos, dispositivos y suplementos que ayudan al sostén del cuerpo, el andar y la conservación de sus sentidos.

El siguiente punto refiere a que esta etapa se activa una crisis narcisista. Por este motivo, se ve diferente ante el espejo como el cuerpo joven, que alguna vez poseía. Según Green (1999) (citado por Pecznik, 2012, p. 32) el narcisismo aparece desde la libidinización de las pulsiones directamente empujadas a la auto conservación. A causa de esta pulsión que apunta a la preservación del cuerpo, al adulto mayor se le dificulta reconocerse como tal y siente un ataque directo hacia su yo. Es, entonces, a partir de este momento que el adulto mayor toma la decisión inconsciente de adaptarse o no a la vejez, así como al envejecimiento; vivenciado a través de su cuerpo, y la vejez en su entorno social. Es por ello que suelen verse casos donde el adulto mayor se niega ante la ayuda para cierto tipo de actividades, o expresan su rechazo hacia sus cuidadores personales. Recapitulando, el adulto mayor es consciente de necesitar ayuda para varios aspectos de su vida. Sin embargo, se rehúsa porque para él representa una injuria a su yo. Puesto que antes se encontraba físicamente apto para realizar cierto tipo de actividades y esta realidad ha cambiado.

Caracterización de las actividades que realizan los adultos mayores

En la adultez mayor es fundamental que este grupo etario realice actividades de índole funcional, lúdico y recreativo. No obstante, debe especificarse qué tipo de actividad se lleva a cabo según sus capacidades, aptitudes y disposición. Al mismo tiempo, su especificidad depende del nivel de actividad del adulto mayor y de sus funciones tanto motrices como cognitivas; ya que esto varía según la persona. Sucesivamente, las actividades deben ser de carácter informal y grupal. Es decir, si

son muy estructuradas o solitarias resultan carentes de efecto positivo. Asimismo, es importante que las actividades cumplan con funciones relacionadas a la inserción social, es decir, ligadas al entorno social (relación de pares), familiar y religioso; dependiendo del contexto cultural. En conjunto, todos estos factores apuntan a la promoción de vínculos, lo cuales son primordiales para los adultos mayores. Es por esta serie de motivos que, se aspira tanto a la inserción social y su prevalencia, como a la especificidad y adaptación en cuanto al tipo de actividades.

Teoría de la actividad en función al adulto mayor

En esta teoría, diferentes autores enuncian sobre la importancia de la actividad en la vida del adulto mayor. Inicialmente, Tartler (1961) propone que una persona activa se va a encontrar contenta o feliz. Asimismo, que su capacidad de realizar alguna actividad y el sentimiento de sentirse útil para otras personas y poder estar inmerso en la sociedad; resultan satisfactorios para el ser humano. Por el contrario, una persona que no sea útil no va a poder desempeñar un rol en la sociedad y se ve ajeno o desconectada de ella. A continuación, los puntos de Havighurst y otros (1964, p. 89), quienes señalan que para alcanzar un envejecimiento óptimo, depende de la continuidad de un estilo de vida activa y del esfuerzo que pongan para contrarrestar la limitación de sus contactos sociales. Es decir, la persona que quiere envejecer de una manera óptima, deberá detener las actividades de un adulto de mediana edad, y encontrar un sustituto adecuado para esas actividades previas, las cuales tuvo que dejar de realizar, como: la actividad profesional y sus vínculos sociales.

Por otra parte, Lemon y otros (1972, p. 511-523) encontraron en su hipótesis que la actividad ejercida en diversos roles sociales resulta en una repercusión positiva para la imagen que tiene el adulto de sí mismo; y tener una imagen positiva será el requisito más importante para el gozo de vivir y un envejecimiento con éxito. Siguiendo este punto, Longino y otros (1982, p. 713-722) estuvieron de acuerdo con la hipótesis de Lemon y otros (1972), donde las relaciones entre las diversas actividades sociales y el gozo de vivir eran la norma para tener un envejecimiento exitoso. Sin embargo, se hace una distinción entre actividad formal, informal y solitaria. La actividad informal se da con contactos como: amigos, parientes y

vecinos; mientras que la actividad formal se emplea en una asociación. Asimismo, la actividad solitaria corresponde a los trabajos domésticos, un hobby o trabajos para el hogar; los cuales conocemos comúnmente como actividad de la vida diaria. Finalmente, vale recalcar que la actividad informal contribuye más al gozo de vivir en el adulto mayor, porque aporta a una mejor imagen de sí mismo.

Recapitulando, en la adultez mayor, su entorno familiar y círculos de amigos se reducen; por este motivo, se recomienda que este grupo etario realice actividades que se conforme con sus personas allegadas y que se expanda a un grupo más amplio, por ejemplo: con miembros de algún club de adultos mayores; con el fin de poder extender su vínculo social. Continuando con este punto, Fry (1992) (citado por Cornachione, 2006, p.150) menciona la relevancia de poseer un envejecimiento activo, ya que esto contribuye de manera mucho más satisfactoria que el hecho de envejecer sin realizar ningún tipo de actividad. Por este motivo, al llegar a esta etapa de la adultez mayor, se recomienda mantener los roles familiares y sociales. Es decir, que haya una inserción y participación en la sociedad; partiendo desde el núcleo familiar y en lo posible expandirlo a relaciones sociales de pares.

Retomando lo previamente dicho, para alcanzar este objetivo de inserción social, se señalan distintos tipos de actividades resultando tanto satisfactorios como favorables. Con el fin de cuidar del bienestar del adulto mayor, las actividades son de tipo informal y fácil desempeño, y así alcanzar un buen desarrollo en la adultez mayor. No obstante, cabe recalcar que si se tiene como objetivo una actividad compleja o muy rígida, la reacción deviene nociva y causa confusión y/o estrés al momento de ejecutar la actividad. Por consiguiente, se recomienda que la modalidad de actividades sea grupal, informal y de fácil desempeño. Con el objetivo de evitar reacciones contraproducentes en el adulto mayor como aislamiento y otras respuestas negativas.

Funciones de los adultos mayores

Dentro de las diferentes actividades que realizan los adultos mayores existen diferentes funciones que ellos cumplen. Asimismo, estas son de carácter social,

familiar y religioso. A continuación, la función social remite a la inserción del adulto mayor dentro de una comunidad; es decir, un grupo donde él forma parte. No obstante, aquello involucra actividades sociales o de recreación. Simultáneamente, se enfoca en el servicio de salud que le otorga la comunidad y el gobierno. Es así, como se ha visto en el caso del plan de vida del gobierno del Ecuador “Mis Mejores Años”, donde se espera que los adultos mayores reciban la mejor atención médica y su inserción social. Con motivo de precautelar y garantizar el bienestar del adulto mayor en todo momento. Globalmente, este proyecto busca ofrecer a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, la oportunidad de inclusión, atención médica y pensión asistencial.

Hay que hacer notar que, dentro de los parámetros del marco conceptual del proyecto “Mis Mejores Años” perteneciente al Plan Nacional “Toda una Vida” (2018), se percibe la validez que le dan a la Teoría del Envejecimiento Activo (OMS, 2002) como sustento para denotar que los adultos mayores necesitan mayor inclusión y actividad dentro de un entorno social. Asimismo, quien lo debe proveer es el gobierno y la comunidad misma. Recogiendo lo más importante, se contemplan aspectos de índole:

- personal, donde concierne aspectos psicológicos y biológicos, conductual (respecto a hábitos de cuidado propio),
- social, esto concierne el apoyo familiar, educación, alfabetización y si es que han existido episodios de violencia y/o abuso,
- entorno físico,
- sistema de salud y económico.

Es así, como el objetivo del plan realizado alrededor de la Teoría de Envejecimiento Activo, según el Plan Nacional “Toda una Vida” fue: “reconocer en el proceso de envejecimiento factores más allá de los sociosanitarios” (SENPLADES, 2017, p. 15). Dicho en otras palabras, se valoran los aspectos psicológicos, sociales y orgánicos de este grupo etario; respetando su autonomía y subjetividad. Así pues, se propone proteger, evitar condiciones de vulnerabilidad y brindar un servicio especial para el adulto mayor del Ecuador.

En relación a la función familiar, los adultos mayores son considerados los **historiadores de las familias**, o los que comparten el conocimiento y tradiciones a las futuras generaciones; dentro del contexto cultural ecuatoriano. No obstante, la función familiar abarca muchos aspectos dentro de la vida del adulto mayor. Por ello, vale decir que resulta muy importante su estudio y concientización. En palabras de Bernal (2010), se dice que “en esta ocupación los adultos mayores tienen el rol de ser abuelos” (p. 126). Entonces desde la psicología la abuelidad tiene tres funciones principales: gratificación, reparación y continuidad; lo cual conduce a tres vertientes dentro de esta función.

A continuación, la **función de gratificación**, dentro de la función familiar. La gratificación se encuentra al momento que un nieto u otra persona fortalecen la autoestima del adulto mayor. A causa de pérdidas y demás cambios psicológicos y físicos característicos de la edad, es necesario reforzar la imagen del adulto mayor; por lo que esta función resulta satisfactoria. Es decir, la fortaleza que su entorno le entrega será fructífera para alzar la imagen que tiene de sí mismo y sostener la identificación con la abuelidad. Sin embargo, se dan situaciones que llevan a los familiares de los adultos mayores a tomar la decisión de ingresarlos a un centro geriátrico o asilos para ancianos; sin que ellos sean consultados. Es así que, al tomar esta decisión por ellos, repercute de forma que los adultos mayores se sienten aislados; contribuyendo la “muerte social”, concepto que remite al impedimento de forjar vínculos y la extinción del círculo social en la vida del adulto mayor.

Por otra parte, la **función reparadora** se encarga de dar la posibilidad de compensar con los nietos, aspectos que no fueron desarrollados con los hijos. Por ejemplo, se ve reflejado en ciertos casos como: acompañamiento durante actividades de integración familiar, de índole escolar, cuidado de los nietos, entre otras; donde remita siempre a su inserción social y familiar. En pocas palabras, los adultos mayores encuentran regocijo en esta función. A causa de no haber podido cumplir satisfactoriamente en este tipo de actividades con sus hijos, lo cual ocurre frecuentemente en la época actual. Es de esta forma, como el adulto mayor colma la falta que alguna vez hubo en cuanto a la función como padre o madre de familia.

El siguiente punto trata sobre la **función de continuidad**, la cual refiere a cómo se asimila el paso del tiempo y la propia finitud del adulto mayor. El objetivo de esta función es que, de esta forma la persona se reconoce a sí mismo como un eslabón más en la cadena de la vida y a través de la memoria de sus familiares sería una forma de pasar a la trascendencia después de la muerte. No obstante, esta es una de las funciones más difíciles de cumplir, ya que no siempre se realiza un duelo adecuado de la juventud que antes se poseía y sobre los cambios que acontecen en la adultez mayor. Simultáneamente, aparece el miedo a la proximidad a la muerte o vivir con consciencia de la propia muerte que, según diferentes autores, deviene un trauma en la vida del adulto mayor.

Finalmente, la **función religiosa**, implica la vida espiritual de la persona y su desarrollo integral. Los adultos mayores encuentran sostén en el vínculo religioso, esta devoción va de la mano de actividades como: la oración, sacramentos y participación en parroquias o templos (Undurraga, 2012, p. 13). Asimismo, el acto de contribución dentro de la comunidad religiosa representa un tipo de inserción social y acto de vinculación. Sin embargo, esta función, responde especialmente a la incertidumbre sobre la vida después de la muerte; brindando un alivio ante lo desconocido y su proximidad a este suceso.

Finalmente, vale decir que cada función cumple un objetivo en común: que el adulto mayor esté insertado dentro de una sociedad que lo acepta como tal y como un miembro importante de la comunidad a la que pertenece. Asimismo, cada función posee su grado de particularidad y especialidad; lo cual contribuye a una mejor identificación, aceptación e incorporación tanto del envejecimiento, como la vejez en el adulto mayor.

Vínculos del adulto mayor

Los seres humanos son seres sociales por naturaleza y por eso siempre se mantienen construyendo vínculos. A lo largo de la vida se van formando nuevos lazos con las personas según el entorno que se encuentre. No obstante, a medida que se va envejeciendo, existen casos donde los vínculos creados se reducen o se da la posibilidad de fundar nuevos lazos. En la adultez mayor, el vínculo

primordial es la familia. El núcleo familiar, que está conformado por pareja, hijos y nietos, le es de gran valor a este grupo etario por las razones que se presentan a continuación.

En cuanto a las relaciones del adulto mayor, su **vínculo con la pareja** es fundamental. Esto se debe a que han vivido más tiempo, juntos como unión. Por este motivo vale destacar el tema de la viudez y duelo, un tema delicado para la vejez debido a su cercanía con la muerte y pérdida. En la adultez mayor, estas situaciones además de representar la pérdida física de un ser querido, conlleva la ausencia de un amor, una compañía y de un gran cambio en su vida cotidiana. Este suceso traza la ruptura de uno de los vínculos sociales más importantes en la vida del ser humano. Ya que, a causa de este suceso, lo más probable es que se produzcan sentimientos de soledad.

El siguiente punto es el **vínculo parental**, de adultos mayores con sus hijos. En ciertos casos se da de manera favorable debido a buenas relaciones previas entre ellos y un adecuado ejercicio de las funciones parentales. Sin embargo, en algunas situaciones, los adultos mayores piensan que no ejercieron correctamente su función parental o no cumplieron con las expectativas que tenían sobre su rol de padres. Es entonces, el momento que el adulto mayor intenta compensarlo con sus nietos, al proveerles de tiempo y afecto; aspecto que ellos consideran no haberles aportado a sus hijos.

Por otra parte, existen las relaciones entre adultos mayores y sus hijos donde hubo previamente una relación hostil. Los padres se muestran excesivamente autoritarios, y al envejecer suelen intercambiarse los roles con consecuencias negativas. En otros casos, los padres suelen ser sobreprotectores; consecuentemente, existen ocasiones donde los hijos son los que sobreprotegen a sus padres cuando son adultos mayores.

Respecto el tema, Cornachione (2006) refuerza esta idea al mencionar que en la etapa del envejecimiento se forma una relación de dependencia con sus familiares más cercanos, debido a que ya no tendrán la misma facilidad de realizar las actividades o funciones que hacían antes. De igual manera, puede ocurrir lo

opuesto, hubo algún resentimiento del pasado, y esto repercute de forma que los hijos no quieren hacerse responsables de sus padres, adultos mayores con necesidades, y a los cuales no les proveen de los cuidados necesarios (p. 59).

Continuando con el **vínculo con los nietos**. Ya se mencionó previamente que, para el adulto mayor es una fuente de gratificación, debido a que representa la recuperación del tiempo perdido con sus hijos. Por esto Undurraga (2012) dispone que el abuelo va a representar las raíces de su familia y ayuda al niño a saber de dónde viene, es decir, establecer su identidad. Este vínculo se convierte en el nexo entre un pasado al que el niño no tiene acometida y un presente que se descubre. De esta forma, se observa cómo el adulto mayor puede ejercer la función de un abuelo o cuidador, así como portador y trasmisor de las tradiciones familiares con sus nietos y dar ese tiempo que no les pudo brindar a sus hijos (p. 10).

En conjunto, la conceptualización sobre el adulto mayor concluye que, para la definición de adultez mayor se aborda desde el ámbito psicológico, biológico y sociológico. Asimismo, la identidad o percepción se genera a través de la mirada del otro, lo cual se trabaja en el estadio del espejo. Así pues, se establece la distinción entre a subjetivación de la vejez y envejecimiento del adulto mayor, debido a que cada sujeto lo toma desde su propia perspectiva y estará influenciada por la sociedad, psiquismo y organismo. Del mismo modo, la subjetivación del deterioro del propio cuerpo en el envejecimiento va activar una crisis narcisista, ya que el sujeto no se ve ante el espejo como el cuerpo joven, que alguna vez poseyó. Vale destacar que, para el adulto mayor es fundamental realizar actividades, las cuales deben especificarse en base a las necesidades de cada persona. Asimismo, es importante que ellos forjen vínculos y cumplan con funciones sociales, familiares y religiosos.

CAPÍTULO II

MANIFESTACIONES DEPRESIVAS EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL ADULTO MAYOR

A lo largo de la vida, se presentan ocasiones donde las defensas ante eventos de índole traumática, aparecen. Es decir, los mecanismos de defensa aparecen para alivianar la carga pulsional o de tensión ante situaciones que desbordan nuestro aparato psíquico. Cuando la carga pulsional es excesiva y las defensas del yo no son suficientes para tolerar estos eventos, surge la represión. Sin embargo, además de los mecanismos conocidos, aparecen otros que pueden entrar en una categoría llamada **manifestaciones depresivas**. Las manifestaciones depresivas como tal, son los signos que conocemos como síntomas característicos de la depresión. Sin embargo, se hace una distinción directamente aparte de este diagnóstico.

Definición de manifestaciones depresivas en el adulto mayor

El concepto de depresión ha sido definido desde la medicina y en el manual CIE 10 aparecen los criterios para determinar su diagnóstico. La definición que consta en este manual refiere a la depresión como: episodios depresivos, los cuales presentan humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse o disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad seguida por la reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado. Según el CIE 10 (2008), la depresión se describe por episodios depresivos, los cuales presentan:

- Disminución de atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y sentirse inútil
- Perspectiva sombría del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Trastornos del sueño
- Pérdida del apetito

En este trabajo proponemos usar el concepto de **manifestaciones depresivas**, para distinguirlo del diagnóstico de depresión. Es decir, se trataría de la expresión o

aparición de síntomas, en función de exteriorizar un malestar que ha sido reprimido y que se ve imposibilitado de mantenerse velado por otras funciones psíquicas; por consiguiente, sale a la luz bajo esta modalidad con características de tristeza profunda, aislamiento, falta de interés en la vida y actividades. Asimismo, las manifestaciones depresivas aparecen en los siguientes ejemplos: expresiones de llanto, la aparición de cambios de humor con tono de tristeza profunda, aislamiento o tendencia por alejarse deliberadamente del entorno social, situaciones de estrés, pérdida de interés en la vida, detenimiento parcial y/o total de actividades, finalmente, falta de vitalidad acompañado por excesivo cansancio.

Cada manifestación varía según la subjetividad y el contexto dado; sobre todo en el caso del adulto mayor. Debido a que la mayoría de manifestaciones coinciden con los sucesos que ocurren durante y después de la transición a la adultez mayor, es necesario construir una matriz donde se logre determinar si la aparición de dichas manifestaciones está relacionada con los cambios que ocurren en esta etapa de la vida y su incidencia en las actividades de la vida diaria.

Con respecto a los rasgos de estos episodios, ciertos aspectos coinciden con la etapa que atraviesa el adulto mayor, ya sea por causas tanto por físicas como a nivel cognitivo o emocionales. La disminución de atención puede estar ligada al deterioro cognitivo. De la misma forma, los trastornos de sueño son comunes en el adulto mayor, debido al cambio de ritmo circadiano, acorde la edad va avanzando; esto también ocurre con la pérdida de apetito. Es por ello que se apunta a lograr una mejor identificación y crear una distinción entre manifestaciones depresivas y el diagnóstico de depresión dentro del contexto del adulto mayor.

Es necesario recalcar que estos síntomas suelen aparecer de forma aislada y por ello se lo descarta del diagnóstico de depresión como tal. Asimismo, se debe resaltar la subjetividad de cada sujeto en cuestión. Resulta imperante evitar la generalización en estos casos, ya que no todas las manifestaciones corresponden a una misma patología. De igual manera, se remarca la intención de identificar estas manifestaciones y saberlas distinguir; muy aparte del intento por construir una diagnosis. El objetivo es crear mayor conciencia respecto a la subjetividad del adulto mayor, quien cursa esta etapa de la vida. Asimismo, conocer si existe una

relación entre estas manifestaciones depresivas y las actividades funcionales de la vida diaria.

Incidencia de enfermedades más comunes en el adulto mayor como causante de manifestaciones depresivas

Junto a los cambios que aparecen cuando se es adulto mayor, se presentan enfermedades relacionadas al envejecimiento. Estas atacan al cuerpo en deterioro y generan consigo, alteraciones psicológicas en el adulto mayor expuesto a las mismas. Asimismo, estas enfermedades son catalizadores de malestar a nivel psicológico. En el caso de la pérdida de audición, el adulto mayor se concibe alejado de su entorno al encontrarse en otro estadio diferente a los demás a nivel de comunicación; aislándolo. Por este motivo, se provee del uso de aparatos auditivos, con el fin de evitar aislamiento y sentimientos de soledad. Por consiguiente, hay que destacar que se señalan las siguientes afecciones como las más comunes en la vejez de acuerdo a la OMS (2018):

- la pérdida de audición
- cataratas
- dolores de espalda y cuello, y osteoartritis
- neumopatías crónicas
- diabetes
- depresión y demencia

Con respecto a lo indicado en este artículo, se resalta que a medida que se envejece, aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. Es por este motivo que, se debe tener mayor conciencia sobre el tema y obtener un mejor acercamiento sobre las opciones de prevención y solución como: el uso de aparatos, seguir tratamiento médico (acudir a un especialista gerontólogo) y asistencia psicológica, realizar cambios de hábito alimenticio (en caso de ser necesario), entre otros.

De la misma forma, se encuentran dificultades respecto al bienestar físico que han sido catalogados como **síndromes geriátricos** según la OMS (2018). Este malestar

de índole orgánico suele presentarse solo en las últimas etapas de la vida, es decir, cuando se es adulto mayor con proximidad a la fase final de vida. Este tipo de malestar puede ser un indicador de otras patologías, donde los síntomas más frecuentes en manifestarse son las siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Hay que tener en cuenta que, a pesar de todos los esfuerzos y avances médicos, en países como Ecuador todavía no se toma de manera rigurosa la geriatría como una disciplina médica necesaria para preservar el bienestar de los adultos mayores. Por lo que es común que en los servicios de salud pública se brinden servicios de índole tradicional y relacionada a una patología general. De tal forma que se ignora su relación con la adultez mayor y la necesidad de un enfoque específicamente geriátrico.

Una vez dicho esto, se procede a enlazar las patologías y afecciones con las respuestas o manifestaciones depresivas que se suelen ver en el adulto mayor. Si bien es cierto, a nivel psicológico, el decaimiento del cuerpo representa un ataque al yo del adulto mayor; el hecho de ver y sentir cómo su propio cuerpo es acompañado por dolores y falta de control sobre él mismo; resulta mortífero para el yo del adulto mayor.

Alberto Pecznik (2012) menciona que la muerte, así como el hecho de vivir con consciencia de muerte o saber de su aproximación a una muerte cercana, representa una injuria al narcisismo. Asimismo, en estas ocasiones es donde se observan respuestas violentas sobre las cuales actúan distintos mecanismos de defensa. Al ser este un hecho violento para el sujeto; toma carácter de real ante el sujeto. De forma que, el adulto mayor no comprende que ocurre con su cuerpo y actúa de manera adversa frente a los cambios.

Con respecto a lo detallado, resulta frecuente ver como la fragilidad del cuerpo invade el bienestar de la psiquis de las personas en este grupo etario. Al verse a sí mismo como un ser frágil o tras haber sufrido caídas, acompañado por déficit de visión y audición; estos factores repercuten significativamente en las actividades funcionales de la vida diaria. A su vez, se presenta la dificultad para llevar a cabo actividades o se da un cese en cierto tipo de tareas, las cuales conciernen al

cuidado de sí mismo y su autonomía. Por ejemplo: la vestimenta, el baño y control de esfínteres; esta serie de actividades relacionadas al cuidado propio se ven afectadas por las patologías y afecciones que acompañan a la edad. A causa de ello, se produce malestar en el adulto mayor y como resultado, aparecen las manifestaciones depresivas.

Incidencia de la jubilación y el cese de las actividades laborales en el adulto mayor

Para iniciar, vale recordar que antes de haber llegado a la adultez mayor, el adulto medio se encontraba en una posición donde era visto de una manera relacionada al sustento: de proveedor, orden y liderazgo; dentro de lo social, específicamente en el ámbito familiar como laboral. El adulto medio brindaba soporte para su familia, dentro del contexto cultural ecuatoriano podrían ser considerados cabeza del hogar, quien cuida de los más jóvenes de la familia, posee una buena salud y vela por todos. Al transicionar en adulto mayor, el sujeto se ve sumergido en una serie de cambios, tanto orgánicos como sociales y psicológicos.

Recapitulando, aquí es donde la jubilación toma un papel importante para este grupo etario. Ya que antes de que sucediera esto, el adulto mayor se consideraba a sí mismo como una persona activa. Puesto que, al jubilarse sienten que su ritmo de vida disminuye y cambian muchos aspectos que alguna vez fueron cotidianos para ellos. Esta idea se refuerza con lo establecido por Cornachione, “el hecho de haber perdido determinadas capacidades, de no poder desenvolverse por sí mismo, de necesitar a otros para seguir viviendo no es fácil de asumir” (2006, p. 60).

Ahora bien, junto a la jubilación aparece el cambio de roles. Este momento es donde los adultos mayores pasan de ser los que brindan el sustento en el hogar a ser cuidados por sus hijos. No obstante, en el mejor de los casos reciben ayuda de personas especializadas que puedan proveerles asistencia diaria. Por un lado, esta es la oportunidad para liberarse del estrés que conlleva la carga laboral y la responsabilidad de ser “el que debe proveer por su familia”. Sin embargo, desde la perspectiva del adulto mayor, esta fase está relacionada a la pérdida de libertad y monotonía.

Retomando lo previamente dicho, los adultos mayores sienten aversión, cansancio y monotonía ante el exceso de tiempo libre. Consecuentemente, en la mayoría de casos ellos mismos terminan perdiendo la noción del pasar del tiempo y los días. Esto se debe al déficit de actividad que refuerce y/o preserven sus habilidades cognitivas, así como sus habilidades psicomotrices. En pocas palabras, los adultos mayores se encuentran en un estado de sedentarismo perpetuo que perjudica tanto cuerpo como mente y conduce a manifestaciones depresivas y deterioro cognitivo. La vivencia de la jubilación produce en el adulto mayor una sensación de pérdida de gran parte de su yo: el yo laboral, trabajador, que tiene compañeros de trabajo con quienes ha forjado vínculos y funciones alrededor de esta actividad. Después de la desaparición de este aspecto de su vida, la relación con los pares se extingue porque suele quedarse en casa y es limitado al contexto familiar. Si alguna vez llegó a representar una figura de autoridad en su entorno laboral, esto se va desvaneciendo en su nuevo contexto por lo que debe de-construirse y volver a organizarse simbólicamente como adulto mayor que necesita ayuda para realizar ciertas funciones. Lo cual puede llegar a causar malestar en ellos, ya que representa una herida para su yo.

Por este motivo Pecznik (2012) promueve una estrategia terapéutica que se orienta a los modos de vida y otros aspectos que conciernen a: actividades, alimentación, relaciones sexuales, y revalorización de metas diarias y a corto plazo con el fin de “dar sentido a aquel que se está perdiendo” (p. 85). Se dice que “se está perdiendo” porque al transicionar a la adultez mayor ocurre esta desorganización del yo que debe volver a construirse. Esta propuesta, en caso de ser elaborada con adultos mayores, generaría cambios positivos en el manejo y control de las actividades diarias, sin perjudicar su autonomía e independencia.

El estrés en el adulto mayor

Si bien es cierto, cuando se cursa la adolescencia, se viven cambios en el cuerpo; durante la manifestación de dichos cambios el cuerpo sufre y siente dolor junto a las nuevas adaptaciones físicas, psíquicas e ideológicas, es el adolecer. El adulto mayor también siente dolor en su cuerpo a medida que reduce su tamaño corporal y/o va perdiendo la tonicidad de sus músculos. Vale señalar que, esta es la

respuesta orgánica de su cuerpo al acercarse a una etapa final de vida. Todos los factores mencionados conllevan una carga de estrés grande para el adulto mayor debido a las preocupaciones del porvenir y las inquietudes que esto le ha producido.

Retomando la comparación con la adolescencia, si el adolescente alguna vez, tuvo que atravesar el duelo de su cuerpo de niño a adolescente, el adulto mayor tramitará la misma operación con respecto a su cuerpo; esto se da en el momento justo, cuando percibe la pérdida de este cuerpo joven, sentiría dolor frente al cambio; sin embargo, significa otro tipo de dolor. En cuanto a la percepción de su cuerpo en el adulto mayor, el tanto decaimiento y deterioro van del lado de lo mortífero debido a su cercanía o proximidad a la muerte; lo cual puede generar mucho estrés. Es así que, de acuerdo a Zinberg (1976), en las últimas etapas de la vida, el organismo es asediado por cuatro factores, los cuales contribuyen al estrés psíquico:

1. la reaparición de elementos neuróticos, de toda la vida, de la personalidad;
2. las actitudes sociales en contra del proceso de envejecimiento;
3. la involución y recesión psicológicas;
4. el progresivo estrechamiento del círculo de relaciones de las que es dable esperar protección psicológica (p. 160).

El **primer** aspecto recalca el hecho de las experiencias previas, construcciones y deconstrucciones que realiza el aparato psíquico para mantener la homeostasis mental en la persona durante las distintas etapas de la vida. Las operaciones psíquicas que ellos habrán utilizado previamente están directamente alineadas con las que usan ahora; al transicionar a la adultez mayor. Esto se debe a que, de alguna manera u otra, los eventos traumáticos en el cuerpo remitirán a eventos anteriores sobre el mismo.

El **segundo** concierne a la mirada de lo social, en cuanto al concepto que se tiene de la vejez y el envejecimiento y cómo esto afecta de distintas formas al adulto mayor en su transición. Generalmente, se ve la falta de representación del rol del

adulto mayor en medios de comunicación. Dentro de una sociedad, donde se valoran los aspectos de la belleza directamente relacionados a la juventud, es considerable entender la herida que representa para ellos y el sentimiento de desecho que esto genera hacia sí mismos. Simultáneamente, esto va de la mano con la falta de actividad para los miembros del grupo etario. Ciertamente, si el adulto mayor estuviese insertado en un contexto donde puede realizar actividades específicas para su recreación, junto con sus pares; se evitará el asedio por parte de un Otro social que no lo ha incorporado como tal.

El **tercero**, remite al deterioro cognitivo y orgánico del adulto mayor; directamente relacionado con la marcha degenerativa del camino a la adultez mayor. Si bien es cierto, que las actividades recreativas tienen que estar alineadas a las necesidades del adulto mayor, eventualmente, se torna más arduo realizarlas por alguna complicación orgánica y/o cognitiva relacionada al deterioro; es de esperarse por ser parte normal del ciclo de la vida. Sin embargo, es necesario ejercitar todas estas capacidades y habilidades mientras sea posible y alcanzar alivio frente a situaciones de estrés.

Finalmente, el **cuarto** punto se refiere a la reducción del círculo social del adulto mayor. La pérdida de vínculos y la falta de cuidado que se tiene al respecto. Dentro de un contexto donde se encuentra un déficit de representación y el círculo social se ve altamente reducido; es muy probable que sea causante de situaciones de estrés. A motivo de representar un recordatorio del paso del tiempo, de la muerte de sus pares y de la consciencia de la muerte propia que se acerca; en estos casos, se considera recurrir donde un especialista donde el adulto mayor pueda depositar esas inquietudes que se producen a nivel psicológico y emocional, con el fin de evitar más situaciones de estrés.

Todos estos factores contribuyen de manera significativa en la manifestación de respuestas desfavorables en el adulto mayor, su aislamiento social y vincular, el déficit de protección, cuidado y de ejercicio físico como mental; de tal forma que, promueven el desarrollo de respuestas neuróticas, las cuales remiten a experiencias anteriores para poder lidiar con el real de la transición actual. Es congruente encontrar manifestaciones de estrés dados los factores mencionados. Por

consiguiente, es necesario que los miembros de este grupo etario se mantengan en ejercicio de sus actividades de la vida diaria, así como en ejercicio de actividades que protejan y cuiden de su bienestar tanto físico como mental. Asimismo, Rozitchner (2012) hace una reflexión sobre el cuerpo en decaimiento del adulto mayor donde se destacan los factores en conjunto generadores de estrés:

El sujeto se transforma cada vez más en su propio cuerpo, y ya no lo ligado al mundo, y por eso aparece el cuerpo como cárcel, los muros de un aislamiento [...] el cuerpo se experimenta como funda, algo exterior que se impone sobre el sujeto, o como negligé, como un batón de uso doméstico que se descuida, de modo que el cuerpo aparece como lo descuidado que se hace presente (p. 290).

Continuando con los ataques externos sobre el cuerpo del adulto mayor, que cursa una de-construcción de su yo. Las personas de este grupo etario, se ven envueltas en un ambiente de aislamiento donde solo puede recurrir a las respuestas que conoce y ha aplicado previamente. Esto se ve reflejado en manifestaciones de: mal humor, aislamiento, respuestas agresivas y falta de tolerancia. De la misma forma, el adulto mayor experimenta dolores físicos y otro tipo de malestares que le pueden propiciar situaciones de estrés. Al igual, el duelo del cuerpo que se pierde al llegar a la madurez última causa situaciones de estrés a nivel subjetivo.

Por lo tanto, se considera el malestar ante la aparición de situaciones de estrés como una manifestación depresiva. Esto se debe por su origen en común, ya que es una forma de tramitar los cambios que ocurren para el adulto mayor. Debido que las situaciones de estrés aparecen, como parte de las respuestas primitivas ante la agresión al yo, herida narcisista a partir del envejecimiento. Asimismo, se ve arrojado como resultado del conjunto de factores que rodean al adulto mayor durante su transición a la madurez final.

Experiencias de duelo en el entorno familiar y social del adulto mayor

A continuación, se describen las características del duelo desde la mirada del adulto mayor. Estableciendo una distinción entre los conceptos de falta, pérdida y

melancolía. De la misma forma, se realiza un estudio sobre el sentimiento de abandono, soledad y duelo de uno mismo; procesos subjetivos por los cuales atraviesan los miembros de este grupo etario. Recogiendo lo más importante, en este capítulo se aborda al significado y subjetivación de la pérdida, así como se trabaja el concepto de vivir con consciencia de la propia muerte en la adultez mayor.

La pérdida

En lo aprendido durante la formación como psicólogos, se distingue que la pérdida además de estar directamente alineada al duelo de un ser querido, como un proceso; el cual remite a la pérdida de un objeto amado en la primera infancia. Asimismo, a partir de este suceso, el sujeto se ve destinados a reemplazar este objeto amado o satisfactorio a lo largo de la vida. “Los procesos de duelo normal poseen un potencial para el desarrollo y son fuente promotora del mismo” (Montero, 2005, p. 52). Dicho en otras palabras, los sujetos generan respuestas para sí mismos, con la capacidad de abrirse ante una vertiente positiva o de carácter vivificante. Por otra parte, si bien es cierto que no se va a poder colmar la falta que causó esta pérdida. Asimismo, existe la posibilidad de que, a lo largo del camino de la vida, uno encuentra ciertos objetos que pueden cumplir una función de suplencia en cuanto al objeto perdido.

Continuando con este punto, vale mencionar lo dictado por Rozitchner: “el duelo patológico está más emparentado con la depresión y tiene características particulares. El vínculo narcisista que se ha establecido previamente con el objeto perdido lo hace especial, se le ha asignado un valor e idealizado” (2012, p. 53). Dicho esto, vale recalcar que al sujeto le es difícil separarse de ese objeto. Esto se debe a que ese objeto, se le ha atribuido una significación de valor e idealización, lo cual conocemos como “investidura libidinal”.

En el caso del adulto mayor, las pérdidas más significativas van ligadas al cuerpo, los espacios sociales y el vínculo social. Siguiendo con el decaimiento del cuerpo, junto a la pérdida de su juventud, así como la energía y vitalidad. Estos factores representan la herida narcisista y el recordatorio de una muerte próxima.

Asimismo, ocurre con los espacios sociales que alguna vez existieron, junto a los vínculos sociales relacionados a los mismos, continúan existiendo, pero sin ellos dentro de la continuidad. Es decir, los adultos mayores se vuelven ajenos a este entorno. Dicho en otras palabras, son espacios hablados por este grupo etario, pero que ya no le remite a nada porque ya no pertenecen dentro de este contexto de espacio y tiempo.

Según Eva Muchnik (2006, p.52), la dimensión temporal causa gran impacto, ya que conduce por **realidades diferentes**. Es a través de este fenómeno que se cursan redefiniciones permanentes en cuanto a las relaciones interpersonales, así como experiencias de vida. La autora remite a la brecha generacional que se forma entre miembros de la familia y otros contextos u objetos. Dicho en otras palabras, al momento que cada sujeto se identifica a una generación y se reconoce a sí mismo como perteneciente a ello.

Debido a esta diferencia entre realidades, se da un posible conflicto en cuanto al vínculo social. Ya que este nexo, alguna vez formado, desaparece. Vale decir que esto ocurre porque, además de su ausencia, el paso del tiempo continúa a pesar que el adulto mayor no esté presente en el contexto establecido; lo cual se siente como una gran pérdida. A causa de ese objeto, actividad, espacio y/o contexto, que fue inicialmente de carácter vivificante y dinámico, se torna inmóvil y hasta cierto punto; mortífero. Dicho de otra manera, para este grupo etario, el hecho de saber que el entorno al que antes pertenecían, permanece o continúa a pesar de su ausencia; resulta una injuria al yo al sentirse como algo sustituible. Finalmente, la autora (2006) propone el desarrollo a partir de la formación de nuevas metáforas (p. 53), lo cual se construye en base a nuevos espacios, actividades, formación de vínculos e inserción social.

La falta

De acuerdo a lo aprendido durante los años de estudio, se puede colocar a la falta del lado de lo que se desea, lo que se carece, se busca, se ha perdido y la ausencia. Es por ello que, en el orden de la falta, es muy simple situar la castración, en tanto “herida narcisista que la amenaza y la frustración imaginaria encarnan en primer

lugar” (León, 2011, p. 71). Es una amenaza a un yo que se creía inicialmente completo. Sin embargo, la falta, al darse la castración, demuestra que no existe tal completud. Vale decir que es por la falta que, el sujeto genera respuestas ante aquel suceso para poder contenerlo y resistir esa herida que la castración ha causado.

Las formas que el sujeto encuentra para hacer frente a esta amenaza se esbozan en todas las luchas de prestigio, en todo el esfuerzo para hacer del poder el correlato de su rechazo de la castración, pero también en toda forma de denuncia del orden del mundo que no implique para el sujeto un posicionamiento, una subversión capaz de apostar por otra lógica colectiva. (León, 2011, p. 71)

Es decir, a lo largo de la vida se ve esta formulación, como un patrón de respuestas ante la lucha incansable con el fin de colmar una falta insaciable; así como en función de reponer la pérdida de un objeto a través de otro. Lo cual, ante la presencia de la falta frente a ese objeto primario, siempre suele ser descartado o desechado. Dicho en otras palabras, este proceso se considera el ciclo del deseo, donde el sujeto cambia de objeto, en vista que no resulta beneficiado o que distingue alguna falla en ello; lo desecha y lo cambia por otro. Asimismo, este proceso se considera de carácter vivificante; ya que la búsqueda de un objeto remite al deseo y, a su vez, esto pertenece a la vertiente de la pulsión de vida.

Otro punto por señalar es que, los sujetos se encuentran sumergidos en el lenguaje incluso desde antes de nacer. Esto se refiere a los deseos e ideales que tienen los padres hacia sus hijos. Al no ser llevado a cabo tal deseo, se forma la ruptura de ideales que conduce a una herida narcisista basada en la falta; tanto para padres como para hijos. A su vez, esta ruptura genera malestar. No obstante, el deseo del sujeto, al ser de índole dinámico, conduce a nuevas formulaciones. Dicho en otras palabras:

Toda la lucha del hombre por la prestancia y el poder no es otra cosa que la necesidad de cubrir, a través de una imaginarización de la castración, la pérdida estructural con la cual ha pagado su humanización, su entrada en el lenguaje. (León, 2011, p. 71)

Una vez dicho esto, el lenguaje se establece como el portal a un mundo gobernado por la falta, donde prevalece la ley de no-todo y donde no todo puede decirse. Una vez que los sujetos son insertados en este contexto, donde la falta es inminente, resulta desconcertante para el sujeto la constante idea de que siempre hay algo más. Dicho en otras palabras, el hecho de posibilitar el deseo, a pesar de poseer un carácter vivificante, resulta abrumador ante un real referente al duelo.

Vale recalcar que, pensar el duelo del objeto amado solo en función de la falta resulta limitante. En este punto, se parte desde el principio del lenguaje como la primera barrera de castración del sujeto. León (2011) plantea que “implica cierta acomodación a eso que el gran Otro da nombre para el sujeto como **su pérdida**, lo que equivale a decir que el Otro sabe lo que el sujeto ha perdido” (p. 71). Esto quiere decir que el Otro nombra lo que se le ha perdido al sujeto, lo delimita dentro de un margen regulador, y el sujeto toma la decisión inconsciente de valorar el objeto amado “dentro de un sistema de equivalencias fálicas que eleva o degrada” (p. 71). En otras palabras, ese objeto de la pérdida debe tener un valor agregado para no sólo ser considerado como falta sino como una pérdida y así generar el trauma respectivo de la pérdida. Es así como, si no hubiese un otro que diga o nombre lo que está pasando, el sujeto quedaría sumergido en un real del evento traumático.

Partiendo desde el psicoanálisis la falta es, en cierto sentido, el fundamento del sujeto. Esta falta toma consistencia gracias a la experiencia de la pérdida; lo cual representa un más allá o un plus al sentido generado por la falta. No obstante, limitar el pensamiento de la falta sólo como la pérdida de un ser amado es restringir al sujeto de su capacidad de sensibilidad y acogida sobre un objeto amado. Igual como ocurre al desacreditar su relación con los objetos y su constante lucha contra las diferentes pérdidas que se viven a lo largo de la vida. No obstante, el valor de plus que existe en la pérdida de un ser amado puede llegar a poseer carácter traumático, así como la herida narcisista que genera el envejecimiento del cuerpo y la conciencia de la propia muerte.

Recogiendo lo más importante, dentro del contexto del adulto mayor, su cuerpo estaba lleno de significantes que ya no remiten a lo que ocurre actualmente en el contexto que se encuentre. A causa de ello, al darse el envejecimiento, los significantes quedan vacíos. Es decir, esa falta contra la que lucha la psiquis del adulto mayor falla al desleír nuevos significantes; lo cual genera malestar. Esto se debe a que, en algunos casos, el adulto mayor carece de los recursos psíquicos para que lo sostenga y pueda atravesar el duelo del cuerpo. Vale decir que, el envejecimiento viene acompañado por una serie de pérdidas, a través de las cuales se propone resignificar el cuerpo, los vínculos y espacios donde se hace presente la falta.

Sentimiento de abandono, soledad, duelo de uno mismo

El siguiente punto presenta, un adulto mayor que atraviesa una serie de duelos a lo largo de su vida, hasta haber llegado a la etapa actual. Sin embargo, vale decir que la experiencia de duelo continúa siendo de índole traumático para el sujeto por más cíclica que sea la vivencia de este suceso. El carácter traumático que posee duelo, genera en el sujeto huellas de estas experiencias pasadas. Es decir, cada sujeto se remite a la subjetivación de sus experiencias. Asimismo, en palabras de Rozitchner (2012) “todo duelo se hace en función a duelos anteriores de situaciones traumáticas y en las distintas etapas de la vida” (p. 57).

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2019), la soledad se puede conceptualizar de varias maneras. Sin embargo, los dos enunciados seleccionados son los que más se acercan a la definición requerida para este proyecto: a) la carencia voluntaria o involuntaria de compañía y, b) el pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo. En estos dos conceptos de soledad, se resalta la ausencia de voluntad, así como su presencia, entonces se podría considerar la presencia de un deseo por alejarse del otro; ya sea de manera consciente o inconsciente. Así como se remarca la presencia de un pesar y/o melancolía, lo cual remite a lo mencionado previamente como “tristeza profunda”.

Continuando con este punto, se ven dos vertientes a modo de respuesta ante sucesos en la vida del adulto mayor: la soledad por hecho y la soledad como decisión. La primera ocurre en el adulto mayor con su aislamiento de manera inconsciente generado por factores externos, como abandono por parte de los familiares o la pérdida de miembros fundamentales en la familia. Esto puede generar gran sentimiento de abandono en el adulto mayor, al verse alejado de sus pares, así como de su núcleo familiar. En la segunda instancia, ocurre cuando el adulto mayor toma la decisión de alejarse él mismo, en un intento de preservar su independencia y autonomía; negando la herida narcisista que han creado la vejez y el envejecimiento.

El siguiente punto destaca como Alcaide (2010) conceptualiza la melancolía, basándose en las enseñanzas de Freud con respecto a “Duelo y Melancolía” de 1917 como: un duelo que no ha sido resuelto. Al no haberse resuelto, éste permanece inminente (p. 26). Dentro de las características de la melancolía, el sujeto ha investido libidinalmente su objeto amado y al perderlo queda la sensación de vacío. De la misma forma, en base a lo establecido por Freud podríamos referirnos a la libido como “las ganas de vivir” (p. 27). Por consiguiente, una vez que se pierde el objeto libidinal, no quedan más ganas de vivir. Lo cual sucede con el adulto mayor que no ha atravesado su duelo que torna en melancolía; y a partir de esta distinción, se identifica como una manifestación depresiva.

Dicho esto, tanto en el duelo como en la melancolía, se alude a un dolor por la pérdida. Este sentimiento dentro de la vida del adulto mayor, además de dirigirse a la pérdida de un ser querido, está relacionado a la disminución de la capacidad física y otras habilidades del cuerpo que se han ido desvaneciendo junto a la aparición de envejecimiento. Estas pérdidas además de representar una herida narcisista en el adulto mayor, significan un recordatorio de la muerte próxima, tanto de pares como la suya propia.

Sin embargo, la diferencia crucial entre duelo y melancolía es que el duelo tiene la facultad de finalizar. En el mejor de los casos, este proceso pasa a la fase de aceptación y termina. No obstante, la melancolía cae en la rumiación inminente de

este duelo sin culminar y permanece en un estado sempiterno. Es por ello que, se busca una salida al duelo en el adulto mayor al proponer la producción de nuevos significantes. El objetivo de la elaboración de significantes es evitar la caída del adulto mayor en la melancolía patológica; la cual se clasifica como una manifestación depresiva de tristeza profunda.

Significado y subjetivación de la pérdida

En el siguiente punto se resalta que, el significado de la pérdida va más allá de la castración, porque va a tratar una experiencia que está en el orden de lo femenino. Dicho de otra manera, es algo que escapa de uno, donde no hay ningún significante. Sin embargo, va a estar lejos de mortificar al sujeto y vivifica la pulsión. Asimismo, esta particularidad varía según la subjetividad de cada sujeto. Por esta razón amerita analizar este aspecto de la pérdida, donde el significado resulta determinante para subjetivación de la misma y sus vertientes. Se entiende que a partir de la pérdida se desprenden dos ramas, la del duelo y la melancolía. El duelo es el reconocimiento de la pérdida de un objeto amado, en el cual se pueden elaborar respuestas para poder atravesarlo. En cambio, la melancolía radica en el desconocimiento del objeto y el perpetuo rumiar del duelo, lo cual imposibilita su atravesamiento.

Según León (2011) la pérdida anticipa al sujeto del nuevo trayecto que se realiza hacia la castración (p. 71). De la misma forma, Freud remarca en “Duelo y Melancolía” (1917) con respecto a la melancolía, que el sujeto no sabe qué es lo que se pierde. Por ende, así es como se imposibilita el duelo. Es por esta particularidad que se considera a la melancolía como un duelo imposible de atravesar; muestra el lado de “lo irreductible de la alteridad del otro” (León, 2011, p. 71). Por otra parte, el duelo permite un espacio en el que se puede comprender la posibilidad de “anudar pulsión de muerte con pulsión de vida” (p. 71). Esto es lo que se suele ver como una gran tristeza en los adultos mayores y tristeza profunda dentro de las manifestaciones depresivas.

Asimismo, existe la idea que el duelo deja un “saldo”, dentro del orden de la aceptación de la pérdida. La pérdida como experiencia radical que genera un

trauma, implica un valor agregado como se mencionó previamente. A este valor se lo etiqueta dentro de lo que se considera: “una experiencia en el orden de lo femenino” (León, 2011 p. 72). Es decir, cuenta como algo que se escapa a la totalidad; sin embargo, está imposibilitado de ser reducido a ningún significante, ni pertenece a algún saber.

Continuando con este punto, paradójicamente se dice que, lo femenino vivifica al sujeto. Igualmente, la muerte y la pérdida al poseer carácter del orden de lo femenino, de lo Otro, implican que en dicha pérdida no hay una referencia. Dicho en otras palabras, remite a la nada, y por ende a lo traumático. Es decir, es un real que no puede ser nombrado, representa una ruptura en la continuidad del tiempo para el sujeto y herida narcisista como tal; donde se escapa a cualquier tipo de significación conocida previamente en la vida y se diluye ante la tentativa de ser abordado. En el caso de los adultos mayores, es necesario que se dé una reconstrucción a partir del real, permitiendo que a partir de lo simbólico se generen recursos para que se tramite el duelo y dar con nuevas respuestas. Las cuales se elaboran en base al atravesamiento del duelo y en función de las nuevas concepciones dadas para sí mismo.

Vivir con consciencia de la propia muerte

En este punto se establece que, al llegar a la adultez mayor, se alcanza el punto más cercano a la muerte dentro del ciclo de vida. Es por ello que, al acercarse a esta etapa de la vida, ocurre una **herida narcisista** como describe Pecznik en su libro “El Sujeto ante su Muerte” (2003), de este trabajo se toma referencia para los conceptos de análisis en el adulto mayor. El cual establece que, “la noción de muerte remite a una experiencia de la que no es posible tener relato. [...] pertenece al registro de lo innombrable y representa una de las heridas narcisistas más importantes” (p. 44). También, dentro de este texto, él resalta que a la mayoría de pacientes les preocupa el sufrimiento que conlleva la enfermedad y tener conocimiento de la muerte como consecuencia de esta. No obstante, Pecznik ofrece alternativas a la solución, como el hecho de aceptar la incertidumbre ya que a todos les llegará la muerte, para ello él propone el concepto de **buena muerte**. Esta propuesta del autor, es considerada “un proceso de cuidado activo, donde se

alivia el dolor y síntomas angustiantes, se integran aspectos físicos, psicológicos y espirituales del paciente” (2012, p. 46). De esta forma, el paciente no solo se encuentra sumido en un trabajo donde se busca mantener su salud física, sino que su bienestar psicológico también es tomado en cuenta.

Siguiendo con este punto, se expone que el paciente por morir se coloca en una posición de incertidumbre, es decir, no sabe dónde colocarse. Esto se debe a que, por más apoyado que se encuentre por su familia, la persona se encuentra aislada en su enfermedad, sumida en el detenimiento de sus proyectos, caída de actividades cotidianas y el hecho de cargar con un cuerpo que ya no siente como suyo (2012, p.51). Este factor se alinea directamente con el caso de los adultos mayores, cuando hablan en forma de clave. Es como que ellos se están despidiendo, posiblemente inconscientemente, pero si se tiene un poco de afinidad al recibir el mensaje de los adultos mayores; se logra comprender una despedida inminente.

Pecznik busca realizar un tipo de acompañamiento para la persona **muriente**, para evitar el aislamiento del paciente; entre otros mecanismos de defensa. El autor resalta el fenómeno donde los familiares de los pacientes conducen de manera inconsciente al aislamiento del paciente. Ellos a pesar de tener buenas intenciones ocultan el tema de su muerte próxima, ni se toman en cuenta las emociones del paciente por lo que se produce este fenómeno. Así es como se enmudece la necesidad del paciente por expresar su malestar y vivirlo de manera consciente. Este fenómeno se evidencia cuando el paciente no manifiesta sus emociones y angustias con tal de no preocupar a sus familiares; se le niega expresar su malestar.

Así es como este fenómeno se encuentra latente en la vida de las personas pertenecientes a este grupo etario que, viven de manera independiente, con el fin de no molestar a sus allegados y en lugar de ser incluidos en el círculo familiar son aislados y alejados de sus seres queridos. De la misma forma ocurre con otros adultos mayores que, a pesar de vivir con sus familiares sufren de este mismo fenómeno. Esto se debe a la carga laboral de sus hijos y otras características propias de la época actual, ellos se ven ignorados por sus familiares, sus necesidades no son escuchadas, su círculo se reduce y se lo conduce al aislamiento,

no solo dentro de su cuerpo sino psicológica y socialmente; lo cual puede propiciar otras manifestaciones depresivas.

Por todo esto, es imperante preservar las investiduras apasionadas (libidinales) hasta la etapa final de vida; por su carácter vivificante sin dejarse caer en la pulsión de muerte. De esta forma se evita, en palabras de Péruchon y Thomé-Renault (1995), “la invasión de la angustia y caída en depresión por estancamiento libidinal” (p. 82). Asimismo, se debe distinguir la investidura apasionada de lo pasional, debido que el silencio puede ser una pulsión de muerte inminente, mientras que la investidura apasionada apunta a la autoconservación y eso es lo que se intenta prevalecer mientras sea posible. A causa de ello se elabora un “trabajo psíquico del duelo hecho de rememoración, evocaciones y repeticiones” (p. 95), a partir de la investidura de los recuerdos.

Partiendo de todas estas teorías y propuestas, las cuales aportaron a la construcción de las manifestaciones depresivas, se han encontrado diferentes tipos de situaciones y características que contribuyen a muchos aspectos analizados. Entre ellos, las situaciones de estrés que padece el adulto mayor en cuanto llega a esta etapa de la vida; diferenciándose de otros momentos de la vida. También, ocurre con las contingencias del aislamiento, tanto psicológico como social. En cuanto al aspecto orgánico, la incidencia de las enfermedades que aparecen en la adultez mayor se ven reflejados como un gran indicador de estas manifestaciones. Respecto al vínculo y entorno social, constan la jubilación y el cese de actividades sociales. Con las experiencias de duelo en el entorno familiar y social del adulto mayor, se pudo explorar sobre la diferencia entre pérdida y falta. Recogiendo lo más importante, todos estos factores van acompañados por el sentimiento de abandono, soledad y duelo de uno mismo que se fue elaborando a lo largo del proyecto. Finalmente, se trabajó con la propuesta de Pecznik sobre el hecho de vivir con consciencia de la propia muerte, aplicado en el adulto mayor y el cambio e incidencia que tendría en las actividades de la vida diaria.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE CASOS: PRESENCIA DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS E INCIDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Siguiendo con lo elaborado a lo largo de esta investigación, vale decir que en la adultez mayor el sujeto se enfrenta ante varios sucesos que lo llevan a sentir tristeza y la sensación de haber perdido algo. Esto se debe, potencialmente, a la falta de movilidad de alguna parte del cuerpo, la pérdida de sus trabajos como consecuencia de la jubilación, situaciones de estrés y las pérdidas significativas, ya sean de un familiar, amigos o pareja. En los casos analizados a continuación, se indica cuáles son estas faltas o pérdidas y las manifestaciones depresivas que han presentado los sujetos de estudio. Vale decir que, todos los casos presentados son de mujeres pertenecientes al grupo etario de la adultez mayor. La primera paciente es una señora que padece de problemas al caminar debido a un accidente, perdió a dos hijos y se separó de su esposo. El segundo caso, es de una mujer diagnosticada con depresión, acompañada por sucesos desafortunados en su vida. El tercer caso trata sobre una mujer que perdió a un hijo en un accidente de avión.

A lo largo de este proyecto se han conceptualizado a las **manifestaciones depresivas** como la expresión o aparición de síntomas pertenecientes a un malestar que ha sido reprimido. El cual, se encuentra imposibilitado de mantenerse velado por otras funciones psíquicas. Además, se presentan con características de tristeza profunda, aislamiento, falta de interés en la vida y demás actividades de la vida diaria. Vale destacar que las manifestaciones depresivas aparecen bajo las siguientes modalidades: expresión de llanto, cambios de humor con tono de tristeza, tendencia por alejarse del entorno social, situaciones de estrés, detenimiento de actividades, cansancio desmedido y falta de vitalidad.

A continuación, el **caso de la paciente 1**, una mujer con 89 años de edad, ha vivido una experiencia matrimonial traumática. Se casó a los 15 años y nunca tuvo conocimiento previo de la vida en pareja; generando un **conflicto en ella con respecto a la sexualidad** y la convivencia en el matrimonio. La paciente tuvo una infidelidad por parte de su esposo, la cual inicialmente no creyó. Esta infidelidad

fue un gran dolor para ella y representa una **herida narcisista hacia su yo**. Kohut (1980) (citado por Pecznik, 2012) explica que, la persona a la cual se le ha provocado este tipo de heridas, “no descansa hasta haber eliminado a un ofensor vagamente experimentado que se atrevió a oponérsele, a estar en desacuerdo con él o a superarlo” (p. 68). Es decir, la paciente vivió su matrimonio como una experiencia traumática, seguido por el trauma de la infidelidad y abuso intrafamiliar. A los seis meses de embarazo la paciente pierde un hijo. Ella toma esta pérdida como algo bueno porque comenta <<ahora es un angelito que tengo en el cielo>>.

La paciente recuerda que, ante la **infidelidad de su esposo**, su respuesta fue demorada, probablemente porque para generar una respuesta ante el trauma el sujeto pasa por un proceso de reconstrucción subjetiva, lo cual se da bajo tiempos lógicos. Sin embargo, ella recuerda haberle dicho firmemente la siguiente frase al momento de su decisión: <<los espejos que tengo en mi casa no soportan las mentiras y engaños>>, esto aparece como **respuesta ante el evento traumático** de su traición. Cabe recalcar que, cada vez que la paciente tocaba el tema de la infidelidad y su esposo, ella expresaba mucho resentimiento y se colocaba en una posición de sufrimiento.

Finalmente, decide separarse de su esposo a los 45 años. No obstante, como condición nunca se divorcian; ya que, en caso contrario, su esposo se negaría a pagar la manutención de los 7 hijos que tuvieron juntos. A lo largo de la vida, ella ha recibido mucho afecto por parte de sus hijos y la admiración de sus hijas. Sin embargo, la paciente comenta: <<mis hijas dicen que soy fuerte, pero igual sufro>>, refiriéndose a que mantiene un conflicto interno; relacionado a la infidelidad de su esposo y la vida después de la separación de su matrimonio bajo la condición de nunca divorciarse; es decir, además de mantener el vínculo parental, este nexos resuena como un recordatorio constante de su matrimonio traumático.

Recientemente, en la fiesta de un bisnieto suyo, la paciente sufre un accidente en una zanja donde ella cae y se lastima una de sus piernas. A raíz de este accidente, la paciente pierde la movilidad de su pierna; tampoco puede subir ni bajar

escaleras porque le causa mucho dolor. Consecuentemente, las manifestaciones depresivas que la paciente ha presentado se relacionan con la inacción y dolor de su pierna, lo cual le impide trasladarse de un lugar a otro y limita su andar. Esto se expone a través de la queja constante sobre su dolencia, al decir: <<quiero salir sin depender de nadie, quiero poder movilizarme sola>>. Este malestar físico le impide insertarse en las actividades del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio De La Torre Martillo y como consecuencia le imposibilita crear lazo social.

Así, se puede decir que la incidencia que este malestar ha producido en sus actividades de la vida diaria son: la pérdida de movilidad, dificultad al caminar y limitación de su inserción social. Esto se reitera a través de lo dicho por la autora Ileana Velázquez (2017) “es común que llegue a paralizarse y caer en el aislamiento, que renuncie a su condición deseante” (p.25). Si bien es cierto, al llegar a la adultez mayor, la persona es aquejada por muchos dolores, los cuales conlleva el envejecimiento. Así pues, el dolor de la pierna de esta paciente fue provocado por una contingencia, este se coloca como un evento traumático que afecta además de su movilidad y traslado, también a su psiquis en cuanto a la formación de vínculos.

Por el mismo tiempo, una de sus hijas cae enferma. A causa de ello, recurre al Hospital del Seguro en busca de una respuesta ante lo que aqueja a su hija; la cual permanecía incierta. La paciente, al ver que su hija no presentaba mejora alguna, la llevó a consulta privada; es así, como descubren que su hija tenía un tumor en el colon. La paciente expresaba su angustia frente al diagnóstico y la incertidumbre de encontrar o no una cura: <<pensé que iba a enterrar a mi hija>>. Antes de conocer el diagnóstico de su hija, ella sufría mucho, porque presenciaba cómo su hija se quejaba de dolor y sentía mucha impotencia al respecto. Cabe recalcar que, cuando las dos estaban juntas, la acción de comer, le provocaba mucho dolor en el estómago a su hija. Es por este motivo que la paciente evitaba alimentarse frente a ella. Después de haber llegado al diagnóstico, la paciente se muestra muy contenta y aliviada, <<pero el milagro me da más ganas de vivir>>, dada la mejoría de su hija. La paciente expresa su gratitud a través de la fe y su acompañamiento

constante: <<Dios me dio fuerza para tolerar todo, yo necesito vivir para cuidar a mi familia>>.

Hace cinco años, falleció uno de sus hijos, lo cual significó una gran pérdida para la paciente debido a que dice <<fue muy fuerte saber cómo murió mi hijo>>. Cada vez que la paciente tocaba el tema del fallecimiento de su hijo, expresaba tristeza profunda, con expresiones de llanto que manifestaban su duelo y sufrimiento. Su hijo falleció de manera repentina en un accidente de tránsito, al salir de un cierre de campaña del exalcalde Jaime Nebot; perteneciente al partido político que construyó el gerontológico donde ella asiste. Vale decir que, la paciente tiene una mala acogida con respecto a las instituciones gubernamentales, por ejemplo: el Hospital del IESS; debido al déficit en cuanto a la asistencia médica que recibió su hija. No obstante, ella se encuentra agradecida con respecto a la asistencia recibida por las instituciones municipales. Recapitulando, frente a esta pérdida se repite en su discurso lo que concierne a su fortaleza y su sufrimiento respecto a otro objeto amado. En esta ocasión, alrededor de la muerte de su hijo. También se pudo encontrar que sus pérdidas más grandes giran en torno a la infidelidad de su esposo y la muerte de su hijo. Simultáneamente, las manifestaciones depresivas que ella presenta son ante su pierna como objeto perdido.

El siguiente **caso, paciente 2**, se trata de una señora con 65 años de edad, quien dice haber tenido una vida <<desorganizada y sin identidad>>; a causa de nunca haber llegado a conocimiento de la fecha de su nacimiento y la carencia del apellido de su padre. La paciente se presenta con un diagnóstico de depresión, ella señala que se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico. Si bien es cierto, ella misma se etiqueta como <<depresiva>> y comenta que ha tenido episodios donde se siente <<muy triste>>; de forma que da a entender que ella está encasillada dentro de este diagnóstico.

La paciente, también, padece de enfermedades y problemas en la columna, síntomas de su malestar; lo que se constituye en una molestia para ella, debido a que no puede brindarle el cuidado necesario a su madre. Inicialmente estas dolencias fueron consideradas propias de la edad. Pero, a medida que se dio la terapia psicológica, en el discurso de la paciente se fue revelando que este malestar

en el cuerpo es de índole subjetivo. La paciente relata que, en el mes de diciembre le sucede esto con mayor frecuencia e intensidad. Esto se debe a que, durante ese mes se supone que da la fecha de su cumpleaños. Rozitchner (2012) lo asevera al decir: “no es el trauma original el que tiene importancia, sino la reformulación que lo resignifica, retomando el hilo de la situación traumática inicial” (p. 205).

El conflicto respecto a su identidad empieza, cuando conoce a su padre biológico; a los 12 años. Este fue un vuelco en su vida, ya que la paciente posee el apellido de su padre de crianza, es decir el padre biológico de su hermana menor y ante este evento su respuesta fue que <<su vida ha sido una mentira>>. Su relación con la madre ha tendido mucho al estrago, desde pequeña su madre la llevaba a fiestas con hombres mayores; tampoco le brindaba los cuidados debidos para una niña y era constantemente negligente; a tal punto, que la paciente no conoce su verdadera fecha de nacimiento.

Consecuentemente, la paciente ha desarrollado a largo de su vida, una relación de dependencia con su madre, hasta la actualidad. El estrago materno se explica desde la mirada de Tendlarz (2014) como un “arrasamiento de la constitución subjetiva” (p.38). Es decir, donde la madre se posiciona como un Otro fuera del alcance del trueque fálico y la ley simbólica, el niño queda como objeto único; en respuesta a ser el fetiche materno. Este conflicto de madre-hija ha sido significativo en cuanto a la formación de un vínculo social en la vida de la paciente. De forma que, ha afectado tanto sus relaciones afectivas, así como sociales.

La señora considera que su primer episodio de depresión ocurrió cuando descubrió la infidelidad de su primer esposo (padre de su hija). Luego, con el objetivo de escapar de esta relación de estrago materno, la paciente decidió casarse con <<el primer hombre que ella encontrase>>, un compañero suyo del trabajo. El cual terminó en un matrimonio fallido, ya que no lo amaba realmente. Después de 3 años y tener otro hijo se divorciaron.

Años más tarde, le diagnosticaron cáncer uterino, y el órgano tuvo que ser extirpado. Para ella, este fue un evento traumático ya que, al quitarle su útero, <<no se siente una mujer completa>>. Esto nos remite a la completud de ella

relacionada a la maternidad, una que su madre no le pudo ofrecer. Este era el aspecto con el que ella se sostenía y se podía identificar como mujer; para crear una imagen para sí misma. Al ocurrir este evento, la organización del yo no volvió a construirse porque ella pensaba que había perdido su identidad de mujer. Simultáneamente, los cambios subjetivos que conlleva la transición a la adultez mayor, se fueron sumando a esta nueva reestructuración del yo como un real. Dicho en palabras de Miquel Bassols:

“Cuanto más presente se hace la feminidad fálica, la feminidad fálica que tiene una representación, cuanto más se intenta representar algo de esta feminidad del lado fálico más se intuye, [...] más se supone algo no representable, sin frontera, sin reciprocidad posible, de lo femenino” (2017, p.43).

En cuanto a su función como abuela, la paciente siente que ha fallado, porque su nieta también ha sido diagnosticada con depresión. La señora considera que <<le heredó la depresión a su nieta>> y por eso el sentimiento de culpa la aqueja tanto. “La función reparadora, la persona mayor tiene la posibilidad de compensar, con el nieto o la nieta, aspectos que no fueron bien desarrollados con sus propios hijos” (Undurraga, 2012 p.10). Esta función representa un momento de gratificación en cuanto al vínculo familiar, pero aparece conflictuada por los sentimientos de culpa al dejar como legado <<esta enfermedad>>. Así también, la paciente se ve acompañada por una cualidad a la que tampoco se puede identificar ya que la función de abuelidad se ha visto afectada; causando malestar en el yo; el cual reincide en que <<su vida es una mentira>>.

Las manifestaciones depresivas que la paciente ha mostrado tienen que ver con el sentirse utilizada por los demás, sobre todo en el entorno familiar y social. La palabra “utilizar” fue designada por la paciente, desde el momento que percibió de esta forma el trato de su madre hacia ella. A partir de ese momento, ella se cataloga como <<utilizada>> por las personas con las que ha formado algún vínculo, desde sus hijos hasta sus amistades del centro gerontológico. Según la paciente, su hijo la <<utilizó>> económicamente cuando él perdió su trabajo. La paciente relata que su

hijo la visitaba diariamente. Sin embargo, al encontrar un nuevo trabajo, su hijo se vio con un tiempo limitado y las visitas dejaron de ser tan frecuentes.

En otra instancia, la amistad con una integrante del centro gerontológico se rompió, porque se sintió <<utilizada>> cuando esta persona empezó una amistad con otra asistente más del centro. En cuanto a la respuesta frente al desencuentro con respecto a las amistades o relación de pares en el gerontológico, la autora Velázquez (2017) establece que “para sostener la defensa ante su propia vejez hacen surgir todo tipo de respuestas racionalizadas” (p.48). Entonces, si la paciente hace uso de este mecanismo de defensa al racionalizar <<sentirse utilizada>> en cuanto a la relación de pares; da lugar al hecho de su imposibilidad de identificarse con la adultez mayor ya que esto le representa un real. Esto se debe a la falla en la reestructuración de su yo en cuanto a los significantes que conlleva la adultez mayor.

De la misma forma, la relación de dependencia de la paciente con su madre ha causado malestar en su círculo social dentro del gerontológico; ya que, al haber sido invitada a varias reuniones, pidió invitar a su madre, pero se le fue negado. Por este motivo, la paciente dejó de vincularse con este grupo. A la paciente se le ha preguntado si ha considerado alguna vez ingresar a su madre en una casa hogar, para esto su respuesta fue <<nunca le haría algo así a mi madre, no podría vivir sin ella>>, lo cual genera preguntas sobre su subjetividad ante la inminente muerte de su madre. La relación de estrago con la madre, ha dado como resultado una serie de operaciones psicológicas fallidas; al verse colocada frente a varios sucesos que la han conducido a significantes vacíos, los cuales la remiten a su identificación primaria: ser hija. Vale decir que, dentro de la subjetividad de la paciente, lo único certero en su vida es su madre.

Todos estos acontecimientos han incidido en las actividades de la vida diaria de la paciente, ya que aquellas que se han visto comprometidas, están relacionadas, en su entorno social. A partir del malestar de la paciente en cuanto a la relación con su madre, se ha visto afectada la vinculación con otras personas del gerontológico; generando un aislamiento. Sus enfermedades y el dolor de columna que ella padece, están enlazadas a su conflicto con su identidad, ella dice que su vida es una

mentira, porque estos malestares son más frecuentes en el mes de diciembre que ella dice que es su cumpleaños. Su fecha de nacimiento no es la verdadera porque su madre no se acuerda que día nació su hija. Este hecho hace que ella se sienta mal porque piensa que su identidad es falsa.

Finalmente, del discurso de la paciente se pudo inferir un gran malestar en cuanto a la pérdida de identidad, motivo por el cual ella dice que <<su vida ha sido una mentira>>. Asimismo, la pérdida del útero, ya que, sin ese órgano en su cuerpo, ella ya <<no se siente mujer, porque está incompleta>>. Es por este motivo que ya no se siente <<una mujer completa>> desde su operación. La imagen que la sostenía era la de ser madre, sus significantes se perdieron y no ha encontrado otro más que el de hija.

Asimismo, ocurre con su función sabotada como abuela, ella no lo ve como algo positivo ya que la única herencia que le ha dejado a su nieta es la depresión. De lo visto en este caso se puede decir que, la culpa está relacionada con “la no aceptación de las pérdida de las funciones” (Pecznik, 2012, p.76). Es decir, al expresar que <<le heredó>> la enfermedad a su nieta, se muestra decepcionada de su función como abuela, resonando en su función como mujer que ya no se encuentra completa. Es por ello que volvió a la relación de estrago con la madre. La cual no le permite formar lazo social ya que no tiene una identificación para referirse a sí misma ante otro. En este caso le ha afectado significativamente en su relación con pares. Su aislamiento gira en torno al sentimiento de sentirse utilizada, ella manifiesta que <<se siente sola>>, también menciona que <<las personas se le acercan para utilizarla y que realmente no quieren compartir>> con ella.

La paciente 3, es una señora con 87 años de edad, comenta que tuvo una operación en las rodillas a causa de su artrosis, a partir de esa operación ella tiene limitaciones al caminar. Se presenta con una enfermedad del sistema nervioso llamada Neuralgia del Trigémino, la cual le afecta el lado izquierdo inferior del rostro manteniéndola inmóvil, el dolor es tan intenso que no le permitía realizar cualquier actividad. Ella comenta que <<su familia no comprende su dolor>>. Hace 3 años su hijo muere en un accidente de avión; tras este evento ella añade:

<<después de la muerte de mi hijo, más personas murieron y por eso tengo esta enfermedad>>. Lo que hace ella es darle una respuesta del por qué le dio esa enfermedad, ya que el médico no le pudo decir la causa exacta.

Ante la muerte de su hijo ella se queda al cuidado del perro de él. Para ella el perro es su compañía desde que su hijo falleció, sobretodo en la casa, porque hace que no se sienta sola ahí. A la paciente le afectó bastante la muerte de su hijo porque sus actividades diarias cambiaron ante este hecho; dejando de lado aquellas que antes realizaba por otras. Las manifestaciones depresivas que presenta ella están relacionada al cambio de actividades. Desde que falleció su hijo, cada mes que es el día que él falleció, va a la iglesia y al cementerio a rezar por su hijo. Resaltando que la paciente se sostiene en su fe. En palabras de Péruchon y Thomé-Renault, “la fantasmática del final de la vida, aparece como un antídoto a la angustia de la muerte, como un esquema ligante de puesta en sentido que hace más aceptable el fin” (1995, p. 93).

De la misma forma, se considera que hubo otras manifestaciones depresivas ante este hecho traumático, la paciente se veía impedida para bailar, dice <<que no siente ganas de hacerlo>> y con su vestimenta sucedió lo mismo <<que no puede utilizar ropa de color porque se siente incómoda utilizándolo>>. Mostrando de esta forma que todavía no ha podido atravesar el duelo de su hijo. A lo largo del discurso de la paciente se pudo encontrar que el malestar radica en la pérdida no solo de sus seres queridos sino de su habilidad para poder expresarse plenamente sin sentir dolor. Se puede percibir que el dolor del duelo por la muerte de su hijo y las otras que le siguieron, le afectan físicamente. De tal forma que, han generado este malestar a través de la enfermedad del sistema nervioso. La paciente también expresa su duelo a través de su forma de vestir y su imposibilidad para bailar; aspectos que son considerados como manifestaciones depresivas dentro del caso. De esto, se puede percibir cómo estos hechos le han afectado en actividades de la vida diaria, desde el cambio de dichas actividades hasta su vestimenta, así como el malestar físico que padece y le impide vincularse por el dolor que le causa al hablar.

METODOLOGÍA

Método principal

El método utilizado en la investigación es el estudio de casos. Según Yin (1989),

Se considera que este método es apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, él opina que la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos: examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real, las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes, se utilizan múltiples fuentes de datos, y, puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos. (p.23)

De esta forma, se toma este método para analizar cómo se articulan los conceptos psicoanalíticos, los cuales se asume que tienen relación con los casos presentados a modo de entrevistas semi-estructuradas realizadas a los adultos mayores inscritos en el *Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo*, y los indicios de las manifestaciones depresivas que revelan a través de dichas entrevistas.

Método secundario

Debido a que la investigación realizada pertenece al enfoque cualitativo. El método secundario más adecuado a implementar será el descriptivo, cuyo objetivo “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández-Sampieri, 2017, p. 92). Es por estas características, de trabajo con grupos o poblaciones, y de especificar las propiedades del fenómeno que se acerca más al modelo de trabajo intencional.

Según Hernández-Sampieri (2017), este método propone definir un evento o fenómeno, asimismo, cómo se espera definir las manifestaciones depresivas en los adultos mayores y las actividades que ellos realizan en la vida cotidiana. “Definen y describen un evento, fenómeno, hecho, programa, proceso, o caso (individuo, objeto, organización, comunidad, etcétera)” (p. 66). De la misma forma, se enfoca

en el trabajo con comunidades e individuos, y el estudio de casos, por lo que resulta apropiado para la investigación.

Así como se empleará el método descriptivo, también se hará uso de la exégesis. Este método comprende de una revisión bibliográfica de conceptos estudiados a lo largo de la carrera. A través de ellos, se podrá elaborar la articulación entre los conceptos de la clínica psicoanalítica junto con el estudio de casos, basado en la clínica con orientación analítica. Asimismo, sirve como pilar de la investigación, en cuanto al marco teórico, ya que provee de conceptos y términos que funcionan como fuente y sirven para la articulación de conceptos.

En todas las áreas de conocimiento, las fuentes primarias más utilizadas para elaborar marcos teóricos son libros, artículos de revistas científicas y ponencias o trabajos presentados en congresos, simposios y eventos similares, [...], porque estas fuentes son las que sistematizan en mayor medida la información; generalmente profundizan más en el tema que desarrollan y son altamente especializadas. Además de que puede accederse a ellas vía internet. (Hernández-Sampieri, 2017, p. 57)

Finalmente, lo que se trata de decir, es que se parte de las entrevistas realizadas a un grupo seleccionado de adultos mayores del *Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo*, con el fin de identificar las manifestaciones depresivas que ellos presentan en su vida diaria, dentro de cada caso y sus diferentes modalidades. Luego, junto con la matriz de conceptos se articula la relación entre la conceptualización elaborada de manifestaciones depresivas y actividades diarias que ellos realizan. Finalmente, de esta correlación nacería de la descripción y definición de ambos estudios investigados.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1.

Análisis de las entrevistas realizadas con tres pacientes adulto mayores, en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Situación actual de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • "Quiero salir sin depender de nadie" • "Quiero poder movilizarme sola" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Mi vida es una mentira" • "No sé cuál es el motivo de mi depresión" • "Están conmigo porque necesitan de algo" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Algo hice para tener ese dolor" • "No puedo ponerme ropa de color" • "Yo sigo porque estoy viva, pero igual duele"
Relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> • "El espejo que tengo en mi casa no soportan las mentiras y engaños" • "Zapatero a tu zapato" (cada quien aguanta lo que es de uno) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Con el primer hombre que se me cruce me caso" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Yo los vi morir" • "Igual me casé"
<i>Esposo</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hijos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • "Mis hijas dicen que soy fuerte pero igual sufro" • "Pensé que iba a enterrar a mi hija, pero el milagro me da más ganas de vivir" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Me siento utilizada. Mis hijos solo me buscan cuando necesitan algo" • "Siento que soy la 	<ul style="list-style-type: none"> • "Todo el mundo lo sabía menos yo" • "Me gusta hacer las cosas solas" • "Tengo todo"

	<ul style="list-style-type: none"> • "Como tú eres ahora con tu novio, yo era así con tu padre. Él era todo para mí" 	<p>culpable de pasar la depresión a mi nieta"</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Fui estricta y controladora con mis hijos" • "Mis hijos me visitan poco" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Ya puedo regalar la ropa de mi hijo" • "Parece que tengo miedo de viajar; creo que es por cómo murió mi hijo" • "Siempre he dicho que los hijos son los que llevan a la madre al cementerio; pero en mi caso fue al revés" • "La vida da vueltas" • "Mis hijos que están vivos suplen el hijo que murió" • "Siempre me da tiempo la vida" • "Yo vivo por mi familia" • "La muerte lo tenemos seguro" • "Hay que saber vivir la vida" • "La vida es así" • "Uno nace para morir" • "Lo más seguro es la muerte" • "No me gusta hacer nada"
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Padres</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • "Ahora me toca cuidar de mi mamá" • "No me puedo separar de mi mamá" • "No podría dejarla en un centro geriátrico, no podría abandonarla" 	

		<ul style="list-style-type: none"> • “Duermo con mi mamá para que no le pase nada” 	
Relaciones sociales		<ul style="list-style-type: none"> • "Trato de dar una amistad de verdad" 	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Amigos</i> 			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Integrantes del gerontológico</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • "Me preocupo de los demás; me hago responsable" 	<ul style="list-style-type: none"> • "No me gusta molestar a la gente" • "No me gusta faltar al gerontológico"
Eventos significativos	<ul style="list-style-type: none"> • "Dios me dio fuerza para tolerar todo, yo necesito vivir para cuidar a mi familia" • "Soy bien valiente" 	<ul style="list-style-type: none"> • "No soy una mujer completa" • "Mi vida es un invento" • "Todo pasa porque Dios quiere" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Ya no puedo bailar" • "He enterrado a todos y yo sigo viva"

Elaborada por: las autoras.

Iniciando el análisis de la **tabla 1**, con el fin de recopilar e identificar las manifestaciones depresivas dentro del discurso de los pacientes entrevistados, se encontró una serie de aspectos significativos. La **relación familiar** es el primer indicador con mayores elementos referentes a manifestaciones depresivas. Aquí se evidencia la relevancia del entorno familiar de cada sujeto de estudio. Esto se debe a que, la mayoría de sucesos relevantes de las personas entrevistadas, giraron alrededor de su núcleo familiar; es decir, desde sus padres, pareja e hijos. A partir de ello, se observaron varios elementos significativos, los cuales están relacionados con la situación actual, eventos y actividades de la **vida cotidiana** de cada paciente.

La paciente del **caso 1** expresa su **malestar actual**: <<quiero salir sin depender de nadie>>. De esta forma, manifiesta su deseo por ser independiente, a pesar de su problema en la pierna tras el accidente en la zanja. Este malestar remite al cuerpo y su identificación como una persona independiente, que puede desplazarse de un lugar a otro; sin necesidad de ayuda de los demás. En cuanto a la **relación con su esposo**, comenta sobre un conflicto relacionado a su infidelidad. Esta fue su respuesta al momento de aceptar la traición y tomar la decisión de separarse: <<el espejo que tengo en mi casa no soportan las mentiras y engaños>>. Sin embargo, sus afectos se encuentran en conflicto, debido a que sigue casada con él por condición.

Sobre la **relación con sus hijos** mencionó lo siguiente: <<pensé que iba a enterrar a mi hija, pero el milagro me da más ganas de vivir>>. En su discurso se ve reflejado un gran afecto, que se ve conflictuado por la presencia de enfermedades y encuentros cercanos con la muerte, los cuales puede ser asimilados como un real para la paciente y han incidido en su conducta alimenticia. De igual forma, ocurre con su opinión respecto a las relaciones amorosas de sus hijos, las cuales le remiten a la que ella tuvo con

su esposo, lo cual le genera malestar: <<como tú eres ahora con tu novio, yo era así con tu padre. Él era todo para mí>>. Finalmente, al referirse sobre los **eventos significativos** en su vida **la paciente 1** expresó: <<Dios me dio fuerza para tolerar todo, yo necesito vivir para cuidar a mi familia>>.

En el **caso 2**, la paciente manifestó su **malestar actual** a través de frases como: <<mi vida es una mentira>>, al referirse sobre el desconocimiento de su identidad, su padre biológico y cómo todo lo que ella conoce ha sido un engaño; colocando su identificación como persona en una posición de conflicto. También, su malestar gira alrededor de sentirse “utilizada”, como ella lo ha catalogado. Así pues, ella reclama que las personas la utilizan porque <<están conmigo porque necesitan de algo>>.

Sobre la **relación con su esposo** expresó lo siguiente: <<con el primer hombre que se me cruce me caso>>, esto remite a una salida, que **la paciente 2** encontró para escapar de su relación de estrago con la madre, la cual se verá a continuación. En cuanto a la **relación con su madre**, la paciente expresó lo siguiente: <<no podría dejarla en un centro geriátrico, no podría abandonarla>> y <<duermo con mi mamá para que no le pase nada>>. Esta relación de dependencia con la madre le ha generado muchos conflictos con respecto a la formación de lazo social con amigos e integrantes del gerontológico.

En cuanto a la **relación con sus hijos**, la **paciente 2** relata que sus hijos sólo están presentes cuando necesitan algo de ella y por esta razón se siente “utilizada”, lo cual comenta claramente en la siguiente frase: << Me siento utilizada. Mis hijos solo me buscan cuando necesitan algo>>. Esta etiqueta “utilizada”, se extiende a lo largo del caso como su significante, al cual siempre se remite. Sin embargo, ella racionaliza el motivo de las visitas de sus hijos con esta frase <<fui estricta y controladora con mis hijos>>, en

esta frase se percibe un tinte de culpabilidad y tristeza. La **paciente 2** tiene una nieta con depresión, la cual ha despertado su sentimiento de culpa, ya que la paciente siente que no puede cumplir con su rol de abuela por haberle <<heredado depresión a mi nieta>>. De esta forma la función de abuelidad se ve truncada por etiquetas y sentimientos de culpa, <<siento que soy la culpable de pasar la depresión a mi nieta>>.

De igual forma, al tratar sobre las **relaciones sociales**, la **paciente 2** expresa: <<trato de dar una amistad de verdad>>, ya que nuevamente se siente utilizada por los demás. Su queja remite a que nadie le es capaz de brindar amistad porque solo quieren algo de ella. Lo mismo ocurre, refiriéndose a los **integrantes de gerontológico**, ella responde lo siguiente: <<me preocupo de los demás; me hago responsable>>, lo cual ella toma como un abuso por parte de los demás. Actualmente, la **paciente 2** ya no tiene deseo de formar vínculo con los integrantes de gerontológico porque no le permitieron invitar a su madre a un evento que estaban planeando, ella tomó este rechazo fuertemente.

Al relatar sobre los **eventos significativos** en su vida la **paciente 2** expresó: <<No soy una mujer completa>>, esto se debe a un cáncer uterino que requirió operación, donde se le extirpó el órgano. Tras este evento, ella ya no se siente una mujer como tal, sus significantes de mujer quedaron vacíos y queda sin referentes. En cuanto al suceso alrededor de su identidad, la **paciente 2** se sostiene a través de la frase: <<mi vida es un invento>>. Si bien es cierto que se sostiene a través de ello, tampoco le permite construir nuevos significantes, ya que, al ser un invento, su identidad no le remite a nada verdadero de lo que pueda aferrarse para fundar algo nuevo a nivel subjetivo.

Finalmente, en el **caso 3**, la **situación actual** de la paciente, se ve reflejada a través de lo dicho: <<algo hice para tener ese dolor>>, como una racionalización ante su enfermedad del sistema nervioso y las pérdidas a lo largo de su vida. De la misma forma, la paciente 3 indica su falta para disfrutar de la vida a través de la frase <<no puedo ponerme ropa de color>>, la cual también remite al duelo no tramitado de la muerte de su hijo. En cuanto a la **relación familiar**, específicamente **de pareja**, la **paciente 3** menciona: <<yo los vi morir>> refiriéndose la muerte de sus esposos. Acto seguido, ella acota <<igual me casé>>, lo cual responde a que pudo conseguir significantes frente a este evento y volvió a casarse.

Sin embargo, la **relación con sus hijos** manifestó lo siguiente: <<todo el mundo lo sabía menos yo>>, esto remite al evento de la muerte de su hijo, al tratarse de un evento fatídico sus otros hijos no le había dicho nada al respecto a la paciente hasta haber identificado el cuerpo; lo cual ella tomó como una traición, es decir una herida narcisista. La **paciente 3** vive su duelo a través de frases como: <<siempre he dicho que los hijos son los que llevan a la madre al cementerio; pero en mi caso fue al revés>>. Así pues, ella encuentra consuelo en la compañía de sus otros hijos; no obstante, ella denota que le tenía mayor afecto al que falleció <<mis hijos que están vivos suplen el hijo que murió>>.

En cuanto a la **relación social**, específicamente con los **integrantes del gerontológico**, la **paciente 3** dice <<no me gusta molestar a la gente>> refiriéndose a sus compañeros del gerontológico que le ofrecen ayuda para trasladarse por su artrosis. Debido a estos encuentros, ella siente que su independencia se ve afectada y responde de esta manera. De la misma forma, la **paciente 3** se ve conflictuada porque <<no me gusta faltar al gerontológico>>, pero la enfermedad de su

mascota ha interrumpido el cumplimiento de ciertas actividades, entre ellas, la asistencia al gerontológico.

Finalmente, sobre los **eventos significativos** en su vida, **la paciente 3** menciona: <<ya no puedo bailar>>, una actividad que señala la falta de deseo por disfrutar de ciertos aspectos de la vida tras el fallecimiento de su hijo. Lo cual nos lleva a lo siguiente: <<he enterrado a todos y yo sigo viva>>, esta frase reafirma el duelo perennizado de la paciente. Si bien es cierto, ella pudo atravesar el duelo de sus esposos, la muerte de su hijo es considerada como un real, ya que refiere a un suceso completamente fuera de lo simbólico en la vida de la paciente. La **paciente 3** ha tratado de resignificar este suceso por medio del cuidado de su mascota. No obstante, se ve alterado por la enfermedad que le aqueja al animal, junto con las dolencias que tiene la paciente misma y comprometen la función de cuidado del perro.

Tabla 2.

Manifestaciones depresivas y las actividades diarias presentadas por las tres pacientes adultas mayores entrevistadas.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Manifestaciones depresivas	<ul style="list-style-type: none"> • Se queja del dolor de su pierna constantemente. • Deseo incomprendido de independencia. • Expresiones de llanto y sentimiento de impotencia frente a la enfermedad de su hija. • Expresiones de llanto frente al duelo por la muerte de su hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios de tristeza profunda. • Se siente utilizada por los demás: familia y entorno social. • Sentimiento de abandono, tras haber sido utilizada. • Constante queja, malestar y cuestionamiento sobre su identidad (apellido y feminidad). • Manifiesta dolencias corporales (columna) alrededor de fechas significativas. • Sentimiento de culpa ante diagnóstico de depresión de su nieta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo por muerte del hijo no le permitía tener movilidad física para bailar; vestía constantemente de color negro. • Se queja de sentirse incomprendida por su familia. • Deseo de independencia conflictuado. • Sentimiento de imposibilidad de disfrutar la vida.

<p>Actividades de la vida diaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de movilidad. • Dificultad al caminar. • Limitación al transportarse de un lugar a otro. • Su inserción social se ve perjudicada, ya que prefiere evitar eventos o reuniones por el hecho de moverse. • Pérdida de apetito y cambio en conducta alimenticia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su salud se ve comprometida alrededor de fechas significativas. • Rechazo a formar amistades nuevas, en caso de no involucrar a su madre. • No forma vínculos con otras personas dentro del gerontológico; aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada para realizar actividades de recreación. • Limitación al moverse por artrosis en las rodillas. • Impedida de bailar (no siente ganas de hacerlo). • No puede alimentar al perro que tiene de compañía, por sus dolencias. • Dificultad para arrodillarse para rezar. • Vínculos limitados por dolor al hablar (por enfermedad).
---	--	---	---

Elaborada por: las autoras.

El análisis realizado al contenido de la **tabla 2**, refleja que, en el **caso 1** las manifestaciones depresivas están relacionadas al dolor de su pierna, el fallecimiento de su hijo y la enfermedad de su hija. La **paciente 1** expresa que se siente incomprendida e impotente frente a su decrecimiento de independencia. De la misma forma, ella demuestra con expresiones de llanto, dolor ante el duelo de la muerte de su hijo y comenta que cambió sus hábitos alimenticios durante un plazo de tiempo debido a que su hija tenía un tumor en el colon, haciendo que ella se le dificultara comer. Todos estos aspectos se ven canalizados en las actividades de la vida diaria, las cuales se ven afectadas. Las actividades son las siguientes: pérdida de movilidad a causa de su accidente y dolor en su pierna, lo cual ha generado malestar y dificultad al caminar. La pérdida de apetito y cambio en su conducta alimenticia.

En el **caso 2**, la paciente presenta manifestaciones depresivas tales como: expresiones de llanto y tristeza profunda, queja y malestar constante en torno al tema de su identidad, sentimientos de culpa sobre la enfermedad de su nieta y dolencias corporales alrededor de fechas significativas. El malestar de la **paciente 2** gira en torno a un conflicto ligado a su identidad, lo cual ha sido generado por una serie de eventos traumáticos en su vida y la relación de estrago con su madre. Las actividades de la vida diaria que se han visto perjudicadas, a raíz de estas manifestaciones, son las siguientes: mantener su estado de salud lo más óptimo posible durante las fechas importantes para ella; como consecuencia suele enfermarse mucho durante esta época y tener dolores lumbares. Rechaza la formación de nuevos vínculos sociales dentro y fuera de la institución, en caso de la imposibilidad de involucrar a su madre en las reuniones sociales; asimismo, tampoco muestra deseo de integrarse nuevamente con sus compañeros del gerontológico, generando aislamiento.

En el **caso 3**, la paciente exterioriza sus manifestaciones depresivas a través de la falta de deseo de bailar y disfrutar de la vida a causa de la muerte de su hijo, así como el hecho de vestir solo de negro. También expresa que se siente incomprendida por su familia, con respecto al malestar provocado por el dolor que causa su enfermedad del sistema nervioso. La **paciente 3** presentó malestar ligado a su independencia; se siente limitada. Consecuentemente, las actividades de la

vida diaria que se encuentran alteradas están relacionadas a la limitación de su traslado por su artrosis en las rodillas, arrodillarse para rezar y agacharse para darle de comer a su perro, también se ve afectado el realizar otras actividades de índole recreativa como bailar. Su formación de vínculos está limitada, ya no siente deseos de hablar con nadie por el dolor que siente debido al fallecimiento de su hijo.

Tabla 3.

Síntesis de la relación entre las manifestaciones depresivas y las actividades diarias de las tres pacientes adultas mayores atendidas en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.

SÍNTESIS	
Manifestaciones depresivas	Actividades de la vida diaria
<ul style="list-style-type: none"> • Deseo incomprendido frente a la imposibilidad de independencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación al transportarse de un lugar a otro. • Limitada para realizar actividades de recreación. • Limitación al moverse por artrosis en las rodillas. • Dificultad para arrodillarse para rezar.
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones de dolencias corporales de origen orgánico y/o subjetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de movilidad. • Dificultad al caminar. • Limitación al transportarse de un lugar a otro. • Su inserción social se ve perjudicada, ya que prefiere evitar eventos o reuniones por el hecho de moverse. • Limitada para realizar actividades de recreación. • Su salud se ve comprometida alrededor de fechas significativas. • Limitación al moverse por artrosis en las rodillas. • Dificultad para arrodillarse para rezar. • Vínculos limitados por dolor al hablar (por enfermedad).
<ul style="list-style-type: none"> • Duelo por muerte de seres queridos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada para realizar actividades de recreación. • Impedida de bailar (no siente ganas de hacerlo).
<ul style="list-style-type: none"> • Expresiones de llanto y tristeza profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> • No forma vínculos con otras personas dentro del gerontológico; aislamiento.

	<ul style="list-style-type: none"> • Su salud se ve comprometida alrededor de fechas significativas. • Pérdida de apetito y cambio en conducta alimenticia. • Impedida de bailar (no siente ganas de hacerlo).
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia del sentimiento de disfrutar la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su inserción social se ve perjudicada, ya que prefiere evitar eventos o reuniones por el hecho de moverse. • No forma vínculos con otras personas dentro del gerontológico; aislamiento. • Limitada para realizar actividades de recreación. • Su salud se ve comprometida alrededor de fechas significativas.

Elaborada por: las autoras.

En lo que concierne a la **tabla 3**, los aspectos estudiados fueron las similitudes que aparecieron, en las tres adultas mayores, entre las manifestaciones depresivas y de qué forma incidieron en las actividades diarias de las personas entrevistadas. Para esta tabla se seleccionaron las manifestaciones depresivas que aparecían con mayor frecuencia. Por consiguiente, se colocaron las actividades diarias que inciden. A pesar de que cada adulto mayor se manifiesta o expresa en su propia manera, se puede encontrar similitudes en las manifestaciones; como se hizo con los tres pacientes analizados. En esta matriz se propone demostrar cómo varían estos aspectos de acuerdo a las actividades y evidenciar el malestar que influye en varias actividades.

La **primera manifestación depresiva** que se seleccionó fue: deseo incomprendido frente a la imposibilidad de independencia. Las **incidencias en las actividades diarias** correspondientes son: limitación al transportarse de un lugar a otro, limitada para realizar actividades de recreación, limitación al moverse por artrosis en las rodillas y dificultad para arrodillarse para rezar. Estas actividades se ven afectadas por estas manifestaciones, en tanto las pacientes reafirman su deseo de independencia, pero por sus limitaciones físicas y dificultades ante eventos significativos; las cuales hacen que ellas se encuentren constantemente acompañadas por algún familiar o allegados.

El **segundo malestar** es: las manifestaciones de dolencias corporales de origen orgánico y/o subjetivo. Las cuales **influyen** en: la pérdida de movilidad, dificultad al caminar, limitación al transportarse de un lugar a otro, su inserción social se ve perjudicada ya que prefiere evitar eventos o reuniones por el hecho de moverse, limitada para realizar actividades de recreación, su salud se ve comprometida alrededor de fechas significativas, limitación al moverse por artrosis en las rodillas, dificultad para arrodillarse para rezar y vínculos limitados por dolor al hablar (por enfermedad). La relación que se percibe entre las manifestaciones depresivas y la incidencia en las actividades, aparece en cuanto a la gravedad del dolor físico. Las pacientes evitan el dolor físico de trasladarse al generar movimiento; sin embargo, esto repercute subjetivamente, ya que provoca aislamiento a través de la escisión de vínculos.

La **tercera manifestación** es: duelo por muerte de seres queridos. Y las **actividades** que se ven **afectadas** por estos malestares son: limitada para realizar actividades de recreación e impedida de bailar (no siente ganas de hacerlo). Dentro de este tópico se señala, la dolencia que tienen las pacientes ante la pérdida de un ser querido y cómo esto puede repercutir en su día a día. Es decir, a pesar de tener deseos de continuar su vida su accionar se ve truncado por un duelo no tramitado, el cual no le permite crear nuevos significantes a partir de estas actividades recreativas. Lo mismo ocurre con su impedimento a bailar ya que no se siente capaz de realizar cierto tipo de acciones por lo que no le da gana de realizarlo.

Continuando con el **cuarto malestar**: expresiones de llanto y tristeza profunda, esta se distingue de la **tercera** manifestación, ya que un sujeto puede expresarse de esta forma sin necesidad de atravesar el duelo de un ser querido. Dicho esto, en las **actividades que se ve la repercusión**, son: el no formar vínculos con otras personas dentro del gerontológico (aislamiento), que la salud se ve comprometida (alrededor de fechas significativas), pérdida de apetito y cambio en conducta alimenticia e impedimento y falta de deseo para bailar. Las pacientes se ven afectadas ante eventos significativos, situaciones generadoras de estrés y duelo. Una forma de hacerlo notar es aislándose, sintomatizando su cuerpo, falta de deseo de comer y/o bailar. Cuando los sujetos se aíslan del vínculo social, pueden aparecer momentos de tristeza profunda, debido a que creen que no son aceptados socialmente. También el sujeto puede sintomatizar por algún hecho traumático. Ante esas manifestaciones, se puede encontrar una falta de deseo al hacer actividades recreativas y familiares.

La **quinta manifestación** es: la ausencia del sentimiento de disfrutar la vida. En este caso, **la incidencia** aparece en: la inserción social se ve perjudicada porque prefiere evitar eventos o reuniones, no formar vínculos con otras personas dentro del gerontológico (aislamiento), limitación para realizar actividades de recreación; la salud se ve comprometida. Para las pacientes, el déficit de sentimiento por disfrutar de la vida, ha repercutido de tal forma que no hay deseo por realizar actividades de recreación, lo cual no permite la producción de nuevos significantes. Lo mismo sucede en cuanto a la formación de vínculos, donde es posible que una limitación física está asociada a la ausencia de deseo por la vida, y

es por eso que no busca crear vínculos nuevos. Al mismo tiempo ocurre que, lo duelos crean este sentimiento de falta de vitalidad, el cual no les permite realizar actividades recreacionales. De igual forma, surgen eventos significativos que afectan la subjetividad de la paciente, en tanto representa un momento de quiebre y ante esto manifiesta la ausencia del sentimiento de vitalidad a través de la comida; en su ausencia.

Finalmente, a través de la matriz de análisis se obtuvo varios resultados, los cuales confirman que las manifestaciones depresivas inciden en las actividades de la vida diaria. En estas pacientes se observó malestares en común como: el deseo incomprendido frente a la imposibilidad de independencia, manifestaciones de dolencias corporales de origen orgánico y/o subjetivo, duelo por muerte de seres queridos, expresiones de llanto y tristeza profunda y ausencia del sentimiento de disfrutar la vida. Sin embargo, la influencia en las actividades diarias serán diferentes ya que son respuestas propias de cada sujeto, es decir, cada sujeto responde de distinta manera ante sus eventos significativos o catalizadores. De esta forma se demuestra cómo las respuestas subjetivas desde la singularidad de cada sujeto ante un suceso, repercuten en las actividades de cada sujeto con su correspondiente malestar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto a lo que se puede definir como adulto mayor se establece que, la persona perteneciente a este grupo etario, se encuentra bajo la construcción del discurso social y biológico; incidiendo en el aspecto psicológico del sujeto. De esta forma influye la subjetividad, ya que cada sujeto percibe de manera diferente la senectud. Es por ello que se ha determinado la adultez mayor como: la serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales por los que cursa la persona al llegar a una etapa próxima a la fase final de la vida. No obstante, la concepción social y la propia aceptación biológica del cuerpo juegan un rol importante para que el adulto mayor se asimile como tal.

De esta manera, se demuestra la importancia de la teoría de la actividad. Es decir, las personas de este grupo etario deben mantenerse en constante acción, con las adecuaciones necesarias; según lo amerite el caso. Además, de acuerdo a las concepciones aportadas por la sociedad y la cultura, el adulto mayor necesita ser insertado en un entorno social que le brinde acogida y sostén ante los cambios que enfrenta en esta etapa. Es decir, donde se le dedique un espacio donde puede resignificar la concepción de la senectud. Así pues, se propone que ellos acudan a espacios donde se dé la posibilidad de crear nuevos vínculos con pares y así construir nuevos significantes referentes a la adultez mayor.

De la misma forma, el nexo con el vínculo familiar es de gran importancia, ya que implica el cuidado que los familiares le pueden brindar en cuanto a su salud, acogida y bienestar; tanto psicológicos como físicos. Simultáneamente, esto cumple con los nuevos roles y funciones del adulto mayor, en cuanto a la función de gratificación, reparación y continuidad. Globalmente, los miembros de este grupo etario necesitan de varios aspectos para vivir esta etapa plenamente, es decir, resulta imperante que reciba una buena acogida e inserción social. De igual manera, que se le den los cuidados necesarios con respecto a su salud y bienestar psíquico, así como cumplir con las funciones respectivas del rol como adulto mayor; tales como poseedores del saber o los que mantienen vivas las tradiciones e historia familiar como abuelo o abuela.

El análisis de los contenidos presentados en las tablas, sirvió para encontrar aspectos relacionados a las manifestaciones depresivas. A través de un estudio bibliográfico desde la teoría psicoanalítica, estudiando los conceptos de duelo, melancolía, pérdida y falta; así como situaciones de estrés y eventos significativos particulares como la jubilación, y la subjetivación del cuerpo como tal; se pudo construir la definición de las manifestaciones depresivas. Las cuales comprenden de expresiones o apariciones de síntomas, en función de exteriorizar un malestar que ha sido reprimido. Por consiguiente, sale a la luz por esta modalidad con características de tristeza profunda, aislamiento, falta de interés en la vida y el cumplimiento de actividades. De esta forma, se puede observar cómo las manifestaciones depresivas afectan de tal manera al sujeto que alteran las actividades de la vida diaria, las cuales corresponden al cuidado personal, relaciones familiares y sociales, así como malestar físico y psicológico.

Las manifestaciones depresivas previamente mencionadas, incidieron en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores seleccionados. Los malestares que surgieron con mayor frecuencia y fueron identificados son: el deseo incomprendido frente a la imposibilidad de independencia, manifestaciones de dolencias corporales de origen orgánico y/o subjetivo, duelo por muerte de seres queridos, expresiones de llanto y tristeza profunda y ausencia del sentimiento de disfrutar la vida. Dentro de la matriz de análisis se pudo observar otro tipo de manifestaciones, sin embargo, estas aparecieron a lo largo de los tres casos de estudio; revelando su magnitud.

Por consiguiente, se procedió a analizar la relación entre manifestaciones depresivas y su incidencia en las actividades de la vida diaria. En este análisis se pudo observar, que cada sujeto actúa de diferente forma ante eventos significativos, los cuales remiten a una respuesta inicial. Entonces, la subjetividad toma un rol sustancial, dado que cada sujeto vive desde su subjetividad los eventos que les acontecen como propios y singulares. Por eso estos eventos tienen una gran magnitud, ya que resignifican su trauma inicial, así como los puede dejar vacío de significantes. Por este motivo, se propone el estudio de las manifestaciones depresivas y ante esto, brindar un espacio de escucha con el fin de prevenir la

aparición de este tipo de malestar, el cual repercute en las actividades de la vida diaria del adulto mayor.

En cuanto a las recomendaciones, se aconseja evitar el sedentarismo en el adulto mayor, ya que esto provocaría consecuencias directamente relacionadas al cuerpo y la psiquis. Es decir, mientras el adulto mayor se sumerja en un mundo donde es excluido, no dará espacio para que él pueda resignificarse ni producir nuevos significantes; de esta forma, persistirá la presencia de manifestaciones depresivas.

De igual manera, es recomendable que se mantengan en actividad, la cual debe ser adecuada y modificada según sus capacidades, habilidades e interés. Entonces, se resignifican los conceptos que poseía anteriormente sobre la adultez. Al mismo tiempo, se podría hacer uso de asistencia psicológica, en caso de ser necesario, con el fin de preservar la subjetividad del adulto y promover su adecuación y participación en el medio cultural y social en el que se encuentra. Finalmente se recomienda, el hecho de tratar como tal al adulto mayor, darle el espacio y libertad para que cumpla con las funciones de acuerdo a sus competencias y respetando sus singularidades. Como resultado, las personas de este grupo etario, generarán nuevos significantes frente a la senectud; posibilitando una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, C., & Gonzales-Celis, A. (2010). *Redalyc*. Recuperado de Redalyc:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980010>

Alcaide, I. (2010). Duelo y melancolía, complemento del narcisismo. *Revista de Psicología Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle - Universidad del Valle (GEPU)*, 1 (1), 25– 31. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2224/1/Duelo%20y%20Melancolia%2C%20Complemento%20del%20Narcisismo.pdf>

Asamblea Mundial de la Salud, 52. (1999) . *Envejecimiento activo*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84566>

Bassols, M. (2017). La feminidad y lo femenino. *Lo femenino, entre centro y ausencia*. (pp. 43) Argentina: Grama Ediciones.

Brunes, M. (2017). *Calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal “Dr. Arsenio de la Torre Marcillo” y sus clubes de adultos mayores*. Guayaquil: Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8072/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-60.pdf>

CIE-10 (2008). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. ©Ginebra, OMS, 1992.v

Cornachione, M. (2006). La vejez. *Psicología del Desarrollo*. (pp. 51) Córdoba: Brujas.

Cornachione, M. (2006). Reducción o pérdida de la autonomía. *Psicología del Desarrollo*. (pp. 56) Córdoba: Brujas.

- Cornachione, M. (2006). Impacto en la subjetividad. *Psicología del Desarrollo*. (pp. 59-60) Córdoba: Brujas.
- Cornachione, M. (2006). Envejecimiento saludable. *Psicología del Desarrollo*. (pp. 61) Córdoba: Brujas.
- Cornachione, M. (2006). Teoría de la actividad y el envejecimiento. *Psicología del DeDesarrollo*. (pp. 150) Córdoba: Brujas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*. Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. P. 1.11 Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención psicosocial*, 2(5), 7-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*. (Vol. XIX, pp. 1-66) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fry, P.S. (1992). Major social theories of aging and their implications for counseling concepts and practice: A critical review. *Counseling Psychologist*, 20 (20), 246-329
- González Bernal, J., González Santos, J. y otros (2010). *Funciones que Desempeñan los Abuelos*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 625-633. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325065>
- Guayaquil, U. C. (S.F.). *Dominios institucionales de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Guayaquil: VIP. Recuperado de <https://www.ucsg.edu.ec/wp-content/uploads/transparencia/pedi2017.pdf>

- Havighurst, R.J., Neugarten, B. L. & Tobin, S. (1964) “Disengagement and patterns of aging”. *The Gerontologist* 4, pp. 24.
- Hernández Sampieri, R. (2017). Los investigadores opinan. *Metodología de la Investigación: Sexta Edición*. (pp. 57). México D.F. Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R. (2017). Consulta de la literatura. *Metodología de la Investigación: Sexta Edición*. (pp. 66). México D.F. Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R. (2017). ¿En qué consisten los estudios de alcance descriptivo? *Metodología de la Investigación: Sexta Edición*. (pp. 92). México D.F. Mc Graw Hill.
- Kohut, H. (1980). Reflexiones sobre el narcisismo y la furia narcisista. (pp. 433-466). Buenos Aires: *Revista de psicoanálisis*, XXXVII, 3.
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L & Peterson, J. A. (1972) “An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community”. *Journal of Gerontology* 27, pp. 511-523.
- León, P. (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. *Desde el jardín de Freud*, 11(11), p. 67-76. Recuperado de: <file:///C:/Users/Claudia%20Mena/Downloads/Dialnet-ElDueloEntreLaFaltaYLaPerdida-4547212.pdf>
- Longino, G. F. & Karl, C. S. (1982) “Explicating activity theory: a formal replication”. *Journal of Gerontology* 37, pp. 713-722.
- Meza, E. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 28. vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 28-31. México: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México.

- Montero, G. (2005). El duelo y la (re)significación como promotores del desarrollo psíquico. *La travesía por la mitad de la vida*. (pp.52) Rosario: Homo Sapiens.
- Montero, G. (2005). El cuerpo y la transitoriedad. *La travesía por la mitad de la vida*. (pp. 68) Rosario: Homo Sapiens.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. (pp. 190). Barcelona: Editorial Herder.
- Muchnik, E. (2006). Por qué hablar de generaciones. *Envejecer en el siglo XXI: historia y perspectivas de la vejez*. pp. 52. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud: 1. *Envejecimiento*. 2. *Esperanza de Vida*. 3. *Anciano*. 4. *Servicios de Salud para Ancianos*. 5. *Salud Global*. 6. *Dinámica de Población*. 7. *Prestación de Atención de Salud*. Ginebra: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=54097F6063B008AE301E89749AFC554F?sequence=1
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. [5 de Febrero 2018] Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ONU. (2015). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Santiago: Copyright. Editores: Impreso en Naciones Unidas, Santiago Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Peczник, A. (2012). El Narcisismo. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 32) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Pecznik, A. (2012). Conclusión. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 38) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pecznik, A. (2012). Cuidado del enfermo terminal. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 44) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pecznik, A. (2012). Indices de medición de calidad de vida y pronóstico. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 46) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pecznik, A. (2012). ¿Qué es acompañar? *El sujeto ante su muerte*. (pp. 51) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pecznik, A. (2012). Acerca de la agresión y la violencia. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 68-76) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pecznik, A. (2012). El encuadre, el dispositivo y el tratamiento. *El sujeto ante su muerte*. (pp. 85) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Péruchon, M., & Thomé-Renault, A. (1995). Interés de las investiduras apasionadas para la preservación de la vida. *Vejez y pulsión de muerte*. (pp. 82) París: Amorrortu Editores
- Péruchon, M., & Thomé-Renault, A. (1995). El culto de la vida en Lou Andreas-Salomé hasta sus últimos años. *Vejez y pulsión de muerte*. (pp. 93) París: Amorrortu Editores
- Péruchon, M., & Thomé-Renault, A. (1995). Francois Mauriac o un ejemplar “trabajo de duelo del yo”. *Vejez y pulsión de muerte*. (pp. 95) París: Amorrortu Editores
- Péruchon, M., & Thomé-Renault, A. (1995). Compañero tardío y falsos reconocimientos. *Vejez y pulsión de muerte*. (pp. 195) París: Amorrortu Editores

- Real Academia de la Lengua Española (RAE). (2019). *Soledad*. Disponible en:
<https://dle.rae.es/soledad>
- Rozitchner, E. (2012). El tratamiento de duelos: Un tema de especial relevancia. *La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica*. pp. 52-53. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Rozitchner, E. (2012). El ciclo vital de Erikson. *La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica*. pp. 57-60. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Rozitchner, E. (2012). El concepto freudiano de trauma. *La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica*. pp. 205. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Rozitchner, E. (2012). El último otoño. *La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica*. pp. 290. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- SALUD, O. P. (2008). *CIE 10*. Washington: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2017). *Misión Mis Mejores Años*. Quito: Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida. Recuperado de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAnos_L5.pdf
- Tartler, R. (1961). *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Tendlarz, S.E. (2014). Incidencia del estrago materno en la sexualidad femenina. *De la sexualidad femenina al goce como tal*. pp. 38. Seminario Internacional de la Nel Guayaquil. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. 13 y 14 de mayo del 2014.

- Undurraga, C. (2012). Los nietos. *Calidad de vida en la vejez*. (pp. 10) Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Undurraga, C. (2012). La comunidad. *Calidad de vida en la vejez*. (pp. 13) Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Uribe, A., Orbegozo, L., & Linde, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Colombia: Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
- Velázquez, I. (2017). Análisis de las demandas psicoafectivas de los adultos mayores en instituciones gerontológicas de Guayaquil. Diseño de un modelo clínico de intervención psicológica. *Revista Alternativas*, 18(3), 31-40. Recuperado de <http://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-alternativas/index.php/alternativas-ucsg/article/view/103>
- Velázquez, I. (2018). Psicología del Desarrollo del adolescente y del adulto: El Adulto Mayor (Tesis inédita de maestría). Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil.
- Yin, R. K. (1984/1989). Case Study Research: *Design and Methods, Applied social research Methods Series*, Newbury Park CA, Sage, p. 23. Recuperado de <https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-1-108.pdf>
- Zinberg N. E. & Kaufman I. (1976). Amenazas a la adaptación. *Psicología normal de la vejez*. (pp. 160). Argentina: Paidós.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de entrevista con tres pacientes adultos mayores en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio De La Torre Marcillo.

Las entrevistas se realizaron con tres pacientes, mujeres adultas mayores, en el Centro Gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcillo. Se las entrevistó debido a que muestran manifestaciones depresivas en su discurso. Se procede a hablar de estas manifestaciones depresivas porque inciden en un malestar ante las pacientes atendidas. Al mismo tiempo, inciden en sus actividades diarias, ya que las pacientes dejan de realizar ciertas actividades que hacían antes. Se utilizaron preguntas abiertas para que las pacientes puedan hablar más de del malestar que tienen. Con cada paciente las preguntas eran diferentes debido a que indican diferentes malestares. Estas preguntas guiaron el trabajo y a partir de ellas se fueron incorporando los decires de las pacientes y se fue abordando aquello que hacía más énfasis en cada una.

Guía entrevista paciente 1:

- ¿Cómo ha estado su día?
- ¿Cómo es su relación con sus familiares?
- ¿Qué actividades realiza?
- ¿Cómo es su relación con sus amigos?
- ¿Qué es lo que le molesta?
- ¿Cómo fue su accidente en la zanja?
- ¿Cómo se sintió ante la infidelidad de su esposo?
- ¿Cómo se sintió cuando su hija estaba con el novio?
- ¿Cómo se siente ante la falta de movilidad de su pierna?

Guía entrevista paciente 2:

- ¿Cómo ha estado su día?
- ¿Cómo es su relación con su madre?
- ¿Qué actividades realiza?

- ¿Cómo es su relación con sus amigos?
- ¿Qué es lo que le molesta?
- ¿Cómo es su relación con sus hijos?
- ¿Por qué dice que su vida es una mentira?
- ¿Por qué dice que la utilizan?
- ¿Cuándo fue su primer episodio de depresión?
- ¿Qué sucede en el mes diciembre para que se enferme?

Guía entrevista paciente 3:

- ¿Cómo ha estado su día?
- ¿Cómo es su relación con sus familiares?
- ¿Qué actividades realiza?
- ¿Cómo es su relación con sus amigos?
- ¿Qué es lo que le molesta?
- ¿Cómo está con su enfermedad del sistema nervioso (neuralgia trigémina)?
- ¿Cómo se siente ante la pérdida de su hijo fallecido?
- ¿Cómo se sintió después de la operación de rodillas?
- ¿Qué sucedió después del fallecimiento de su hijo?
- ¿Cómo está ahora?
- ¿Qué pasó con el perro después de fallecimiento de su hijo?
- ¿Le gusta cuidar al perro?
- ¿Sus hijos están pendiente de ella después del fallecimiento de su hijo?



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lopera Merchán María Beatriz**, con C.C: # **091952693-9** autor/a del trabajo de titulación: **manifestaciones depresivas en adultos mayores y sus incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de marzo de 2020**

f. _____

Nombre: **Lopera Merchán, María Beatriz**

C.C: **091952693-9**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mena Ribadeneira Claudia María**, con C.C: # **092567190-1** autor/a del trabajo de titulación: **Manifestaciones depresivas en adultos mayores y sus incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de marzo de 2020**

f. _____

Nombre: **Mena Ribadeneira, Claudia María**

C.C: **092567190-1**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Manifestaciones depresivas en adultos mayores y sus incidencia en las actividades funcionales de la vida diaria		
AUTOR(ES)	María Beatriz Lopera Merchán , Claudia María Mena Ribadeneira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ileana Velázquez Arbaiza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de marzo de 2020	No. DE PÁGINAS:	102
ÁREAS TEMÁTICAS:	Adulter Mayor, Depresión, Actividades de la vida diaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulter mayor, manifestaciones depresivas, actividades de la vida diaria, subjetividad, eventos significativos.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Actualmente, la esperanza de vida ha aumentado, sobrepasando los 60 años de edad; motivo por el cual, resulta relevante preservar la calidad de vida de las personas que se encuentran en la etapa de la adultez mayor. A causa de ello, se distinguen puntos como: su cuidado personal, estado de salud física, mental y emocional. Así pues, se procede a analizar las diferentes conceptualizaciones que se dan a partir de la biología, sociología y psicología, con el fin de llegar a una conjugación que englobe estos aspectos.</p> <p>Este proyecto se realiza bajo las enseñanzas de la orientación analítica, la cual refleja una mirada innovadora con respecto a la subjetividad de las personas pertenecientes a este grupo etario. Es decir, los cambios físicos que producen efectos en la subjetividad, así como situaciones de estrés, eventos significativos y contingencias con consecuencias traumáticas. Vale recalcar la importancia de la formación de vínculos, las actividades de la vida diaria, las experiencias personales y qué representa la cercanía a la muerte en la vida el adulto mayor.</p> <p>Se trabajó con una matriz de análisis. Para ello, fueron seleccionados tres casos de adultos mayores pertenecientes a una misma institución gerontológica. En cuanto a la metodología, se identificaron las manifestaciones depresivas, con sus distintas modalidades derivadas del</p>			



discurso; basado en las entrevistas realizadas. Así pues, se resaltaron aspectos como: eventos significativos que remitan a la situación actual, aspectos asociados a las relaciones familiares (padres, esposos e hijos). También se consideró lo que respecta al entorno social, es decir, amigos e integrantes del gerontológico. Finalmente, se determinó de qué manera inciden las manifestaciones mencionadas en las actividades de la vida diaria de estas personas.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-989361163	E-mail: clau.menar@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-3804600 ext. 1413 – 1419	
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		