



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**Los efectos subjetivos del trabajo psicoterapéutico del
psicólogo clínico con los adultos mayores del “Hogar Corazón
de Jesús” en la ciudad de Guayaquil.**

AUTORAS:

**Ipiales Vásconez, Marlys Lisbeth
Moreno Naranjo, Andrea Alejandra**

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Velásquez Arbaiza, Ileana de Fátima

**Guayaquil, Ecuador
2015**



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 fue realizado en su totalidad por **Marlys Ipiates Vásconez y Andrea Moreno Naranjo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

Ileana de Fátima Velásquez Arbaiza

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Galarza

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Marlys Lisbeth Ipiales Vásconez y Andrea Alejandra Moreno Naranjo**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Los efectos subjetivos del trabajo psicoterapéutico del psicólogo clínico con los adultos mayores del “Hogar Corazón de Jesús” en la ciudad de Guayaquil** previa a la obtención del **Título de Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015

LAS AUTORAS

Marlys Lisbeth Ipiales Vásconez

Andrea Alejandra Moreno Naranjo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Marlys Lisbeth Ipiales Vásconez y Andrea Alejandra Moreno Naranjo**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Los efectos subjetivos del trabajo psicoterapéutico del psicólogo clínico con los adultos mayores del “Hogar Corazón de Jesús” en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Febrero del año 2015

LAS AUTORAS

Marlys Lisbeth Ipiales Vásconez

Andrea Alejandra Moreno Naranjo

AGRADECIMIENTO

“A Dios por darme fuerzas para seguir adelante, a pesar de las adversidades”

“A mis padres por apoyar mis decisiones y estar pendiente de mi bienestar”

“A mis hermanos Juan Pablo, María Eugenia e Ingrid por su motivación y acompañamiento a lo largo de la vida”

“A Jefferson por su amor, apoyo y aliento, fue un pilar importante para alcanzar esta meta”

“A mi amiga Andrea porque juntas lo logramos, con respeto y dedicación”

“A familiares y amigos que a pesar de la distancia me acompañaron con sus oraciones y cariño”

MARLYS LISBETH IPIALES VASCONEZ

“A Dios por darme la fortaleza necesaria para seguir adelante con mi sueño y soportar la distancia con las personas que amo”

“A mi abuelita Loly y mi tía Chelo, porque nunca me dejaron sola y me apoyaron para cumplir esta meta”

“A mis padres Jorge y Mónica y a mi hermana Daniela, porque creyeron en mí y en mis capacidades, alentándome a seguir adelante”

“A Cristhian, por alentarme cada minuto de mi vida a luchar por lo que quiero y por su amor, que ha sido una de las motivaciones para cumplir con este sueño”

“A mi amiga Lisbeth por su apoyo, su cariño y aliento en toda esta etapa transcurrida”

*“A mis demás familiares y amigos por estar siempre pendientes de mí y de
mis avances profesionales”*

ANDREA ALEJANDRA MORENO NARANJO

*“Y un agradecimiento especial a nuestra tutora de tesis, Ileana Velásquez
por su dedicación y tiempo para la realización de este trabajo”*

MARLYS LISBETH IPIALES Y ANDREA ALEJANDRA MORENO

DEDICATORIA

*“A mi hermano Juan Pablo y a mi enamorado Jefferson, por creer en mí
como profesional y estar pendiente de mi salud”*

*“A todos los adultos mayores del País, en especial a la señora Ana Ramírez,
por ser mi inspiración para este trabajo”*

MARLYS LISBETH IPIALES VASCONEZ

*“A mi madre Mónica quien aunque ya no está en este mundo terrenal,
siempre la llevo en mi corazón, es quien me enseñó a luchar por lo que
quiero y con su ejemplo de fortaleza me demostró que todo sacrificio tiene
su recompensa; es quien me bendice desde el cielo y me permite seguir
adelante”*

ANDREA ALEJANDRA MORENO NARANJO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

**Ileana de Fátima Velásquez Arbaiza
PROFESORA GUÍA Ó TUTORA**

ÍNDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	7
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	8
La Gerontología.....	9
Los cambios que se producen en el Adulto Mayor.....	11
Los cambios biológicos.....	11
Los cambios a nivel de la sexualidad.....	13
Los cambios sociales.....	14
Los cambios psicológicos.....	15
La subjetivación del proceso de envejecimiento.....	18
CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES	
GERONTOLÓGICAS.....	25
Las Instituciones Gerontológicas en el Ecuador.....	30
Situación de las personas adultas mayores en el Ecuador.....	33
El adulto mayor en las diferentes provincias.....	34

Instituciones Gerontológicas en Guayaquil.....	34
Hogar Corazón de Jesús	36
Tipos de Residencia	37
Misión, visión, valores y objetivos	38
Servicios que ofertan	41
CAPÍTULO 3. CLÍNICA PSICOLÓGICA CON EL ADULTO MAYOR	46
Principios conceptuales para la clínica con el adulto mayor	46
Modelo utilizado en la clínica con el adulto mayor	52
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	55
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	56
Caso 1	56
Análisis del Caso	58
Caso 2	60
Análisis del Caso	62
Caso 3	63
Análisis del Caso	66
Caso 4	68
Análisis del Caso	70
Conclusiones del análisis de resultados	72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	83

Anexo 1.....	84
Anexo 2.....	85
Anexo 3.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. La sexualidad se vive de otra manera 14

Tabla 2. Evolución de las funciones cognitivas con relación al envejecimiento
.....17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. El adulto mayor en las diferentes provincias	34
Figura 2. Organigrama estructural de la Institución.....	40

RESUMEN

El presente documento se trata de la sistematización de las prácticas pre-profesionales realizadas en la Institución Gerontológica Hogar Corazón de Jesús, donde se trabajó con pacientes de sesenta y cinco años en adelante, ofreciéndoles atención psicológica con la finalidad, de que ésta se complemente con el trabajo médico para de esta manera el adulto mayor pueda tener una mejor calidad de vida; el objetivo de este trabajo de sistematización consiste en analizar aquellos efectos subjetivos que se pudieron obtener a través de la psicoterapia en el paciente.

El trabajo del psicólogo clínico dentro de esta institución gerontológica apuntó al rescate de la subjetividad de los pacientes tratados, en donde se dio un lugar importante a la palabra del adulto mayor, priorizando su deseo, para de esta manera romper con aquellos prejuicios del imaginario social, que impedían ver a este tipo de pacientes como alguien con quien ya no era necesario trabajar, debido a su cercanía con la muerte.

Para el abordaje a estos pacientes se utilizó una escucha orientada por el psicoanálisis, el cual permitió entender el discurso del adulto mayor desde otra perspectiva y orientó al momento del diagnóstico y de las intervenciones.

Palabras claves: Adulto mayor, Psicoterapia, Subjetividad, Instituciones gerontológicas, calidad de vida

ABSTRACT

This document is the systematization of pre-professional practices carried out in the Geriatric Institute Corazón de Jesús, where the work was done with patients between sixty-five and older, offering counseling in order to this complements the medical work, so that in this way the elderly can have a better quality of life; The aim of this paper is to analyze those subjective effects that could be obtained through psychotherapy with the patient.

The work of the clinical psychologist within this institution aimed at rescuing the subjectivity of patients, where they gave an important speech of the elderly rather, prioritizing their desire to break those prejudices of the social imaginary, which prevented to see these patients as someone that was no longer necessary work, because of its proximity to death.

To deal with these patients a listening oriented by psychoanalysis was used, which allowed understanding the speech of the elderly from another perspective and oriented at diagnosis and interventions.

KEY WORDS: Elderly, psychoteraphy, subjectivity, geriatric institutions, quality of life

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a la sistematización de las prácticas pre-profesionales realizadas en la Institución Gerontológica Hogar Corazón de Jesús, a partir del mes de mayo del 2014 hasta enero del 2015, donde se brindó atención psicológica a los adultos mayores que residían en el lugar y en el caso de ser necesario también se entrevistó a los familiares. Esta investigación tiene como objetivo principal analizar los efectos subjetivos del trabajo psicoterapéutico del psicólogo clínico con estas personas, para dar cuenta de lo necesario de este tipo de labor en dichas instituciones, ya que este campo ha sido poco explorado dentro del país y dentro de la misma institución, puesto que el área de psicología se introduce recién hace un año.

A su vez se busca demostrar que con el adulto mayor aún es posible trabajar a nivel psicológico, ya que por lo general en el imaginario social existen muchos prejuicios, donde se cree que estas personas ya no tienen de que hablar, de que ya no hay posibilidad de cambios en ellos, y debido a la cercanía con la muerte ya no hay nada que hacer; de esta manera son tratados como objetos a los cuales les dan cuidados mecanizados, produciendo la anulación de su subjetividad, restándole importancia a sus emociones y más bien medicándoles para aliviar el sufrimiento.

Para poder cumplir con el objetivo general se planteó una serie de objetivos específicos que permitieron complementar el trabajo, en un primer momento se determinó el perfil del adulto mayor, donde se abordaron las características más esenciales tanto a nivel biológico, psicológico y social, en un segundo momento, se caracterizó a las instituciones gerontológicas de manera general para luego abordarlas a nivel del país y posteriormente llegar a la institución donde se realizaron las prácticas, para de esta forma conocer más sobre los fundamentos de la misma y dar a conocer de qué manera el adulto mayor está inserto en este tipo de instituciones.

Otro de los objetivos planteados corresponde a la definición de la clínica del adulto mayor, donde se plantea los principios conceptuales de dos orientaciones, el psicoanálisis y la psicoterapia breve con orientación analítica que sustentaron esta clínica, siendo un punto clave para entender el discurso del paciente así como para realizar las intervenciones pertinentes; y finalmente se realizó la identificación de los efectos subjetivos en el adulto mayor como resultado del trabajo con el psicólogo clínico, donde fue necesario escoger de cuarenta y un casos trabajados, un número de cuatro para de esta manera poder sustentar y dar a conocer más explícitamente cuales fueron los logros obtenidos en los pacientes.

Los métodos utilizados para la elaboración de este trabajo fueron tres, el principal corresponde al estudios de casos, donde a partir de los casos tratados se analizó los efectos obtenidos para de esta manera dar cuenta del objetivo general, otro método fue el exploratorio, ya que se trabajó en un lugar donde había muy poco conocimiento sobre psicología y tampoco se habían realizado investigaciones de este tipo y por último el método exegético, el cual a través del análisis de todos los textos leídos se pudo obtener el marco teórico que sustentó la sistematización. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, las fuentes utilizadas fueron primarias y secundarias, y para el abordaje de los pacientes se utilizó la entrevista semidirigida y la observación.

JUSTIFICACIÓN:

A partir de la experiencia vivida en las prácticas pre-profesionales en el Hospicio Corazón de Jesús, aparece el interés por este tema. El departamento de psicología dentro del Hogar es una área aun poco explorada, tiene recién un año de haber iniciado la atención a los residentes, no se daba la importancia necesaria a los aspectos emocionales, más bien se los medicaba.

Como lo menciona Warner y Willis (2003) “La vejez a menudo es considerada como un estadio único de la vida y miramos a todas las personas que llamamos ancianas como la misma mezcla de sobrecogimiento y pena... En pocos otros momentos de la vida hay un estereotipo tan inadecuado como ocurre en la vejez” (p.82)

Dentro del sistema Institucional Gerontológico se puede observar cómo se ha llegado a cosificar al adulto mayor, anulando su subjetividad, destinándolos a cuidados mecanizados, a subirlos y bajarlos de las camas, sin cruzar una sola palabra con ellos, atribuyéndoles también la posición de *son como niños*. Todos estos aspectos han sido adoptados como medida de organización para poder establecer un orden tomando en cuenta la cantidad de residentes que poseen en dichas instituciones.

Son muchas las perspectivas que se tiene sobre el adulto mayor y aparecen más cuando están dentro de una Institución, donde hay un sinnúmero de personas con subjetividades diferentes, por lo tanto el trabajo a lo que apunta es a darle al adulto mayor el lugar de sujeto que merece, un lugar que va más allá de una clasificación médica, de un objeto o prejuicio.

La representación que tenemos de la vejez está a veces relacionada con la experiencia o la sabiduría de los viejos... la vejez es vista como una edad de enfermedad o de dificultades. Estas imágenes que tenemos de la gente mayor no están dadas por naturaleza sino que responden a las representaciones que circulan en las conversaciones cotidianas, en las

calles y espacios públicos, en la información de los medios de comunicación y en lo que escuchamos de la ciencia. (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, & Hernández, 2009, p. 48)

Este trabajo tiene un impacto social en tanto, apunta a un compromiso de mejoramiento de la calidad de vida de las personas de la tercera edad, a partir del rescate de su singularidad, que les permita diferenciarse del resto y no unificarse como pretende el sistema institucional, donde les asignan un número y se los agrupa por valentes, semivalentes o postrados.

La investigación se realizó a lo largo del proceso de las prácticas, que tuvieron una duración de ocho meses. Para la viabilidad de este proyecto se contó con la disponibilidad del lugar, así como también el acceso a los sujetos de investigación; lo que permitió que el proyecto se pudiera realizar adecuadamente.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

La experiencia de las prácticas pre-profesionales se llevó a cabo en el Hogar corazón de Jesús, desde el mes de junio del 2014, al mes de enero del 2015. El Hogar se encuentra en la avenida Pedro Menéndez Gilbert ubicado al lado de la sala de velación del cementerio general, al norte de la ciudad de Guayaquil.

Se trabajó con pacientes tanto de la sala de varones, como de mujeres, alrededor de cuarenta y un casos, estos servirán como referencia para los resultados y conclusiones de la sistematización de la práctica. Se tomaran cuatro casos para darlos a conocer en este trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos subjetivos del trabajo psicoterapéutico del psicólogo clínico con los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús, en Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil del adulto mayor.
- Caracterizar a las Instituciones Gerontológicas.
- Definir la clínica psicológica aplicada al adulto mayor.
- Identificar los efectos subjetivos de la psicoterapia en los adultos mayores.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

El trabajo de un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica que se centre en personas de la tercera edad, principalmente dentro de las Instituciones Gerontológicas no son tan conocidas dentro del Ecuador, las especializaciones más conocidas dentro de la psicología con orientación psicoanalítica, son la infantil, adolescente y adulto, pero para la tercera edad no existe en tanta proporción.

Se conoce que este campo ha sido estudiado en mayor proporción en Argentina, donde incluso existe la especialización en esta área en algunas universidades de ese país. Se considera nuevo este ámbito de trabajo tanto para la psicología, como para la sociedad, dentro de la Institución donde se realiza la investigación, esta área tiene un año de haber entrado en funcionamiento, mediante una entrevista con la trabajadora social, ella menciona que antes se creía que lo importante era solo que los mediquen, pero posteriormente nace la necesidad al ver que habían pacientes que más que medicamentos, necesitaban hablar y expresar su tristeza.

El trabajo con los adultos mayores apunta al rescate de aquella subjetividad, del reconocimiento de una persona que aún se encuentra deseante, todos estos detalles que muy propios y particulares se va perdiendo por diversos factores; entre los cuales tenemos la institucionalización de los residentes, por la mecanización del propio sistema, al no tener con quien hablar, al no recibir visitas de familiares, o amigos.

MARCO TEÓRICO

CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

No existen características esenciales y únicas que puedan denotar el inicio de la edad adulta mayor, puesto que cada individuo mantiene diversidad de características y condiciones; por lo cual, determinar si se encuentra o no en esta etapa resulta complicado; pero a nivel cronológico se puede establecer que dicha edad empieza a partir de los 65 años de edad.

Es el inicio de esta etapa donde se levanta una serie de preocupaciones por todo lo que el proceso de envejecimiento implica pero también mitos sobre la tan denominada **vejez**, mitos como: *la imagen que evoca la palabra viejo es la de una persona endeble que cojea con un bastón o dormita en una mecedora* (Papalia, Wendkos, & Duskin, 1992, p. 530)

Es por esta razón que el estudio del adulto mayor implica un ámbito biopsicosocial, en tanto se producen en ellos cambios a nivel biológico, psicológico y social, cada uno de estos campos nos permiten ir conociendo los verdaderos cambios que se dan y con eso romper con los mitos que existen sobre el proceso de envejecimiento. “Lo biológico, psicológico y social están comprometidos en el desarrollo humano, pero es imposible ignorar el peso de los factores culturales, ni el contexto histórico, que construyen la trama sobre la que se entretienen las vidas” (Muchnik, 2006, p. 24)

La vejez separa más del resto de la sociedad que otras etapas cronológicas o sociales, suscita reacciones negativas. Se describirían tres tipos de esta: la cronológica, la cual viene por el hecho de haber cumplido 65 años; la vejez funcional, corresponde a la utilización del término viejo, como sinónimo de incapaz o limitado, esto es considerado como una concepción errónea, ya que no necesariamente implica incapacidad; y la etapa vital, en donde a pesar de reconocer las limitaciones, atribuye potenciales únicos y

distintivos, como serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. (Millán, 2006, p. 10)

La Gerontología

Debido a la complejidad del tema, es preciso mencionar que existe una ciencia que se encarga del estudio específicamente del adulto mayor: la Gerontología, es definida por Millán, (2006) como “la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos como psicológicos o sociológicos, teniendo en cuenta, además, su evolución histórica y los factores referidos a la salud de la persona mayor” (p.3). Según el autor en mención, la palabra *Gerontología* tiene origen griego y está formado por dos elementos: *geronto*, que significa viejo, anciano, y *logía*, que quiere decir tratado, estudio o ciencia.

Ahora, es importante darse cuenta que dentro de este campo de trabajo, se debe conocer el proceso de envejecimiento, los factores que influyen en él y sobre todo tener el desafío de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, tomando en consideración las posibilidades de las personas en esta edad, para que los objetivos trazados puedan llevarse a la realidad.

Al adulto mayor se lo ubica en la última etapa del desarrollo del ser humano, sin embargo, es importante aclarar que no necesariamente la vejez es una enfermedad, si bien es cierto, existe la posibilidad de sufrir patologías orgánicas, en mayor proporción dentro de esta etapa, eso no quiere decir que suceda en todos los casos. Si bien existen adultos mayores que pueden verse afectados por dichas patologías, habrá otros que no las padezcan.

Parafraseando a Millán (2006) , las patologías orgánicas que se pueden manifestar en el adulto mayor, presentan características específicas, las cuales son indispensables de conocer para el trabajo psicológico con estas personas; así tenemos.

Pluripatología. Se refiere a la presencia de varias alteraciones de la salud al mismo tiempo; lo más probable es que estén afectados varios órganos y sistemas.

Cronicidad o Invalidez. Las enfermedades en esta edad suelen afectar a las personas mayores de manera crónica, con tendencia a la invalidez, por lo que necesitan la ayuda de otras personas.

Atipia o presentación inespecífica de la enfermedad. Muchos síntomas o dolencias pueden dar lugar a confusión a la hora de establecer el diagnóstico correcto.

Todas estas patologías orgánicas, que se podrían presentar en los adultos mayores pueden traer consigo consecuencias tanto a nivel social como familiar, produciendo así algún malestar dentro de estos ámbitos, por lo cual es importante tomar en cuenta estos aspectos cuando se realice un trabajo con el adulto mayor.

Según las características que presenta el adulto mayor, es necesario que reciba una atención multidisciplinaria: Médico, Psicólogo, Enfermero, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Logopeda, Trabajador Social. (Millán, 2006, p.11).

Médico. Preferentemente especializado en Geriatria.

Psicólogo. Estará orientado a un trabajo clínico, donde se dará paso a un espacio de escucha, buscando atender a la problemática psicológica de los pacientes, tomando en consideración aspectos como la conducta, los procesos cognitivos, las relaciones familiares y el trabajo multidisciplinario con otros profesionales.

Enfermero. Enfermería Geriátrica.

Terapeuta Ocupacional. Es el profesional que a través de varias actividades, físicas o psíquicas, interviene en el mantenimiento o recuperación de la función.

Fisioterapeuta. Sus terapias van dirigidas a reducir la incapacidad física y contribuir al bienestar general del paciente.

Logopeda. Interviene en los trastornos de comunicación y del lenguaje, facilitando el establecimiento de las vías de comunicación.

Trabajador Social. Tiene como función ayudar al paciente y a su familia informándoles de los recursos sanitarios, sociales y económicos en la comunidad, dirigiendo su atención sobre todo a los menos favorecidos.

Aun cuando no todos los adultos mayores tengan acceso a la atención de este grupo de profesionales, es importante mencionar que sería ideal que puedan vivir esta etapa de la mejor manera posible.

Los cambios que se producen en el Adulto Mayor

En toda etapa por la que el ser humano atraviesa se produce una serie de cambios a nivel biopsicosocial, el adulto mayor no es la excepción, al ingresar al proceso de envejecimiento sufren diversas transformaciones en diferentes ámbitos, afectando su desempeño en las diferentes actividades que desempeña; pero es importante saber distinguir que cambios son propios de la edad y cuales son derivados de una enfermedad o de diversos factores ambientales o genéticos.

Los **cambios biológicos** se dan a nivel de los sistemas:

El Sistema Sensorial. Se ven afectados los sentidos, la visión, la audición, el gusto, el olfato y el tacto; cambios como: disminución de la agudeza visual, disminución de la sensibilidad para percibir los sabores, aparición de arrugas, manchas y flacidez

El Sistema Orgánico. Aparece una pérdida de masa muscular, los huesos se vuelven más porosos y quebradizos, son más vulnerables a las fracturas y caída; las articulaciones se degeneran lo que produce falta de flexibilidad, y por consiguiente la aparición del dolor.

El Sistema Cardiovascular. Se producen cambios en el corazón, puede haber engrosamiento del ventrículo izquierdo y una pérdida de la capacidad de contracción, los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad dificultando el paso de la sangre; todos estos cambios producen un menos aporte de sangre oxigenada, disminuyéndose la fuerza y la resistencia física.

El Sistema Digestivo. Se dificulta la digestión ya que se reduce el metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago e intestino delgado, esto se acompaña de pérdida de piezas dentales, atrofia de la mucosa gastrointestinal.

Todos estos son algunos de los cambios que se producen a lo largo de esta edad, hay que recalcar que no en todos sucede lo mencionado, ni tampoco de la misma manera entre una persona y otra. (McGraw-Hill, 2014, p. 23-25)

La Nutrición en el adulto mayor. Con el paso de los años el organismo de cierta manera necesita cambios en la alimentación, en la etapa de la adultez mayor los huesos de los ancianos se vuelven más frágil y porosos, van perdiendo calcio, el tono muscular disminuye, y tienden a sufrir de estreñimiento, es por esto que según Grace.J en el texto Desarrollo Psicológico (2001) se recomienda un cambio de alimentación, donde se dé una dieta especial con alimentos que sean ricos en los nutrientes o proteínas que necesitan en dicha edad.

Alteraciones del Sueño. Dentro del imaginario social es común escuchar que mientras más años tiene un adulto mayor, menos horas duerme. Pero en realidad estas alteraciones del sueño no son parte inevitable del envejecimiento, puede que esté ligado a algún tipo de trastorno

del sueño, a una enfermedad e incluso a algún medicamento. Esto es importante poder identificar en el adulto mayor, ya que si se trata de un problema grave del sueño, se puede buscar ayuda en profesionales de medicina, e incluso derivar al paciente a un Psicólogo para que pueda hablar de aquellas preocupaciones y situaciones que no le permiten conciliar el sueño.

En el adulto mayor podemos notar un cambio de distribución de las etapas del sueño: aumenta el sueño de la etapa 1 (sueño ligero), y disminuye el de las etapas 3 y 4 (sueño profundo). Por lo tanto cuando se concilia el sueño, en general no es un sueño profundo y satisfactorio. (Grace. J, Craig, Bacucum.D, 2001, p. 555)

Los cambios a nivel de la sexualidad. La sexualidad forma parte de las necesidades básicas de la persona, siendo la tercera, después de la necesidad de alimentación y la de seguridad, pero a lo largo de la historia se ha catalogado al adulto mayor como asexual, produciendo así una marginación, sin embargo existen personas que a esas edades guardan deseos sexuales aún, claro que las relaciones sexuales en esta etapa ya no son en la misma intensidad y frecuencia que cuando estaban jóvenes. La sexualidad se vive de diferente manera en hombre y mujeres: (Velásquez, 2012, p.4)

Tabla 1

La sexualidad se vive de otra manera

Mujer	Hombre
Menopausia. Cambios hormonales, manchas, más arrugas, menor lubricación vaginal, relaciones sexuales más dolorosas.	Disminución de la testosterona, menos pelos, eyaculación más lenta y distanciada, disminuye el impulso sexual.

Fuente: Velázquez, I. Psicología del desarrollo del adolescente y el adulto, 2012

Parafraseando a Papalia (1992), las relaciones sexuales también pueden ser de vital importancia para la vida de los adultos mayores, no se trata únicamente de recuerdos o parte de un recuento de los placeres del pasado, ya que la sexualidad se pueden expresar a través del afecto, las caricias, la cercanía e intimidad, no implica únicamente las relaciones sexuales; es así que los adultos mayores también pueden disfrutar de la sexualidad en esta etapa de la vida.

Los principales **cambios sociales**. En el adulto mayor, aun cuando los aspectos sociales son menos visibles que los biológicos, no dejan de ser importantes en esta etapa del desarrollo humano. Aquí se producirá una pérdida del estatus relacionada con el fin del periodo productivo, lo que afectará de una u otra manera la integración del adulto mayor a la sociedad. “Esta circunstancia dota al hecho de la jubilación de un cierto carácter igualitario, con ella se difumina de algún modo la distancia social”. (Millán, 2006, p.43).

Hoy nos enfrentamos al desafío: la sociedad envejece pero aún no ha quedado definido el espacio social de los viejos. Este hecho conspira con

un nuevo fenómeno de segregación, con un prejuicio específico hacia la vejez. (Muchnik, 2006, p.47).

Surge, parafraseando al autor en mención, una pregunta importante, ¿Cuándo realmente comienza el envejecimiento?, si bien es cierto, el ser humano pasa por distintas etapas evolutivas, en estas, hay células que nacen y mueren. Desde el nacimiento se empieza a envejecer ya que la vida es en todo momento un proceso dinámico.

Frente a esta situación de **vacío social**, como lo menciona Millán (2006), es importante que se empiece la búsqueda de actividades que logren mantener al adulto mayor motivado, ocupado una parte del día, que asistan a lugares de apoyo que ayuden a la persona a superar estados anímicos bajos, a sentirse útil y activos, de esta manera van encontrando grupos en los cuales puedan realizar actividades, compartir experiencias y lograr algún tipo de integración social. (p. 69)

La imagen del cuerpo de un adulto mayor, es la imagen de un cuerpo cansado, de cierta manera deteriorada y lenta. Es importante tener en claro, que a pesar de lo dicho, también es un cuerpo que tiene emociones, sensaciones, sentimientos y necesidades, por lo que es dado pensar que pueden sufrir si no son escuchados o atendidos.

Una de las situaciones a las que están más propensos los adultos mayores por sus características, es a las caídas accidentales, es por esto que necesitan apoyo de otras personas para poder evitarlas. Ante estos cambios tanto dentro del cuerpo como en el área social, cada adulto mayor puede escoger una posición distinta de enfrentarlo, ya sea de manera negativa o positiva.

Los principales **cambios psicológicos**. Debido al sinnúmero de cambios que se producen en el cuerpo y a nivel social, el individuo se enfrenta a muchas pérdidas que lo desestabilizan y que lo hacen vulnerable frente a la depresión y al suicidio; a su vez la etapa por la que pasan implica un

proceso de aceptación de cada una de las cosas que han cambiado y que no volverán a ser iguales. Entran en un proceso de resignificaciones sobre la vida, donde se recuerda todo aquello que se vivió y que forma parte de su historia, aparece un sentimiento de interioridad extremo, este proceso constituye una manera de conservar el tiempo, de valorar aquello que se hizo y lo que no pero todo a base de puros recuerdos.

Entre los síntomas más frecuentes que presentan las personas de adultez mayor podemos destacar:

- Variación de estado de ánimo
- Depresión
- Ansiedad

Es importante señalar que estas enfermedades con trastornos cognitivos van acompañadas de alteraciones del comportamiento:

- Son causa de institucionalización del paciente
- Agravan la carga asistencial del cuidador
- Intervienen en el tratamiento
- Son el tratamiento inicial de algún otro tratamiento (González, Iglesias, Balo, & Gómez, 2006, 2006, p. 128).

La psicología se ha preocupado por ver en qué medida los cambios de las funciones cognitivas se deben al proceso de envejecimiento, dentro de éstas encontramos la inteligencia, memoria y razonamiento. Pudiendo explicarlas como aquellas actividades mentales que realiza el individuo al interactuar con su alrededor.

Tabla 2

Evolución de las funciones cognitivas con relación al envejecimiento

Capacidad	Descripción
Memoria	La información inmediata se capta con más lentitud y cuesta recuperarla. Problemas en el recuerdo y evocación
Lenguaje	Más rico, mejora el vocabulario. Declive de la influencia verbal
Personalidad	Estabilidad / cambio
Estado Afectivo	Mayor cautela, conformismo y aceptación
Inteligencia	Déficit en el procesamiento de información
Percepción	Algo disminuida
Tiempo de reacción	Disminuido
Velocidad de procesamiento de información	Enlentecido

Fuente: González y otros, 2006, p. 114

Según Muchnik (2006), “existen enormes diferencias en la manera en que cada individuo envejece, que abarcan desde las habilidades físicas hasta las energías y el compromiso con la vida” (p. 69).

Como lo menciona Fernández en Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración (2007), este proceso se podría producir

por la conciencia de quien se encuentra frente a las últimas oportunidades de **re-escritura**, de una producción de (auto) biografía, para facilitar la construcción de esto, entra en juego el análisis, donde bajo el calor de la transferencia con el analista, que podría encarnar imagos parentales idealizados y así puede facilitar la construcción y significación de sus historias. (p.2)

Dentro del campo de la adultez mayor también encontramos a la psicología del envejecimiento, en la cual se podría definir como: “La disciplina encargada del estudio del comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores, esta ciencia abarca además del campo de análisis, el de la intervención, ya que propone acciones encaminadas a mejorar la adaptación y calidad de vida de las personas”. (González y otros, 2006, p.113).

La subjetivación del proceso de envejecimiento

Cuando se inicia el proceso de envejecimiento aparecen diversos efectos sobre el adulto mayor, sobre su cuerpo, la sexualidad, miedo a la soledad, pérdida de ideales, pérdida de lugares sociales, etc., estas circunstancias producen diversos eventos psicológicos que implicarían necesariamente una subjetivación para no desencadenar en una patología.

Para empezar explicaremos sobre las pérdidas en los adultos mayores, aspecto que es fundamental, puesto que vienen una tras otra, el duelo por estas pérdidas abarcan y producen una transformación en el plano psíquico, corporal y social, modificando la economía psíquica; por ejemplo la aparición de las nuevas generaciones denotan la juventud y la vitalidad, llevando al adulto mayor a centrar su energía en sentimientos ambivalentes.

El nacimiento de los nietos provoca sentimientos ambivalentes muchas veces: la alegría por su presencia, señal del crecimiento de los hijos y la continuidad generacional al tiempo que señalando la

finalización de muchos tiempos personales con el horizonte de la propia muerte. (Fernández, 2006, p.117)

De la mano de esto, viene la pérdida del rol familiar, la viudez, los hijos tienden a casarse e irse de la casa en la que vivían y en algunos casos las personas son dejadas en instituciones gerontológicas. Estas situaciones hacen que el anciano viva con angustia, sentimiento de soledad y abandono. La muerte de padres, hermanos y familiares hacen que este sea un tema difícil, vivir con sentimiento e ideas de no *tener a nadie a quien acudir*. (Bazo, García, Hernández, Leira, López, Millán & Taboadela, 2006, p. 97).

La vejez es un periodo de la vida que se caracteriza por las constantes pérdidas de personas queridas, de los roles familiares, estatus sociales, y que la manera de asumir estas pérdidas determina la manera de estar y de vivir la vejez. (Bazo y otros, 2006, p. 98).

Aparecen las pérdidas provocadas por la jubilación, suelen causar ansiedad más en los hombres que en las mujeres, ya que las mujeres aunque hayan tenido alguna actividad laboral, han realizado las actividades domésticas y seguirán haciéndolo mientras sus capacidades físicas y mentales se lo permitan, mientras que los hombres una vez jubilados tienden a mantenerse dentro del hogar sin ninguna actividad que los haga sentirse útiles consigo mismos.

También se puede evidenciar la pérdida del vínculo con las demás personas, amigos o grupos a los que pertenecían que por lo general tenían que ver con la actividad laboral que el adulto mayor realizaba. Aparece dificultades para asimilar los avances tecnológicos con la rapidez que la sociedad exige, razón por la cual puede verse relegados y marginados.

Es importante tomar en cuenta que ante toda pérdida es necesaria la elaboración de un duelo, un tiempo de aceptación de lo ocurrido, en cada adulto mayor se da de manera distinta, unos a corto tiempo logran

adecuarse a su nueva situación de vida, y otros toman una actitud de desinterés y pérdida del sentido de la vida.

Ante estas situaciones hay la opción de lograr adecuarse o tener reacciones negativas ante lo sucedido, las cuales son: (Saldaña & Molina, 2013)

Aislamiento. El adulto mayor tiende aislarse de todas las actividades sociales que se le presentan, adopta una actitud de ausencia frente a todo lo que sucede a su alrededor, ya no conversa con los demás, prefiere pasar el tiempo sentado mirando al frente; solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales.

Apegamiento a sus bienes. El adulto mayor opta por conservar todos sus recursos materiales, se coloca en la postura de retener lo que tiene, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad.

Refugio en el pasado. Debido a la disminución del proceso fisiológico y la memoria de fijación se aumenta la evocación, por lo cual la vida se llena de recuerdos; por esto muchas veces en el discurso del adulto mayor se repite un relato; es una forma de revalorizar el pasado, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás.

Reducción de sus intereses. Debido a la dificultad que implica asumir nuevos intereses o nuevas opciones posibles, el adulto mayor opta por limitar su mundo al ámbito de lo que puede controlar; conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción.

Negarse al cambio. En el envejecimiento las personas se enfrentan a un sinnúmero de cambios que implican esfuerzos de adaptación, es aquí que

aparece un rechazo al cambio y traslado a una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda.

Como toda etapa de la vida, la adultez mayor tiene una manera diferente de vivenciar los acontecimientos, aparecen tres características esenciales, la distancia, la inmovilidad y la temporalidad.

Cuando nos referimos a la distancia, podemos denotar que la manera de vivir del adulto mayor ya no implica la urgencia y el ajetreo que se da en la niñez, en la adolescencia o la vida adulta, donde lo que se busca es objetivos a corto o mediano plazo; en la adultez media en cambio ya se opta por una conducta de recogimiento, se marca una distancia frente al mundo, siendo una nueva forma de vivir, donde ya solo se espera lo que la vida le tenga preparado y ya no implica un esfuerzo para lograr objetivos.

Los ancianos pueden estar sentados mucho rato en un parque, mirando, como si lo que acontece a su alrededor, la vida de los niños y de los jóvenes, fuera un escenario, contemplan, y, a veces, con los ojos, aprueban o desaprueban. Pero han tomado una actitud contemplativa y distante. (Caputto, 2012, p. 1)

En cuanto a la inmovilidad podemos decir que se trata de la manera en como realizan las cosas, se observa que ya no tienen la misma vitalidad que antes, realizan actividades con lentitud, una por una, y esto se debe a la reducción de la motilidad que se presenta, lo que produce un efecto en las vivencias pulsionales de la vitalidad; se podría asemejar la vitalidad con la vida, disminuyendo así un deseo de vivir.

La experiencia enseña que los niños y los jóvenes tienen mayor necesidad de movimiento y actividad que los adultos y que la tendencia al descanso aumenta con la edad, lo cual ocurre por la disminución general de la fuerza vital, que se hace menor cuanto más viejo es el hombre hasta apagarse al llegar la muerte natural. (Lersch, 1968, p.110)

Y con respecto a la temporalidad se puede observar que el adulto mayor vive el tiempo con mayor lentitud, ya no existe un apuro para realizar sus cosas, se toma el tiempo necesario y hasta más, a su vez se pierde la percepción adecuada de lo que es importante y de lo que no, puede llegar a considerar importante la pérdida de una cuchara y no la pérdida de un familiar.

Dentro de este ámbito aparece un aspecto importante, el adulto mayor deja de lado el futuro e incluso su presente y le pone toda su energía y entusiasmo al pasado, lo presentifica, haciéndolo parte de su presente; en su relato revive todas aquellas vivencias que le sucedieron en algún momento y en esta acción le encuentra un sentido a su vida. Este futuro es el que se va acortando a medida que envejecemos, y, en cambio, va aumentando el pasado. Es por eso que el anciano suele vivir de recuerdos, más que de proyectos. (Caputto, 2012, p.3)

En la adultez mayor aparecen dos peculiaridades que se expresan a nivel psíquico con las que se podría trabajar terapéuticamente: (Salvarezza, 1998, p.80)

Acentuación de la interioridad con un mayor énfasis en la introspección y evaluación vital, así como con un intento de estimación del sí-mismo (self). En los casos mejores este proceso abre camino a la integridad y al proceso, deseable, de la **rememoración**. En algunos sujetos narcisistas, puede tornarse en desesperación y el penoso sentimiento de la nostalgia por lo perdido, por lo que no pudo ser.

Personalización de la muerte vivenciada a través de la muerte de pares y seres allegados. Es decir que la muerte deja de ser una concepción más o menos abstracta. Es un cambio en relación al tema en sí mismo, en tanto ahora se vuelve un problema más personal. Se trata de la propia vivencia de mortalidad. La certeza de lo indefectible de la propia muerte.

Lo que corresponde a la personalización de la muerte mediante procesos de elaboración y aceptación o mecanismos de negación, pasan a ser desapercibidos por un momento, alejándose de las preocupaciones del adulto mayor; sin embargo el encuentro tan cercano que tiene el adulto mayor con la muerte puede provocarle niveles altos de angustia y desencadenar en una depresión, que debe ser tratada.

Incluso una actitud de rechazo provocada por la imagen del deterioro y de una vida aproximándose a su fin, nos hará volver a enfrentarnos con el tema de la castración en su máxima expresión: la muerte (Fernández, *El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez*, 2007, p.78)

Hay que recalcar que la acentuación de la interioridad es inevitable eludirla, ya que su presencia ayuda en un proceso adecuado de envejecimiento, se podría decir que este permite una salida normal. Parafraseando a Fernández en *Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración* (2007), el incremento de la interioridad corresponde a un proceso por el cual volvemos la atención sobre nuestras vidas, sobre nuestros recuerdos, rememorándolos, reconstruyéndolos, pero es importante distinguir entre el incremento de la interioridad de su versión patológica, que corresponde al aumento y colapso del narcisismo.

Esta interiorización le permite al adulto mayor reencontrarse con aspectos que valoraban mucho, hay una posibilidad de reparar un duelo frente aquello que no pudo ser posible, en muchos de los casos la queja de estas personas va en torno a ideales no cumplidos u objetivos que fueron desempeñados a medias, permitiéndose así cerrar estos círculos que han quedado pendientes; una de las ventajas de este proceso es que es una forma de conservar el tiempo y de permitirle percibir que es lo que en realidad está ahí, en ese tiempo y no es solo puro recuerdo.

El proceso de envejecimiento implica muchas variables que enfrentan al adulto mayor a situaciones, donde los mecanismos de defensa no son

suficientes para hacer frente a esa realidad de pérdidas y cambios, es por esto que ellos están más propicios a caer en la depresión, en ideas suicidas, en episodios de angustia y otros eventos que en muchos casos pueden llevar a un incremento en el deterioro cognitivo.

El adulto “normal” sabe aceptar las limitaciones; saber cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo. Es importante considerar en esta edad el concepto de bienestar subjetivo, correlacionado con el estado psicosocial y físico del individuo. Se refiere a la sensación de bienestar y su capacidad para conservarla, que tenga o no el adulto mayor y se relaciona con qué tan satisfecho se siente consigo mismo y las metas alcanzadas en la vida. (Fernández, *Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración*, 2007, p.2)

Pero hay que tomar en cuenta que no solo se debe atender a la satisfacción de las necesidades psicológicas, siendo estas contacto, vínculo social, amor, reconocimiento, etc.; sino también, cuando se habla del adulto mayor aparecen las necesidades espirituales, culturales, religiosas, que tienen que ver con aquellos valores que les han dado sentido a sus vidas, y que en esta edad se han reforzado más.

Frente a todas estas circunstancias mencionadas aparece la clínica psicológica del adulto mayor, la cual nace con la finalidad de abordar todos estos eventos psicológicos que se producen en el adulto mayor, permitiendo tener un abordaje diferente de la clínica médica y de todas las especialidades que se dedican a tratar a estas personas en esta etapa final del desarrollo; debido a la complejidad del proceso de envejecimiento y de todos los efectos que este tiene, es necesario que el adulto mayor lleve un acompañamiento psicológico para poder ayudar en esta subjetivación, que sería lo que se espera y lo más adecuado en estos momentos de la vida.

CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIONES GERONTOLÓGICAS

Las instituciones gerontológicas son estructuras sociales formadas por diversas normas y que existen en función de un objeto, el adulto mayor, y un objetivo, la asistencia de sus necesidades. A su vez está integrada por un equipo multidisciplinario de profesionales tales como: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, gerontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y personal de administración que con un trabajo en conjunto buscan el cumplimiento de dicho objetivo.

Como toda institución lo que va buscar es ordenar y normar el comportamiento, en este caso de los adultos mayores, produciendo así una homogenización y por tanto una pérdida de la singularidad de cada uno de los que la integran, esto se contrapone al trabajo que como psicólogos clínicos nos planteamos, ya que lo que buscamos es rescatar la particularidad de cada uno; por lo cual es indispensable conocer sobre el contexto institucional, para poder determinar, desde la mirada del psicoanálisis, de qué manera este influye en nuestro objeto de estudio.

Las instituciones son organismos creados por las fuerzas normativas de la sociedad contra el surgimiento de derivados del inconsciente repudiados, a expensas de los cuales pudo ser preservada esa **normalidad**. (Mannoni, 1976, p.82)

Para poder mantener una estabilidad dentro de las instituciones, es indispensable que los integrantes se mantengan cumpliendo los reglamentos que estas implican, y mantengan conductas que no se salgan de la norma; ya que si se salen de lo establecido no formarían parte de esta habitualidad y su permanencia podría verse afectada, llegando incluso, en algunos casos, a ser separados de la institución.

Desde esta perspectiva y parafraseando a Mannoni (1976) se puede determinar que los cuidados que se reciben en estas instituciones apuntan entonces a un mito de regresión justa y necesaria para el **bien** de un paciente, tratándolo así como un niño, produciendo que se adopten medidas pedagógicas y se aleje del análisis; se opta por enseñarle un comportamiento o inducirlo a él, para de esta manera no salirse de la **normalidad** establecida como institución. (p.75)

Si bien es cierto y como lo mencionan Kaes, Bleger, Enríquez, Fornari, Fustier, Roussillon & Vidal, (2002), psicoanálisis e institución es una práctica que nunca ha sido teorizada, quizá por haber sido desacreditada como *psicoanálisis aplicado*, quizá por las dificultades que trae consigo tratar de unir estos dos términos. En la actualidad vemos psicoanalistas enfrentados a esta realidad, donde más allá de las paredes de un consultorio o del utilizar un diván, están enfrentados a nuevas tareas, donde brindan asistencia, enseñan, dirigen, psicoanalizan; fundan instituciones y ejercen en ellas funciones jerárquicas, políticas, económicas y terapéutica y en ocasiones todas a la vez.(p.11)

Ahora, resumiendo a Kaes y otros (2002), quien menciona que cuando se piensa en la institución en el campo del psicoanálisis, los psicoanalistas se ven enfrentados a una serie de dificultades del diario trabajar; entre ellas, los fundamentos narcisistas y objetales de su posición de sujetos comprometidos con el deber de la institución; así también, por estar asistiendo a ella se ven enfrentados con el hecho de que esta los precede, sitúa, piensa, habla e inscribe en sus vínculos y discursos. (p.15)

Entonces, ahí viene el desafío del psicólogo clínico, que al igual que los psicoanalistas, que a pesar de dichas dificultades logren realizar su trabajo en un contexto institucional. Resumiendo a Kaes y otros, ellos mencionan que a esto podría llamárselo, *Psicoanálisis sin diván*, en donde a los psicoanalistas de las instituciones se les pide que intervengan sobre aquella realidad diferente, una realidad psíquica compartida, común y a la vez

singular que se encuentra estancada y silenciada en dicha institución.(2002, p.11).

Como lo menciona Mannoni, (1976), cuando existe la introducción de la situación analítica, dentro de una institución, esta corresponde a la inserción de una fisura que mueve la rigidez del encuadre institucional, cuando se inicia el trabajo, el psicoanalista se encuentra con el paciente quien en medio de la sesión hará surgir todo ese encuadre rígido, que corresponde al establecimiento de horas fijas, de la elección de una día específico, de aspectos que no se salgan de la norma en la que ya están inmersos; siendo este un medio para su protección. (p. 86)

De una u otra manera, tanto el psicoanálisis como la institución a lo largo del tiempo tienen formas de vivir, lo cual lleva hacer un sin número de preguntas sobre el inconsciente que allí se manifiesta, sobre la manera que debe ser escuchado el discurso de la institución, sobre la demanda y sobre el sujeto mismo. Como bien se sabe, aquí podría entrar en juego cual es la demanda que el psicólogo clínico debería atender, por un lado encontramos a la institución como tal, por otro lado están los sujetos que allí asisten, grupos y familias. (p.12)

Parafraseando a los autores ya mencionados, el trabajo del psicoanalista también se lo ve como un intento de tomar en consideración la subjetividad, aquello único y singular de cada paciente con la finalidad de rescatarla, también es importante tomar en cuenta que está en juego el sufrimiento y el goce del que la institución.

Ellos definen a la institución como el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre; que regula las relaciones, preexiste y se impone a sus miembros, y se inscribe en la permanencia. Cada institución tiene una finalidad que la identifica y la distingue, y las diferentes funciones que son confiadas se encasillan grosso modo. (Kaes y otros, 2002. p. 15)

Clima característico de cada institución: se conjugan en él la historia y la estructura de la institución, la índole y los constreñimientos de su tarea primaria, la estructura inconsciente que organizan en ella las relaciones, en función de las satisfacciones con las que se puede contar de antemano. (p.12).

Por otro lado, Castoriadis (1983) menciona a la institución como “una red simbólica” en la que se combinan elementos variables del componente funcional e imaginario” (p. 219); es decir, se entiende a la institución como una formación producto de la sociedad, con un marco de ideas, creencias, costumbres que vienen de base y regulan de una u otra manera las relaciones del diario vivir. De aquí se parte para pensar que el imaginario social, con la necesidad de la organización y de las funciones, está en la fuente de la institución. *El imaginario social no es inmutable, es actor y motor de la historia.* (Kaes y otros, 2002, p. 24)

La institución vincula, reúne, y administra formaciones y procesos heterogéneos: sociales, políticos, culturales, económicos, psíquicos (...) Esta constituye, además, el lugar de doble relación: del sujeto singular con la institución y de un conjunto de sujetos ligados por y en la institución. (p. 30)

Se considera fundamental conocer que dentro de las instituciones existe un trabajo de los conjuntos heterogéneos dotado de espacios psíquicos comunes, donde consiste en reducir lo heterogéneo en beneficio de lo homogéneo, es decir, sostener el principio de la causa única y de la función del ideal, reducir la desviación y la disonancia cognitiva, privilegiar las funciones metonímicas en las relaciones de la parte con el todo, del elemento con el conjunto (p.30). Es por esto que dentro de las instituciones para un mayor beneficio y organización, se asigna un número a cada integrante, un horario para realizar actividades, y rutinas que deben recibir en conjunto, de esta manera logran realizar el trabajo y cumplir con órdenes

de la institución, más sin embargo lo singular se va quedando de lado poco a poco.

Mediante el análisis que hacen pueden distinguirse tres tipos de sufrimientos, se trata de la queja o la designación de la causa; una es inherente al hecho institucional mismo; la otra, a la institución particular, a su estructura social y a su estructura inconsciente propia; la tercera, a la configuración psíquica del sujeto singular. (p. 54)

Este sufrimiento, fundado en un desarrollo incontrolado de la angustia, es patológico; en las instituciones, como en cualquier otra parte, paraliza y deteriora de entrada el espacio psíquico interno, propio del sujeto singular, y los espacios comunes y compartidos de los sujetos asociados en las diferentes configuraciones del vínculo. (p. 54)

A partir de los tres tipos de sufrimientos, se puede entender que son varios aspectos los que de cierta manera pueden influenciar en el malestar de la persona, no solo está de lado del sujeto, sino que entra en juego el lugar que tiene dentro de la institución y de qué manera este puede ayudar avanzar o estancar al sujeto.

Las instituciones se presentan como conjuntos culturales, simbólicos e imaginarios. Y en el texto *Trabajo de la muerte en las instituciones*, Enriquez (2002) explica de qué manera se pueden identificar dichos sistemas.

Sistemas culturales. Establecen un sistema de normas, valores, un sistema de pensamiento y acción que debe modelar la conducta de los individuos, llegando a establecer cierta manera de vivir en la institución. Estos momentos culturales son indispensables para el establecimiento y permanencia de la institución, garantizando así la identidad a la que aspira cada conjunto social.

Sistemas simbólicos. Una institución no puede vivir sin contar y/o inventar una historia, la cual ocupará un lugar en la memoria colectiva; mitos, ritos, héroes, sagas, cuya función es servirles como sistema de legitimización dando así sentido a la práctica y sus vidas.

Sistemas imaginarios. Imaginarios en la medida en que la institución va a tratar de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencia y de falta de amor. (p.84)

Parafraseado a Enríquez (2002), la institución intenta garantizar protección en algunos aspectos: de sus miedos, de la destrucción, de la angustia, y sobre todo de este sentimiento de fragmentación que suscita toda vida comunitaria. Ahora, al intentar prometerles todo lo mencionado, tratan de responder a dicho llamado, tiende a sustituir con su propio imaginario el de ellos.

Las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, se presentan como conjuntos englobantes que inspiran a imprimir el sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y en la psique de cada miembro. Van a favorecer la construcción de individuos que les sean devotos, en la medida de que logren instaurarse para ellos como polo ideal, y enfermarlos de ese ideal. (Enríquez, 2002, p. 84)

Las Instituciones Gerontológicas en el Ecuador

Para hablar de las instituciones gerontológicas dentro del Ecuador nos serviremos de la Norma Técnica de Población Adulta Mayor, del año 2014, la cual obliga su cumplimiento y tiene como objetivo garantizar la calidad de la prestación de los servicios de atención integral, para adultos mayores; a través de esta se puede regular el funcionamiento de los centros gerontológicos. Con la creación de esta norma, que implica una serie de

acciones, se busca asegurar el proceso de prevención, protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor, todo esto con la búsqueda de un proceso de envejecimiento positivo. (Inclusión, 2014, p.9)¹

En el capítulo tres de la Constitución de la República del Ecuador, que trata sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección adulta y adulta mayor se garantiza la existencia de las instituciones gerontológicas con la finalidad de darle atención a esta parte de la población. (Educación de Calidad, 2014)

El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. (Art.38)²

En la política pública para la población adulta mayor, que se enfoca en hacer prevalecer los derechos de dichas personas, aparecen tres ejes importantes e indispensables: la inclusión y participación social, la protección social y la atención y cuidado, dentro de este último se menciona la operación de servicios y centro gerontológicos. Es aquí donde se plantea la creación de unidades de atención para la población adulta mayor, que serán regidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, estos centros se dividen en cuatro modalidades:

²Ver Anexo 2

- Residencia
- Atención diurna
- Atención en espacios alternativos
- Atención domiciliaria

A su vez los centros residenciales se dividen en dos tipos:

- Centros gerontológicos residenciales
- Centros gerontológicos de atención diurna

Centros gerontológicos residenciales. Son instituciones donde se ofrece una acogida para la atención y cuidado de personas adultas mayores de 65 años o más, las cuales necesitan de cuidados especiales sea de forma temporal o definitiva, y las cuales no pueden ser atendidas por sus familiares; a su vez son para personas que carezcan de un lugar para vivir de forma permanente, que se encuentren en una situación de abandono, pobreza extrema, etc.

Objetivo de los centros gerontológicos residenciales. Lo que buscan estos centros es mejorar la calidad de vida de estas personas, a partir de la restitución de sus derechos, por medio de una atención integral, que conlleve acciones que fortalezcan el bienestar físico, social y mental del adulto mayor.

Centros gerontológicos de atención diurna. Son instituciones que prestan sus servicios al adulto mayor durante el día, su creación está destinada a evitar la institucionalización, discriminación, segregación y asilamiento; corresponden también a un complemento en la vida familiar, social y comunitaria, buscando mediante las actividades que se realizan en dichos centros, mantener las facultades físicas y mentales para prevenir su

deterioro, permitirles participar en tareas propias a su edad, promover la convivencia, participación, solidaridad y relación con el medio social.

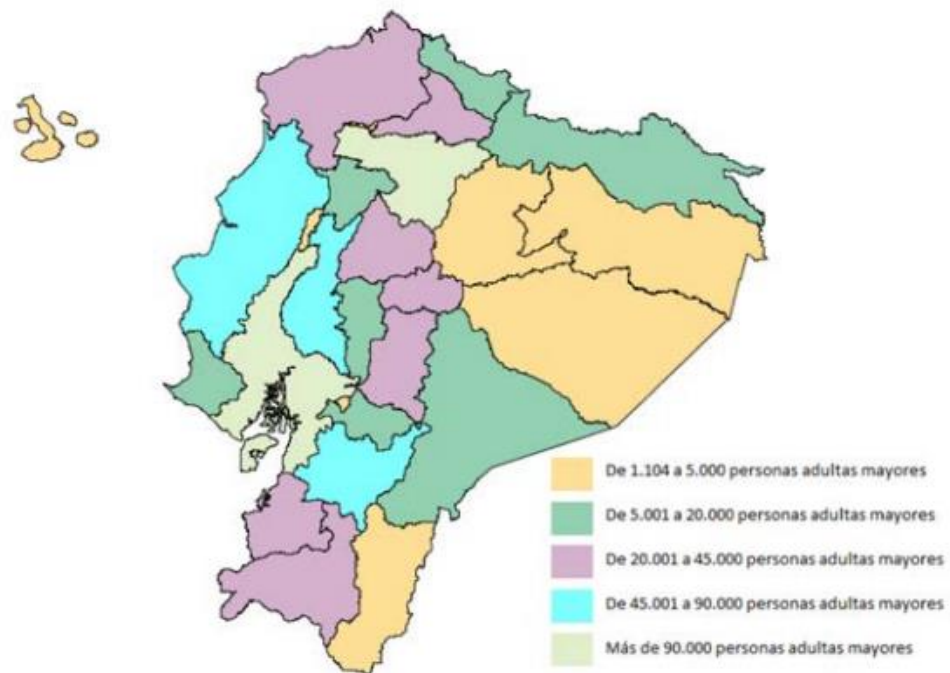
Objetivo de los centros gerontológicos de atención diurna. Lo que buscan estos centros es brindar una atención integral sin el internamiento de los adultos mayores, permitiendo así una dependencia sea leve, intermedia o moderada; enfocándose en la promoción de un envejecimiento positivo.³

Situación de las personas adultas mayores en el Ecuador

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 1'229.089 son adultos mayores (personas de más de 60 años), en la sierra del país existen 596.429, seguido de la costa donde hay 589.431. En su mayoría son mujeres (53,4%) que están en el rango entre 60 y 65 años de edad; se realizó una proyección para el 2012 y se calculó que habría 1'341.664 de adultos mayores, para dicho año. (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010)

El adulto mayor en las diferentes provincias

Figura 1



Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010

Observando la figura 1 se puede dar cuenta que las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90.000 habitantes.

Instituciones Gerontológicas en Guayaquil

Centros gerontológicos residenciales. De las instituciones existentes en Guayaquil, tenemos:

Hogar Geriátrico “Memory mis abuelitos”. Es una institución privada que brinda una adecuada atención al adulto mayor con programas asistenciales terapéuticos, estructurados técnicamente por normas internacionales para pacientes geriátricos.

(www.hogargeriatricomemory.com, 2014)

Asilo del “Bien Público”. Es un hogar para mujeres mayores, sin fines de lucro, con más de 80 años de historia, regentado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Nuestra misión es brindar apoyo a mujeres de escasos recursos de 40 a 80 años, que puedan valerse por sí mismas, brindándoles techo, alimentación, atenciones y el calor de un hogar a señoras que se encuentren solas en esta etapa de sus vidas.

(www.asilobienpublico.org.ec, 2014)

Fundación Clemencia. Es una institución de carácter social sin fines de lucro que brinda hospedaje, alimentación, vestimenta, atención médica permanente, medicinas, terapias recreacionales, ocupacionales, físicas y de rehabilitación, a aquellos adultos mayores que padecen diferentes discapacidades físicas y mentales, o que se encuentren en estado de indigencia y abandono total.

Hogar del Corazón de Jesús. Es un centro de cuidado, sin fines de lucro, en el que se ofrece una atención integral y continua al adulto mayor, proporcionándole los mejores cuidados gracias a un equipo profesional calificado. (www.hogarcorazondejesus.org.ec, 2014)

Centros gerontológicos de atención diurna

Centro Gerontológico “Dr. Arsenio de la Torre Marcillo”. Es un centro de atención especializada e integral para adultos mayores, en donde se garantiza su derecho a la autonomía gratuita y el derecho a gozar de protección especial y de participar en programas destinados a fomentar su autonomía personal y conseguir su plena integración social. (www.centrogerontologicoarseniodelatorre.com.ec, 2014)

Una vez detallado el tema de manera general de los centros gerontológicos en el Ecuador, se considera pertinente para complementar el trabajo que se está realizando, abordar de manera particular a la institución Hogar del Corazón de Jesús, ya que esta corresponde al lugar donde se realizaron las prácticas pre-profesionales, en la cual a través del trabajo con los adultos mayores que residen ahí, se logró desarrollar el tema para este trabajo de titulación.

El objeto de estudio por el que se interesa el presente trabajo, se encuentra dentro de esta institución, por lo cual sus características, su estructura, su misión, sus objetivos y demás son de gran interés para el trabajo que se busca realizar, a continuación se dará una visión clara de su funcionamiento general.

Este centro gerontológico nace con el nombre de Hospicio del Corazón de Jesús, fundado el 25 de Junio de 1892, gracias al aporte económico de Manuel Galecio, y los terrenos donados por Francisco Aguirre Jado. Desde entonces, han sido regentados por la Junta de Beneficencia de Guayaquil; el hospicio pasó a llamarse Hogar del Corazón de Jesús en el año 2012.

Esta institución es un centro de atenciones, sin fines de lucro, en el que se ofrece una atención integral y continua al adulto mayor, proporcionándole cuidados adecuados a través de diversos profesionales. Cuenta con espacios que les ofrecen paz y tranquilidad a las personas de la tercera edad, al mismo tiempo se brinda el apoyo y comprensión necesaria para que dichas personas sientan que son de gran valor, que con su experiencia y alegría son muy importantes para la sociedad.

Desde 1892, esta institución ha tenido como objetivo velar por el bienestar de los adultos mayores residentes en el Hogar, para lograrlo existen diversas actividades recreativas y de rehabilitación permitiendo que puedan disfrutar y compartir de un tiempo de interacción social, con personas de su misma edad.

Más de la mitad de los asilados son de escasos recursos económicos y están en el Hogar de manera gratuita gracias a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, recibiendo el mismo trato y beneficios que aquellos que pagan por su estadía. Todos los asilados tienen acceso a tres comidas diarias, servicio de lavandería, habitación, medicinas, y atención personalizada de enfermeras, en caso de necesitarlo.

El Hogar tiene capacidad para 486 personas. Actualmente, alrededor de 129 adultos mayores de escasos recursos económicos se benefician de los servicios de la institución sin costo alguno, quienes representan un 37% del total de residentes; 130 adultos mayores contribuyen con una cómoda cuota mensual; y 94 residentes han optado por el área de pensionado.

Tipos de Residencia

El Hogar del Corazón de Jesús ofrece tres categorías de residencias a los adultos mayores:

General. Donde se hospeda, sin costo alguno, a adultos mayores de escasos recursos económicos previa investigación socio-económica por parte de la trabajadora social. Las personas que tienen el apoyo de familiares, quienes pueden aportar económicamente, pueden contribuir con una aportación mínima mensual, la cual incluye alimentación, hospedaje en las salas generales, lavado de ropa, atención médica y enfermería, medicinas y acceso a todas las terapias y actividades del hogar, sus salidas del hogar son bajo un permiso que debe ser pedido con 24 horas de anticipación.

Contribuyente. Donde se hospeda a personas frecuentemente de clase media y jubilados, quienes contribuyen con una mensualidad fija, previa investigación. Los asilados en el área de Contribuyente reciben alimentación, hospedaje, lavado de ropa, atención médica y de enfermería y acceso a todas las terapias y actividades del hospicio. En caso de que se les proporcione medicinas, deben ser cobradas a fin de mes, sus salidas del

hogar son bajo un permiso que debe ser pedido con 24 horas de anticipación.

Pensionado. Es un servicio completamente privado, hospeda a personas que cuentan con disponibilidad de pago. Los asilados pensionistas reciben alimentación y su habitación privada e independiente, las personas que pertenecen a este tipo de residencia tienen mayor libertad para salir no necesitan de un permiso previo para hacerlo.

Misión, visión, valores y objetivos del Hogar Corazón de Jesús

La institución mantiene una misión, visión, valores y objetivos que rigen el funcionamiento de esta:

Misión. Es una institución de Obra Social, que brinda calidad de vida al adulto mayor, bajo los principios de vocación de servicio, orientación espiritual y eficiencia, contribuyendo a las familias y a la sociedad desde 1892.

Visión. En el 2017 el Hogar del Corazón de Jesús, será reconocido en la Región como referente de Bienestar para el Adulto Mayor.

Valores. Estos se refieren a:

Innovación. Gestionan el conocimiento de modo original al servicio del progreso humano promoviendo el desarrollo profesional y tecnológico, la docencia, la investigación científica y la mejora continua de sus servicios.

Integridad. Cumplen con sus tareas y deberes con rectitud y honradez. Respetando la dignidad humana, cuidando la seguridad del paciente y de sus colaboradores, hacen lo correcto con transparencia y profesionalismo a través de prácticas éticas y morales.

Liderazgo. Con espíritu de trabajo colaborativo y con profundo sentido de compromiso realizan la obra de beneficencia confiada por la ciudad y el país.

Solidaridad. Reconocen en el bien común, el sentido de una vida exitosa para todos. Es por ello que trabajan con pasión, energía, profesionalismo y compromiso en busca de la unidad entre los componentes de la sociedad ecuatoriana para enaltecer la dignidad humana y el trato afectivo que se prodiga a todo aquel que necesita ayuda.

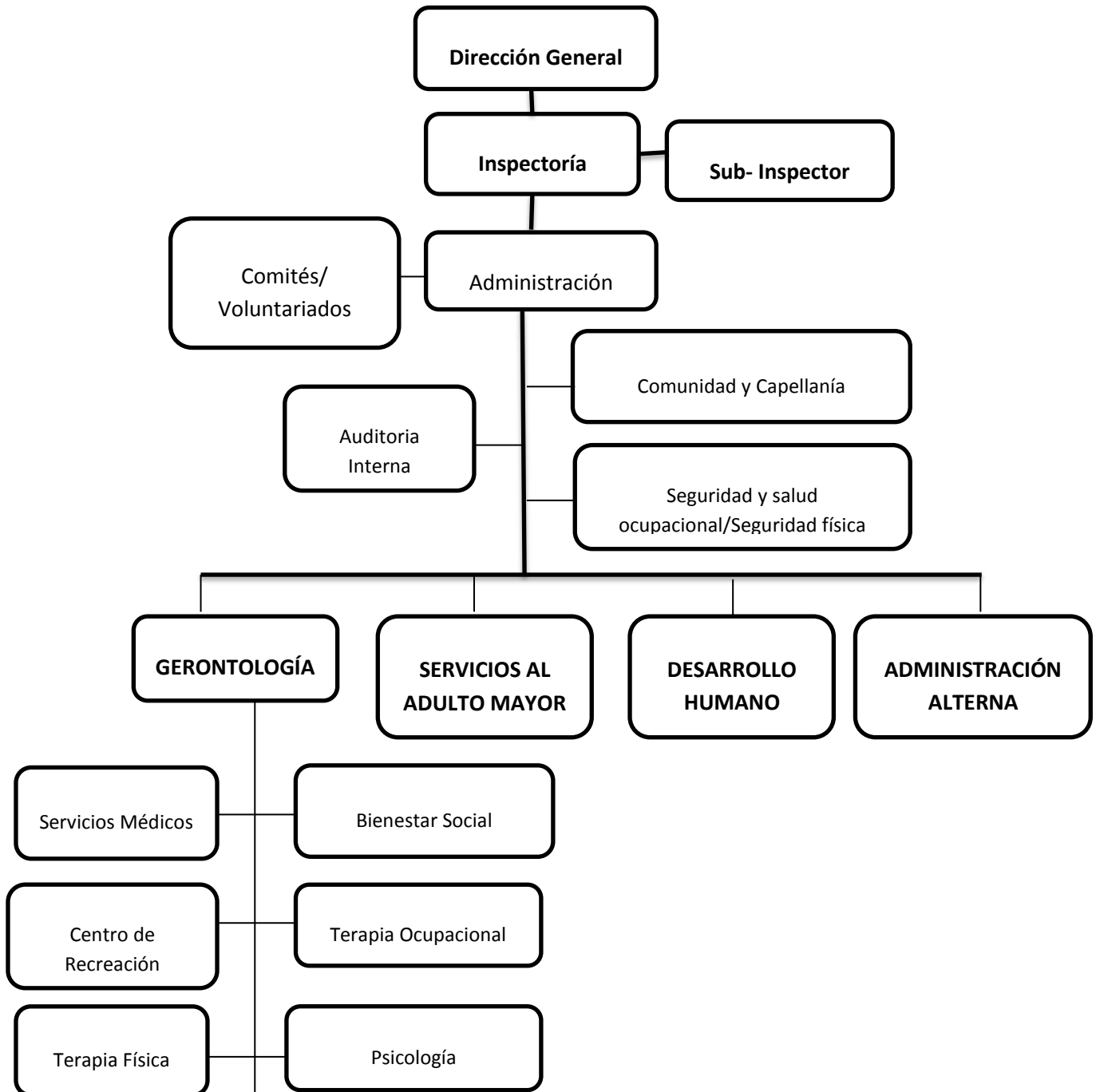
Sostenibilidad. Atienden a las necesidades de la sociedad ecuatoriana sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas, garantizando el equilibrio entre crecimiento, cuidado del medio ambiente y bienestar social.

Objetivo. El principal objetivo que tiene la institución es la de velar por el bienestar del adulto mayor, que reside en el hogar, para lograr esto lo que hace es brindar una atención integral y continua, proporcionándole los cuidados adecuados a través de diversos profesionales que trabajan ahí, a su vez existen diversas actividades que permiten que estas personas puedan interactuar con otras y mantengan sus vínculos sociales.

Estructura de la Institución. El hogar del Corazón de Jesús está estructurada de la siguiente manera

Figura 2

Organigrama estructural de la Institución



Fuente: Hogar del Corazón de Jesús, Dto. Desarrollo Humano y Organizacional, 2014

Servicios que se ofertan en el Hogar del Corazón de Jesús

Servicios Médicos para la Tercera Edad. Cuentan con médicos profesionales para el cuidado de la salud de los adultos mayores, en el Hogar del Corazón de Jesús proporcionando una atención especializada para cuidar la salud de las personas de la tercera edad en todo momento, tomando en cuenta que se deben tener todos los cuidados necesarios para asegurar su bienestar. Brindan la atención médica en las áreas de: Geriatría, Psiquiatría, Dermatología, Odontología y Psicología.

Cada uno de los adultos mayores recibe chequeos periódicos por parte de un profesional médico, y en casos de emergencia, tienen a disposición una sala de observación en donde cuentan con la atención integral primaria y una enfermera profesional así como también atención inmediata en la red de hospitales de la Junta de Beneficencia.

Sala de Observación. Existen dos salas de observación, una para mujeres y una para hombres de la tercera edad, donde se atienden casos de emergencias médicas de los internos. El área es manejada por un médico tratante, varias auxiliares de enfermería y una enfermera, quienes se encargan de proporcionar a los pacientes los cuidados necesarios en momentos de urgencias médicas.

Las salas están equipadas con máquinas de ultrasonido, electrocardiograma, tanques de oxígeno, etc., y otros equipos necesarios para dar primeros auxilios a pacientes que los necesiten.

Los pacientes pueden permanecer en las sala de observación hasta que se logre estabilizarlos. Si es que requieren de atención especializada, son trasladados al hospital de su preferencia, y en muchos casos al Hospital Luis Vernaza.

Terapias Preventivas para el Adulto Mayor. Las terapias preventivas buscan el bienestar de los adultos mayores, se encarga de la prevención, el mantenimiento y la atención de las áreas cognitivas, físicas y emocionales de nuestros adultos mayores residentes. Estas actividades ayudan a fortalecer el autoestima y mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, con independencia física, mental, cognitiva y psico-emocional, evitando el sedentarismo y la postración.

Ofrecen programas de estimulación cognitiva, actividades diarias para conseguir un aumento en la calidad de vida del residente, terapias físicas, ocupacionales y recreacionales, terapia sensorial, motriz, entre otras.

Terapia Física. Se encarga del cuidado integral de nuestros adultos mayores, en el ámbito físico, con el objetivo de mantenerlos independientes y funcionalmente activos. Se especializan en personas de la tercera edad con artritis y otros problemas musculoesqueléticos, enfermedad de Parkinson y otros problemas neurológicos, accidentes cerebro-vasculares, fracturas, diabetes, y mucho más.

Esta área se encuentra equipada con las máquinas y el personal adecuados para realizar el tipo de ejercicio y terapia adecuada para las diferentes patologías, realizan terapias con compresas químicas calientes, ultrasonido, electroterapia, rayos infrarrojos, mecanoterapia con barras paralelas, escaleras, rueda de hombro, máquina caminadora, verticalizador, etc.

Las terapias semanales son dirigidas a todo tipo de pacientes: de la tercera edad, cuarta edad, longevos y centenarios; tres veces por semana en general, una vez por semana a pacientes con menos necesidad, y todos los días a pacientes que requieran tratamientos diarios o que se encuentren en etapa post-operatoria. Las terapias son gratuitas para los asilados en las categorías General y Contribuyente, y los pensionistas deben cancelar un valor de \$5 por cada terapia.

Terapia Recreativa y Ocupacional. Se encargan de cuidar de la salud cognitiva, física y emocional del adulto mayor, por medio de actividades de recreación. Para este propósito, las terapias están divididas en tres grupos, los que cubren tres áreas diferentes del bienestar del adulto mayor:

Actividades funcionales: Promueven el bienestar mental del adulto mayor, por medio de juegos de mesa como parchís, dominó, damas chinas, y otros ejercicios de memoria. Estas actividades son dirigidas a todos los asilados, en especial a aquellos con signos de deterioro de memoria, Alzheimer, y enfermedades demenciales.

Actividades técnicas: Talleres de trabajo manual donde se enseña manualidades, juguetería, carpintería, etc. Los internos realizan artículos variados como muñecas, manteles, artículos en madera, bordados, y muchos más; algunas veces con materiales reciclados.

Actividades sociales: El Departamento de Servicio al Adulto Mayor, se encarga de ejecutar actividades sociales como agasajos, paseos dentro y fuera de la ciudad y talleres de integración entre los asilados.

Las diferentes terapias se ofrecen dos veces por semana a los hombres (martes y jueves), dos veces por semana a las mujeres (lunes y miércoles), y una vez por semana se realiza una integración entre hombres y mujeres (viernes).

Atenciones y Cuidados para Adultos Mayores. El objetivo es proporcionar los mejores cuidados y ambientes para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y permitirles sentirse saludables, útiles y tranquilos.

Atención espiritual. Guía espiritual en reuniones continuas con el Capellán del Hogar, existen dos comunidades religiosas: Comunidad de Dominicas de Betania y Comunidad Servidoras del Señor y de la Virgen de Matará, quienes organizan constantemente las actividades pastorales.

Cuidado e higiene personal. Cuidan de la presentación de cada adulto mayor residente sin costo alguno (corte de cabellos, afeitadas) en la sala de cuidado personal (Gabinete de Belleza)

Sala De Profundis. Es una sala de velación que se encuentra dentro del hogar, que se usa en casos de necesidad, para adultos mayores abandonados o de escasos recursos; el uso de las instalaciones es de carácter gratuito para las categorías General y Contribuyente. (www.hogarcorazondejesus.org.ec, 2014)

Servicios Psicológicos para la Tercera Edad. El espacio psicológico se incrementa en el hogar hace un año aproximadamente, la Lic. Elizabeth Gutierrez, trabajadora social del lugar, menciona haber trabajado allí ya diez años y hasta entonces se consideró la necesidad de estos profesionales, la demanda aparece a partir del incremento notable de depresión en los adultos mayores y la percepción de que con la medicina no podían tratar todas las problemáticas de los residentes.

Este espacio aparece con el ingreso de la Psi. Daniela Negrete quien establece en el Hogar, cual es el quehacer del psicólogo clínico:

El trabajo psicológico en un Hogar está dirigido a atender el malestar subjetivo del asilado, así como la atención de la singularidad subjetiva y rescatar ese rasgo en donde depositan su deseo e interés. Además, puede ser considerado como un acompañante que facilita o media para la reflexión y la canalización de los avatares de cada sujeto. (Negrete, 2013)

El trabajo psicológico se hace en dos niveles:

A Nivel Grupal. Que corresponde a un espacio de conversación, donde se utiliza la palabra como el medio para escucharse e interactuar, posibilitando la reflexión o mediación ante un conflicto, solidarizándose entre compañeros y otros, permitiendo el fortalecimiento de lazos afectivos. En

este espacio se tratan temas o se realizan actividades que beneficien al grupo, a su crecimiento y consolidación socio-afectiva. Las temáticas pueden ser propuestas por los participantes.

A nivel individual. Se ofrece un espacio privado donde el residente pueda hablar de su malestar, sus inquietudes, preocupaciones, tristezas, cuestionamientos con el acompañamiento de un profesional.

Actividades que también realiza el psicólogo clínico

- Entrevistar al adulto mayor que ingresa al Hogar, a los miembros de la familia que lo representan, a fin de conocer al residente e implicar a la familia.
- Acompañar emocionalmente al adulto mayor y su familia en su adaptación al Hogar.
- Acompañamiento u orientación a los familiares del asilado.
- Acompañamiento y orientación al personal que asiste al asilado.
- Mantener un canal de comunicación con el equipo gerontológico, a fin de realizar un trabajo interdisciplinario.
- Sugerir estrategias o intervenciones específicas que beneficien el estado emocional de los asilados.

Frente a todas actividades a realizar y el gran número de residentes que existen en el Hogar, aparece la demanda por parte de la Psicóloga de la institución de la presencia de practicantes, que se encuentren en su último año de carrera, para ayudarse y poder realizar un trabajo grupal con los estudiantes para ir construyendo paulatinamente el espacio psicológico.

CLÍNICA PSICOLÓGICA CON EL ADULTO MAYOR

Principios conceptuales para la clínica con el adulto mayor

El trabajo psicológico con el adulto mayor es reciente a nivel de la institución en donde se realizaron las prácticas pre-profesionales, se tiene conocimiento de que no existía un espacio de este tipo antes, que lo que se realizaba y se encuentra realizando aún son las terapias ocupacionales, donde lo que se busca es enlentecer el proceso de envejecimiento, mediante las actividades que se realizan, las cuales mantienen funcionando las habilidades cognitivas y así se hace más lento el proceso. Estas terapias incluyen juegos de mesas, ejercicios de memoria, manualidades actividades sociales, talleres de integración y paseos.

Pero sabemos que el ser humano no es netamente cognitivo, que hay otros aspectos en la vida que son necesarios de tomar en cuenta, como los conflictos psíquicos, es así como se abre el espacio psicológico donde se da apertura a la palabra, a que los residentes puedan poner en palabras aquello que los aqueja, esos malestares propios de la edad; el duelo, el acercamiento de la muerte, entre otros y de esta manera aliviarlos.

Entonces es aquí donde se puede hablar de una clínica psicológica del adulto mayor, la cual, se fundamentara en los conceptos del psicoanálisis, los cuales permitirán la comprensión y análisis del discurso del paciente y a su vez a través del trabajo psicoterapéutico se podrá detectar los efectos a nivel de la subjetividad, por lo tanto, no se trata de un psicoanálisis como praxis sino más bien de un abordaje terapéutico donde lo que se busca es obtener efectos subjetivos.

No se trata de un trabajo con el inconsciente propiamente, como lo hace el psicoanálisis sino de una clínica orientada por este, pero que en este caso lo que se realiza en muchas circunstancias son refuerzos del yo, trabajar con la aceptación frente a las pérdidas que implican la edad, así también como

ayudarlos a reconstruir otra parte de su historia, ya que al ingresar en esta etapa de la vida se produce un corte histórico, y más cuando entran a estos lugares de cuidados, ya que se alejan de lo que era su vida, sus costumbres, sus amistades, sus cosas; obligándolos a construir una nueva manera de vivir.

Debido a que el trabajo psicoterapéutico del psicólogo clínico con adultos mayores, está orientado por los conceptos del psicoanálisis, se considera fundamental poder explicar acerca de este tipo de terapia; sus características fundamentales y proceso psicoterapéutico.

Parafraseando a Héctor Fiorini (2001), cuando se trata de una buena psicoterapia es importante que se logre un contrato de trabajo compartido por las partes, tanto del lado del psicólogo, como del paciente, que sea un proceso de libre contratación. La actitud del profesional debe ser neutral, de atención, de respeto, capacidad de escucha, no invasión, no manipulación y por último, no gratificar los impulsos de ambos.

Ahora, dentro del trabajo terapéutico es fundamental poder crear y cuidar la alianza que se establece entre el paciente y el psicólogo (transferencia), en algunos casos esta alianza se puede dar desde las partes más sanas del paciente, como también puede haber la parte enferma que podría afectar la transferencia y crear resistencia en el trabajo psicoterapéutico. Lo cierto es, que para que se logre dar una buena psicoterapia como lo dice Fiorini (2001), no basta únicamente con llegar atender al paciente, sino crear un proceso, poner en marcha y sobre todo sostener dicho proceso, que vendría a ser una de los aspectos más importantes, ya que en algunos casos si no se logra una transferencia adecuada el paciente tiende abandonar el trabajo terapéutico.

Una buena psicoterapia es aquella que puede sostener un proceso psicoterapéutico, un proceso de cambios, de crecimientos, y enriquecimiento psíquico, con influencias positivas en el modo de

estar en el mundo, en los vínculos, vínculos consigo mismo y con los otros, en las acciones y producciones con cada uno. (p. 1)

Cuando una psicoterapia tiene orientación psicoanalítica se trabaja en función de algunos aspectos; el trabajo con la historia del paciente, en este punto es importante que él puede poner en palabras aquellas escenas que fueron traumáticas en su vida, emociones vinculadas a eventos específicos de su historia, situaciones olvidadas y reprimidas. Todos estos aspectos sin dejar de lado que es necesario ligar aquellas situaciones antiguas, con situaciones actuales que podrían estar afectándolo. Otros aspectos dentro del psicoanálisis son: hacer surgir idealizaciones infantiles, omnipotencia, castración, relevamiento de las identificaciones, de culpa y odio vinculadas al superyó arcaico, fantasma, inconsciente. (p. 2)

Dentro de la psicoterapia con orientación psicoanalítica se le da prioridad no únicamente a la historia del paciente, sino también a los aspectos actuales y futuros. Según el autor en mención, la dimensión de proyecto es tan importante, como la dimensión de futuro, es decir, hacia donde tiene planeado ir y cuáles son sus planes de vida. Dentro de este proceso, una de las condiciones fundamentales según el autor es la motivación, esta será aplicada para enfrentar miedos, desafíos, culpa, ansiedad y sufrimiento.

En realidad, si todo este esfuerzo tiene una dirección es para que pueda emerger un sujeto que se haga cargo de un mundo en el cual estaba más sujetado que con capacidad de elegir. (p. 3)

En cambio, del lado del terapeuta se refiere a la interpretación no como un saber, sino como un ensayo, sujeto a que la paciente de alguna manera lo evalúe, lo tome y si así lo requiere lo modifique. Aquí es indispensable entender que lo que diga el terapeuta no debe ser tomado como una ley o una autoridad, sino más bien como una hipótesis de que surge a partir de lo trabajado con el paciente. En la sesión se da el encuentro (psicólogo-

paciente) de dos culturas, pensamientos, sistema socioeconómico y dos historias diferentes en relación al mundo inconsciente. (p. 3)

El trabajo que se realizó con el adulto mayor contó con el apoyo de la teoría psicoanalítica, por lo que se ha considerado pertinente definir algunos conceptos rectores de esta clínica, los cuales han servido para poder sostener el proceso y que este adquiriera un valor no solo práctico sino también teórico; de la misma manera a través de estos se ha podido abordar a los pacientes.

Si bien es cierto, en la técnica del psicoanálisis, Miller (1997), dirá que las cuestiones técnicas son siempre cuestiones éticas, porque tiene como finalidad dirigirse al Sujeto y este no podría estar en otra categoría.

El psicoanálisis en sí no tiene patrones a los cuales regirse, pero si principios fundamentales que sostienen la formación de un analista y que de cierta manera permiten que el trabajo realizado sea manejado con profesionalismo y ética; como primero tenemos el análisis personal al cual debería asistir el analista, para que en calidad de paciente logre hacerse cargo de sus propios conflictos, como segundo tenemos la formación epistémica, la cual es de gran importancia, ya que como profesional es importante continuar con la lectura, es necesario actualizarse, asistir a carteles o seminarios, y como último principio tenemos la supervisión de caso, en donde el analista debe asistir donde otro profesional que le ayude a revisar algún caso en el que haya existido alguna dificultad. (Miller, 1997, p. 18)

Ahora, parafraseando a Miller (1997), dentro de la práctica analítica tenemos en un inicio, las entrevistas preliminares, la cual significa que el comienzo es aplazado, es decir, el analista de cierta manera se toma su tiempo para iniciar el proceso de análisis, es necesario poder autorizar la demanda de análisis, que este pedido venga del propio sujeto. Las

entrevistas preliminares no tienen un tiempo definido, puede durar una sesión, como también, puede durar años.

Se pueden distinguir tres niveles de la práctica analítica; evaluación clínica, localización subjetiva, introducción al inconsciente. Entre el primer nivel y el segundo se da la subjetivación y en el tercer nivel encontramos la rectificación. (p. 20)

Avaluación clínica. El analista debe ser capaz de concluir de una manera previa sobre la estructura clínica de la persona que se presenta en consulta. Esto es de vital importancia ya que la intervención de un paciente de estructura neurótica no es igual a la intervención de un paciente de estructura psicótica. En ocasiones el no haber podido identificar a tiempo puede llevar al paciente a desencadenar la psicosis. Si existiera sospecha de aquello es importante identificar los fenómenos elementales: automatismo mental, fenómenos concernientes al cuerpo, fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad. (p.20)

Localización subjetiva. En este punto es fundamental ir del hecho al dicho, pero a su vez cuestionar la posición que el sujeto toma con relación a sus dichos. De lo que se trata es que surja el sujeto más allá de las etiquetas. En este punto es fundamental explicar que la constitución del Sujeto Supuesto Saber no se forma a partir de un saber, sino a partir de la ignorancia dogmática, es una ignorancia supuesta en la experiencia. (p. 37)

Introducción al inconsciente. La rectificación subjetiva es pasar de hecho de quejarse de otros, para quejarse de sí mismo. El sujeto aprende sobre su responsabilidad esencial en lo que le está ocurriendo, y se logra una modificación de su posición subjetiva, es decir, el sujeto logra implicarse en aquello que lo aqueja. (p. 69)

La clínica del adulto mayor se sirvió también del bagaje teórico de la psicoterapia breve, ya que algunos de los principios que rigen a este enfoque se adecuaron al trabajo que se realizó, ya que el proceso

psicoterapéutico con el adulto mayor se enfrenta a limitaciones, como el trabajo con los límites de tiempo, ya que no es una labor que se pueda llevar a cabo por meses o años, si bien es cierto cuando están residiendo en una institución geriátrica se puede encontrarlos sin dificultad, pero debido a la delicadeza de su salud hay riesgo de que enfermen o en cualquier momento mueran.

De igual manera hay que tomar en cuenta que debido al estado de sus capacidades cognitivas las intervenciones no pueden apuntar a su vida pasada, porque quizá ni la recuerden, se trata más bien de un trabajo del día a día, lo que se logra hoy mañana puede que ya no este, pero de igual manera se pudo aliviar en ese momento el malestar, por lo tanto, las limitaciones también se presentan en los objetivos, los cuales serán puntuales y se dirigirán netamente a la vida actual del paciente.

Como lo menciona Braier, (1981) las psicoterapias breves tienen objetivos limitados, y la limitación de estos se hallan en función de necesidades más o menos inmediatas del individuo por lo tanto, los objetivos apuntan a la superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente. Permitiendo que este pueda enfrentarse de mejor manera a situaciones conflictivas y de esta manera recuperar su capacidad de autodesarrollo. (p.26)

Dentro de las técnicas principales que se ocupa en este tipo de terapias hay que tomar en cuenta para el trabajo el fortalecimiento y activación de las funciones yoicas, la focalización y la multiplicidad de recursos terapéuticos, porque son las que se utilizan con mayor frecuencia al momento del trabajo con el adulto mayor.

Fortalecimiento y activación de las funciones yoicas.

Comenzaremos por reconocer, también en P.B., la necesidad de apelar a veces exclusivamente, cuando no hay una alternativa mejor, a técnicas de apoyo emocional; es el caso de pacientes que por sus

debilidades yoicas no son aptos para tolerar una terapia interpretativa y en los que lo único que se procura obtener es la supresión sintomática. (p.40)

La condición del adulto mayor apunta a la utilización de este tipo de técnica ya que los recursos con los que cuentan en muchas situaciones no son los suficientes para poder tolerar una interpretación, a su vez en muchas ocasiones el discurso que el paciente trae no da para esto, no se trata de conflictos que tenga un origen pasado, sino de aspectos presentes, de situaciones que implican un apoyo emocional. Situaciones como pérdidas que se dan en su edad, el trabajo, la familia, la vitalidad, etc.

La focalización. Uno de los aspectos importantes de esta psicoterapia es el enfoque que tiene, ya que esta se ocupa de las problemáticas más urgentes que tiene el paciente, dejando de lado a las demás. El adulto mayor puede demandar muchas cosas pero debido a que el tiempo que se tiene para trabajar con ellos es limitado hay que saber determinar qué situación es la más urgente para trabajarla, porque a lo que se apunta es a bajar la angustia para poder ofrecerle un alivio así sea temporal.

La multiplicidad de recursos terapéuticos. La psicoterapia breve implica la utilización de diversos elementos terapéuticos, que sea útiles al momento de tratar al paciente, en muchas ocasiones se trata de un trabajo interdisciplinario, de intervenciones verbales y no interpretativas, técnicas grupales, etc. Este aspecto es muy significativo al momento del trabajo psicológico con el adulto mayor, ya que este implica mucha invención, no se trata únicamente de sentarse a escuchar sino también de utilizar diversas técnicas para llegar al paciente y lograr una transferencia.

Modelo utilizado en la clínica con el adulto mayor

El modelo que se utilizó para el trabajo con el adulto mayor estuvo sustentado por los bagajes teóricos mencionados anteriormente, se pudo extraer de dos tipos de terapias, la psicoanalítica y la psicoterapia breve, los

principios más importantes y útiles para la labor, el psicoanálisis aportó para la comprensión del discurso del paciente, así también como para poder localizar la estructura de cada uno, con la finalidad de poder abordarlos adecuadamente.

Cuando se trata de personas de edad adulta mayor no precisamente se puede presentar una localización subjetiva, ni una introducción al inconsciente, por ende no aparecerá una subjetivación como tal, sino que hablaremos más bien de efectos subjetivos, los cuales tienen que ver con la aceptación de su nueva etapa de vida, la superación de pérdidas que implica la edad y en muchos casos la recuperación de aquello que produce un deseo de vida en ellos; estos efectos son de vital importancia ya que si bien es cierto, su salud puede estar muy deteriorada o sus capacidades cognitivas cada vez ser menores, pero se les brinda una calidad de vida a nivel psicológico, que puedan estar tranquilos consigo mismos y con los demás.

Con lo que respecta a la psicoterapia breve, esta pudo colaborar con algunas de sus técnicas que fueron útiles para el trabajo, en especial el fortalecimiento de las funciones yoicas, ya que debido al estado del adulto mayor, lo que más se realizó fue reforzar aquellas cosas que les permitían a ellos mantener el deseo de vivir, aquello que les daba tranquilidad, por ejemplo en la mayoría de los casos, se reforzó mucho la religión, que es un medio por el cual los pacientes pueden tolerar el acercamiento a la muerte.

El trabajo que se realizó con el adulto mayor se hizo a través de entrevistas semidirigidas y de la observación, para obtener la información necesaria para el análisis del discurso del paciente y para lograr el objetivo de la psicoterapia, en las entrevistas se emplearon como guías preguntas pre-fijadas por el psicólogo, pero también se indagó sobre temas que surgieron en el momento de la entrevista y que fueron de interés para el trabajo.

En la propuesta de este método se utilizó también la observación, la cual es una herramienta fundamental en el proceso de recolección de datos, para complementar la información, esta observación puede ser considerada de tipo científica ya que tiene un objetivo claro, definido y preciso, se sabe que lo que se observará es la conducta del paciente, sus expresiones, sus gestos y movimientos al momento de la entrevista e incluso expuesto a otras situaciones.

Es importante mencionar que la propuesta del trabajo, apunta a rescatar aquel sujeto deseante, que tiene una historia que contar y que en muchas ocasiones es acallado con medicinas; sobre todo dar cuenta que aunque estas personas se encuentren en la última etapa de la vida tienen malestares psicológicos, hay cosas que tiene que decir y por lo tanto, que hay mucho por hacer con ellas. Y que si se pueden obtener efectos subjetivos en el adulto mayor a través de las intervenciones psicoterapéuticas.

Para lograr esta propuesta es indispensable mencionar que la posición que el adulto mayor tiene frente a sus malestares es vital, el trabajo que se realiza tiene un objetivo claro pero cuando no existe una colaboración por parte del paciente, se dificulta el cumplimiento del mismo, en algunos casos el deseo de vivir esta anulado, debido a todas las dolencias corporales y a las discapacidades que se van presentando, la persona prefiere morir que seguir viviendo así; a su vez también algunos pacientes consideran que ya no hay más que hacer con lo que sienten o lo que tienen para decir, que debido a ser la última etapa de su vida ya no tiene caso decirlo.

Pero de igual manera hay adultos mayores donde el deseo de vivir está presente, es más consideran que la edad por la que están pasando les permite hacer más cosas, debido a que ya no tienen obligaciones laborales o familiares pueden vivir más tranquilos y disfrutar de la vida sin que nadie los juzgue ni le prohíba, consideran a esta etapa como de descanso y para ocuparse de ellos mismo.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo se realizó a través de un estudio exploratorio en tanto, el campo de la psicología en lugares que se encargan de las personas de la tercera edad no ha sido lo suficientemente abarcado por profesionales de la rama mencionada, por lo cual se busca sondear el lugar para poder determinar los efectos subjetivos en el adulto mayor a partir de trabajo psicológico.

También se trata de un estudio de tipo descriptivo, ya que de lo que se trata es de identificar los efectos subjetivos que se lograron en los pacientes tratados. El método principal que se utilizó para la elaboración del trabajo es el método de estudio de casos, cuarenta y un casos han sido tratados en el Hogar, a partir de los cuales se pudo analizar si se logró una subjetivación en aquel sujeto; todas estas acciones a las que se apunta llegar corresponde a los objetivos planteados en el trabajo.

La investigación se complementó con la utilización del método exegético, el cual a través del análisis de los diversos textos permitirá tener todos los sustentos teóricos necesarios, para sostener el trabajo; también se utilizaron fuentes primarias y secundarias de información, que corresponden a los libros obtenidos de las bibliotecas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, así como toda la información de la web que se podría recabar, que se refiera al tema a tratar.

Las técnicas que se utilizaron fueron la entrevista semidirigida, donde se abordó al adulto mayor de manera individual, con la finalidad de escuchar aquello que lo aqueja. La observación directa de ellos y del personal de la Institución, para poder analizar posteriormente y relacionarla con el estudio planteado.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la elaboración de este último capítulo del trabajo se escogió cuatro casos, los cuales servirán para realizar el análisis e interpretación correspondiente de los resultados, la exposición de los procesos realizados, permitirán conocer los efectos subjetivos que se obtuvieron en cada paciente, tomando en cuenta que son diferentes y que no se trata de la totalidad de pacientes tratados.

CASO 1

Una paciente de noventa y un años de edad, nació en el cantón Samborondón, soltera y sin hijos, trabajó desde corta edad como empleada doméstica, fue entregada a los dos años junto con su hermana de seis a sus patrones, ellos vivían en la hacienda del frente, su madre había fallecido y se quedaban ellas entre cuatro hermanos varones, consideraron mejor decisión que crecieran en una familia con mayor posibilidad económica.

Llega de manera voluntaria al Hogar Corazón de Jesús, las personas para las que trabajó por años la ayudaron a ingresar y conseguir un lugar donde vivir, ya que por su enfermedad requería de silla de ruedas y de una atención especial. La psicóloga de la institución es quien deriva el caso y comenta que la paciente se queja de no tener con quien hablar, manifiesta sentimientos de soledad y la encuentran constantemente llorando.

Dentro de su historia, la paciente recuerda a un novio que tuvo, él nunca más regresó, *“si se quería ir, que se vaya nomás le dije”*. En la quinta sesión ella menciona una situación importante de su infancia, cuando se quedó con su hermana, las personas para las que sus padres trabajaban no quisieron que ellas “como mujercitas”, vivieran con sus cuatro hermanos, porque eso “no era correcto”. A partir de ahí, ellas fueron separadas de su familia, y se fueron a vivir donde los “hacendados”, era un familia española de buenas posibilidades económicas. *“me fui a vivir allá, cuando apenas sabía caminar y hablar, yo recuerdo que lloré mucho al ser separada de mis hermanos,*

pero el pensamiento de la patrona era así, muy cerrado, las mujeres no pueden vivir con tantos hombres”.

En la casa de sus patronos, en el cuarto del fondo, ella recuerda que jugaba, que se sentía en familia, a su patrona le decían “mamá”. Su hermana mayor cuando ya tuvo unos años más, empezó a trabajar en el negocio familiar de sus patronos y a raíz de eso contrajo una enfermedad por la que murió de pulmonía. *“ella fue a trabajar a Quito, y ahí ella murió, yo me quedé en casa, aún era pequeña, pero a ella la recuerdo como mi hermana, mala”.*

Un aspecto importante y que se repite en las sesiones es cuando llora por las cosas que le hubiera gustado hacer por sus patronos y no pudo. *“yo hubiera querido ofrecerle un mejor lugar donde vivir a mi patrona, ella fue tan buena conmigo, pero ya en sus últimos días, ella entró en un asilo y la cuidé hasta el final, hubiera querido darle una mejor comida”.* A pesar de que la paciente reconoce haber hecho lo que ninguna empleada hubiera realizado por sus patronos por más de treinta años, *“yo cuidé a los hijos, a los nietos, y hacía todo lo que me pedían”*, ella hubiera querido dar más.

En las últimas sesiones dice algo más del recuerdo de la hermana “mala”, con quien ella menciona que lloró mucho, *“no entiendo por qué era así conmigo, quizá yo era muy molestosa, o quizá lo único que quería era atención de alguien, comer o que me cambiaran de ropa, un día yo lloraba y ella en lugar de cambiarme de ropa, me puso la montura del caballo encima, lo cual me dolió y me dio picazón todo el día”.*

Aquí podemos darnos cuenta como la paciente evoca esta situación de la infancia, en donde su pedido o su demanda, no fue atendida y lo que obtuvo fue una burla de parte de su hermana, a quien nunca entendió por tener ese comportamiento, ella era la única que tenía dentro de su familia y aun así recibió rechazo.

La paciente tiene una actitud muy colaboradora con todos en el Hogar, ella dice que trata de animar a las demás, de decirles que hablen, que se muevan. *“yo no puedo caminar, pero al menos puedo hablar y recuerdo toda mi historia, a diferencia de las demás”*. Entonces, más allá de la sonrisa que refleja unos días, en otros días en cambio llora y recuerda lo sola que está.

ANÁLISIS DEL CASO

La paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio. Es fundamental poder mencionar que durante las cinco primeras entrevistas hablaba de sus patrones y de lo que no pudo hacer por ellos, pero en ningún momento se permitía hablar de su propio deseo, de lo que ella quería y de lo que no le agradaba. En todo su discurso se repetía el hecho de seguir órdenes, de estar a disposición y al servicio de los demás, dejando de lado la posibilidad de construir su propia historia como un sujeto.

En las sesiones posteriores ella logra decir que al menos le hubiese gustado tener un hijo, que de esa manera no estaría tan sola y recibiría visita de alguien. Además menciona que se sintió tan bien cuando por primera vez ellos la tomaron en cuenta para su primer trabajo, pero que no le gustaba la leche y ellos siempre le daban de tomar antes de ir a laborar, eso ella nunca les dijo.

Es importante aquí poder darnos cuenta cómo poco a poco ella puede expresar y poner en palabras su deseo, y decir “esto si me gusta y aquello no”. En las últimas entrevistas ella habla más de su hermana “mala”, de este recuerdo que en cierta forma marcó su manera de estar en el mundo, al no haber recibido atención, amor y un lugar de parte de su propia familia, o de su hermana quien estaba a su lado, ella se ubica como objeto de servicio para los demás, es el lugar que tuvo desde niña y por lo cual se encuentra en deuda con ellos. Aquí es indispensable mencionar que se pudo evitar la psicosis porque hubo de alguna manera un lugar y un reconcomiendo dado por la patrona, quien permitió que la llamaran mamá y les ofreció el cuarto del fondo de la casa.

Ella al hablar de sus patronos, logra decir que a pesar de haber dado tanto por ellos, ahora se encuentra sin dinero, y sin nada que haya podido guardar para ella. Empieza a pensar en sí misma, se cuestiona el hecho de que si ella hubiera tenido dinero se hubiera realizado algún tratamiento para las piernas y no perder la movilidad completamente. Menciona que antes de entrar al Hogar Corazón de Jesús pudo ver a sus hermanos, a quienes no veía hace tantos años y luego se plantea *“tenía muy cerrado el pensamiento mi patrona”*.

La paciente en las últimas sesiones, tiene una recaída en su salud, situación que la mantiene débil, ya no quiere comer, llora y repite que no tiene a nadie. Se trabaja con la paciente diariamente para lograr que coma y se le retire la sonda que le fue colocada para que pueda mejorar. Ella se niega a comer con los demás de la sala y pide que la ayudemos a salir de observación, quiere mejorar y cede ante el intento de comer por la boca, ella no desea estar en ese lugar donde se encuentran los adultos mayores que están delicados de salud. *“no tengo con quien hablar”*.

Se observa como de ser el objeto del que el otro se satisface pasa a ser aquella que pueda desear. Ella ahora establece una demanda, que se la ayude a salir de ese estado de salud. Ante un real del cuerpo, la enfermedad, ella se queda sin recursos y dicha situación la supera, por lo que había dejado de comer y se encontraba en un estado de tristeza.

A lo largo de las entrevistas se dio un espacio para que la señora pueda expresar todo aquello que la aqueja, tanto a nivel de salud como emocional. Además pudo poner en palabras lo que recordaba de su historia; sobre sus patronos, su familia, y en las últimas entrevistas se pudo abordar sobre su propio deseo, más allá de lo que los demás pedían que ella sea. Ya no es objeto de ayuda de otro, sino ya demanda que el otro la ayude a ella. Luego de lo mencionado, podemos decir que se ha presentado un avance a lo largo de las sesiones, la finalidad es que ella pueda en esta etapa de su vida,

expresar su deseo, las cosas que quiere realizar aún dentro de sus posibilidades.

CASO 2

Paciente de 74 años de edad, nació en Guayaquil, estuvo casada durante más de treinta años con el padre de sus tres hijos, posteriormente se separan y no vuelve a establecer ninguna relación amorosa. Estudió enfermería, carrera que ejerció para mantener a sus hijos y hacerse cargo de todas las responsabilidades de su hogar.

La decisión de que la paciente viva en el Hogar Corazón de Jesús, fue de su hermano, por el estado de salud en que se encuentra y porque no tenía quien le dé los cuidados necesarios de acuerdo a su situación. Ella se encuentra parapléjica y como consecuencia de esto, utiliza silla de ruedas. Su hermano menciona que él pudo cuidarla por dos meses y de ahí la ingresó al Hogar, quedándose a cargo a dos personas más: de su mamá, quien ya tiene noventa años, y de su sobrino (hijo) a quien lo refieren como especial.

La psicóloga de la institución, es quien deriva el caso y comenta que a la paciente se la observa aislada, no establece vínculo con sus compañeras de sala, mantiene la mirada fija, y a raíz de haber empezado tratamiento psiquiátrico se la observa que habla poco y casi no se mueve, pasa la mayoría de tiempo durmiendo.

Tiene dos hijos que viven en Venezuela hace muchos años y uno (especial) que vive con su hermano en Guayaquil. Está separada del padre de sus hijos hace años, menciona que él le pegaba y por ese motivo decidió separarse, él vive en Naranjal. Dice no saber nada de sus dos hijos que viven en Venezuela, ya que no recibe llamada, ni visitas de familiares, ni amigos. *“me siento tan triste de ver como estoy, de mi situación, ahora ya no puedo hacer nada, dependo totalmente de otras personas”*. La paciente era una mujer muy activa, le gustaba la enfermería, trabajó por años en un

hospital, es por ese motivo que dice entender el trabajo que realizan las auxiliares en el Hogar en el que ella reside. Cuando se refiere a su enfermedad, menciona que un día amaneció así, y que no sentía nada de su cuerpo.

Hay una situación que recuerda con mucha tristeza y culpa, la muerte de su padre, ella menciona que regresa de Venezuela para ver a su padre, quien estaba enfermo, él tenía una enfermedad que lo llevaba a convulsionar varias veces y en su desesperación y tomando en cuenta su experiencia en enfermería, le inyecta una dosis para que dejara de convulsionar. A los dos días de dicha inyección, el padre de la paciente muere. Esta situación la hace creer que ella pudo haber tenido que ver con la muerte de su padre. *“Siempre hay un enemigo que acusa, a lo mejor el maligno que hizo que empeorara y que yo le pusiera la inyección”, “no sé si yo tuve la culpa, yo quería a mi papá, él era bravo y siempre nos trató con dureza, pero yo siempre hice lo que él decía para no enojarlo, porque mi hermana si le daba la contraria”.*

Además, menciona sentir culpa, coraje consigo misma por haber escogido un pésimo esposo. Tiene un recuerdo muy importante de cuando empezó su matrimonio, su esposo siempre le dijo que ella no fue virgen y ella dice sí haber sido niña cuando decidió casarse con él. Ella comenta que lo que sucedió es que un día sintió mucha picazón en su parte íntima y decidió doblar una tela y metérsela para que esta picazón cesara, era una sensación interna. A partir de ese momento ella dice que su esposo creyó que no era niña, y nunca creyó en ella, *“yo no sabía nada sobre eso, ni siquiera sabía cómo hacer el amor y mi esposo me decía en la cama que yo ni para eso valía”.*

Se culpa por haberse enamorado de él, asegura que nunca él la amó, puesto que a más de que la maltrataba, no quería tener hijos y fue ella quien quiso embarazarse y lo hizo, pero cuando era momento de hacerse

responsable de sus tres hijos, él le repetía que fue ella quien los quiso tener, no él.

El que le haya tocado un mal marido, ella cree que quizá es algo que merece por haber sido muy coqueta en su juventud. *“yo me fijaba en todo, desde los zapatos, hasta la ropa, y miraba a la gente como si les apestará algo, pude haber escogido a otros de mis pretendientes, si lo hubiera hecho, no estaría aquí sola”*. *“no sé si esto que me sucede es un castigo de Dios o por todo lo que hice”*.

ANÁLISIS DEL CASO

Dentro de este caso es importante poder entender el motivo por el cual para la paciente se torna insoportable su estadía en el Hogar. Uno de los aspectos, es que para ella el estar ahí representa un castigo, algo que ella merece por sus actos. En todo su discurso se repite la culpa que siente por diversas decisiones que tomó y situaciones a las que llegó. Como primero tenemos la muerte de su padre, el no saber si ella tuvo la culpa de haberlo asesinado con la inyección que le puso y por no haber podido hacer algo por salvarlo; el que su ex-esposo no quiera a sus hijos, a pesar de que sus hijos físicamente sean idénticos a él, y haya demostrado cierto rechazo hacia ellos en su momento. Se puede notar un mayor peso y culpabilidad en el momento que relata sobre su experiencia de “picazón”, en donde ella tuvo que introducirse algo que le aliviara la sensación y pueda estar tranquila, esta situación la llevó a tener problemas, ya que su esposo toda su vida la rebajó por dicho motivo, y no le dio su lugar de mujer, adjudicándole que ni para eso servía.

Se puede observar cómo esta culpa inicial por no haber podido llegar virgen a su matrimonio, por haberse introducido un objeto que le produjo satisfacción, la lleva durante toda su vida a culpabilizarse, puesto que de dicha situación parte que su matrimonio le haya ido mal desde el inicio, recibiendo el rechazo y el no ser aceptada ni como mujer, con un ni para eso sirves. Es justamente esta culpa la que obstaculiza la posibilidad que ella

pueda avanzar en su vida, de que exprese aquello que quiere, que pida ser atendida, cambiada de pañal, y que pueda poner su deseo en palabras.

Fue ese el objetivo del trabajo terapéutico con la paciente, que a pesar de los errores que ella considera que cometió, puede ella reconocerlos, pasarlos por la palabra, y que ese peso que no le permitía decir aquello que quería sea más llevadero. Se trata de disminuir esa culpabilidad con la que vive para que pueda ver de otra manera su vida actual.

Se pudo ubicar un gran avance con la paciente, de ser únicamente aquella señora con la mirada fija a un lugar, que no pedía nada, que no se integraba a ninguna actividad dentro de la institución, a ser una paciente que pide que se la baje a jugar bingo, a tener contacto con las demás pacientes. Se trabajó también de manera grupal con la paciente, pero luego de varias sesiones individuales, frente a estas reuniones ella menciona que lo mejor que le puede pasar por ahora es continuar con las terapias grupales y seguir en las sesiones con la psicóloga, aquí es importante notar como este espacio que en un inicio solo significaba contestaciones cortantes de “bien” o “regular”, se convierte en lo que tiene y la anima para seguir adelante, con la mirada aun con dificultad pero logra ver a la cara mientras mantiene conversaciones con los demás adultos mayores. Tiene la oportunidad de ubicarse en otro lugar con respecto a su deseo, ella expresa lo que quiere realizar en el día, y ya no se ubica únicamente como aquella persona que no hablaba, solo recibía medicamentos y era atendida por las enfermeras.

CASO 3

Se trata de un paciente de sesenta y ocho años de edad, que ingresa al Hogar porque sus hijos no se pueden hacer cargo de él y de sus cuidados, lo cuales implican más dedicación ya que él está perdiendo la visión, es derivado por la psicóloga de la institución porque presenta ideas recurrentes de suicidio, considera que ya no desea vivir y en varias ocasiones ha atentado contra su vida, en una de ellas se dio varios golpes en el pecho para que su corazón se detenga, circunstancia que provocó que tenga que ir

al médico para que le receten analgésicos que alivien el dolor por los golpes. Ya manifiesta signos de demencia, olvida las cosas y menciona que escucha voces.

Cuando empieza el trabajo con el paciente, este menciona sentirse muy triste porque está lejos de sus hijos y también porque está acostumbrado a trabajar para ganar dinero y ahora que está perdiendo más la visión ya no lo puede hacer, razón por la cual quiere matarse; *“quiero matarme porque sin vista no soy nada”*, menciona que en el Hogar lo único que hace es levantarse, comer y dormir y que ya ha tenido problemas con sus compañeros porque le han insultado, incluso habla de que se dio de golpes con otro, *“no me gusta este lugar, yo quisiera hacer amigos pero sinceros no hipócritas como todos estos”*.

En las primeras sesiones llora demasiado, *“yo sufro por mis hijos y porque no me enseñó aquí, quiero que me saquen de aquí, yo le dije a mi hija que coja una de las casas que tengo y que me dé un cuarto pero no quiso”*, quiere trabajar, hacer algo que le haga sentir útil, cuando se le ofrece las diversas actividades que existen en el Hogar, menciona que son para vagos, que él está acostumbrado a otro tipo de trabajo, fue supervisor de notas en vistazo, por lo cual está acostumbrado a dar órdenes, aspecto que se nota cuando trata de mandar a los empleados del Hogar.

Menciona que en varias ocasiones ha buscado la manera de quitarse la vida, sea aguantándose la respiración, tapándose con la almohada y la última vez que lo hizo fue dándose golpes toda la noche en el pecho para que se paralizara el corazón, situación que provocó que lo tengan que llevar al médico para que le den pastillas y le pongan crema para el dolor porque todo su pecho estaba entre verde y morado de los golpes, cuando se lo atiende menciona *“yo me quise matar por eso lo hice pero nunca se paró mi corazón”*, lo dice llorando.

La idea que tiene sobre envejecer corresponde a un *“no servir para nada”* frase mencionada por él, aspecto que observa en sus compañeros de sala,

quienes depende de las enfermeras para comer, ir al baño y moverse. Él menciona *“yo no quiero ser uno más del montón, no quiero ser como mi compañero de a lado, no valirme por mí mismo, eso sí que no, sería insoportable”*, para él lo que le está sucediendo es una enfermedad, perder su visión, aspecto propio del proceso de envejecimiento, es una realidad que no quiere aceptar.

Cuando se realizan las intervenciones con el paciente estas apuntan en un primer momento, a dar cuenta que no solo puede ver con los ojos, que no es su único medio para poder realizar las cosas, pero estas intervenciones fracasan, el paciente considera que con su vista lo ha logrado todo en la vida, *“yo me gané mi puesto con la vista, ahora que no veo, no quiero vivir así”*, frente a esto se le *interroga “¿y aquellos que no pueden caminar, oír o hablar como es que pueden hacer tantas cosas?”*, él responde *“ellos porque saben y les gusta su manera de vivir, a mí no yo sin la vista no puedo hacer nada de lo que hacía antes”*.

A partir de esta negativa rotunda por parte de él, se opta por una intervención más directa y arriesgada, cuando habla de querer matarse, se pone voz fuerte y alta diciéndole *“matarse, que cobarde es usted entonces”*, frente a esto que se realizó por varias ocasiones, el paciente se queda en silencio y se cierra la sesión; a partir de esto se puede observar un cambio de posición en su discurso, ya no habla de un querer morir sino de un *“no querer morir, sin ver a sus hijos”*, se puede percibir menos sufrimiento en el paciente y que su discurso ya no es tan pesimista como en las demás ocasiones.

También aparece en su discurso *“ahora en la vejez ya no se hace las cosas como antes, entonces ¿Qué podría hacer yo ahora?”*, aparece ya un deseo en él de querer hacer algo, debido a que la mayoría de las cosas necesitan de la vista, se apuntó por el lado de la enseñanza, que de él se pueda aprender algo, aspecto que lo pueda hacer sentir útil, por lo cual se le dice *“bueno usted tiene mucha experiencia, de seguro habrá mucho que*

aprender, nos puede enseñar”, él menciona “y que podría usted aprender de este viejo como yo” a lo que se le contesta “mucho, piénselo”, se cierra la sesión.

El paciente antes de todas estas intervenciones asistía a una terapia grupal donde tuvo en varias ocasiones discusiones con sus compañeros porque no le gustaba que le interrogaran mucho y no aceptaba los comentarios que los demás hacían de él, pero desde que se deja esta incógnita, él empieza a asistir a las terapias grupales con entusiasmo, habla más y comenta sobre sus experiencias e incluso en una ocasión donde se hablaba de las edades, un participante menciona *“es el más joven de edad pero parece el más viejo”*, frente a esto el paciente sonríe y comenta *“sí es que yo sufría mucho por mis hijos”*; se logra también que su reacción ya no sea agresiva frente a este otro que lo reconoce y pone en palabras ese real presente en su cuerpo del que no quería saber en un inicio del trabajo, la vejez.

Este acontecimiento también permite que empiece aceptar su condición, este trabajo se complementó con la ayuda de la hija, a quien se le sugirió lo visite más y en caso de no poder que lo llame con frecuencia, a su vez se le facilitó unos lentes que mejoran su visibilidad y también realizaron un trabajo para no videntes donde le enseñaron a manejar el bastón para las personas que no ven; de esta manera ahora el paciente sale más de su sala, ya casi no se lo encuentra, baja al bar a comer, asiste a las actividades recreativas, ya no llora sino que ríe con frecuencia, se lo encuentra armando rompecabezas y conversa con sus compañeros no videntes.

ANÁLISIS DEL CASO

En este caso se puede observar que el envejecimiento le ha traído pérdidas que han afectado mucho su vida, la separación de sus hijos que implicó salir de su casa y empezar una nueva vida en un lugar diferente, también la pérdida de la capacidad para trabajar, siendo este el medio con el que se sustentaba, pasando a depender de sus hijos y otra pérdida a nivel

orgánico, la de su visión, que le impide hacer muchas cosas y por ende nuevamente lo hace depender de otras personas para movilizarse en algunos casos y realizar ciertas actividades vitales; todas estas circunstancias no son subjetivadas por él, provocándole alto grado de angustia hasta el punto de querer quitarse la vida.

Es evidente que el paciente no acepta la nueva realidad que está viviendo, la cual le obliga a depender de alguien, aspecto que le resulta intolerable, a su vez considera aún que puede trabajar, que sus hijos aún necesitan de él y de su dinero, *“mis hijos siempre serán mis niños para mí, yo quiero trabajar para comprarles sus cosas cuando lo necesiten, yo no quiero que ellos me atiendan a mí”*;

Todas estas circunstancias le resultan complicado subjetivizar, en sí el proceso por el que está atravesando, su envejecimiento, que lo ha llevado a optar como **manera de hacer** frente a esto, el producirse un daño corporal que traiga consigo la muerte, como una manera de evadirlo y al mismo tiempo hacer frente a ese real que le resulta insoportable. A su vez la idea que él tiene sobre la vejez es un no servir para nada, otro aspecto que le mortifica porque a lo largo de su vida mantuvo un cargo importante en su trabajo, supervisaba y eran otros quienes dependían de él, todo lo contrario a lo que le estaba sucediendo.

Es evidente que su vida dio un giro trascendental, pero que a partir de la puesta en palabras de todas estas circunstancias se puede aliviar la angustia y de esta manera abrirse un espacio para el trabajo, ya que la problemática tenía que ver con ese miedo a no servir para nada, se le plantea al paciente una posibilidad donde pueda encontrar una utilidad, esto se complementa con el trabajo grupal que correspondía al lugar donde podía enseñarles a partir de su experiencia, aspecto que le sirvió para asistir con más entusiasmo a las actividades y poder entender que más allá de sus circunstancias aún puede hacer algo para sentirse útil.

En la última entrevista que se tiene con el paciente él menciona “yo ya estoy viejo, ahora lo entendí, sin embargo sé que puedo hacer muchas cosas, por eso bajo a terapia para tener algo que hacer”, ya aparece una aceptación de su realidad y no se conforma con eso sino que busca mantenerse activo haciendo las diversas actividades que se le propone.

CASO 4

Se trata de una paciente de ochenta y tres años de edad, que ingresa a la institución por cuenta propia, ya que no quiere causarles problemas a sus hijos con sus esposas; es derivada por la psicóloga de la institución porque no se integra a las actividades del Hogar, solo pasa recostada durmiendo con su cabeza pegada a la almohada pero sin estirar sus pies, no se levanta a comer en el comedor sino que pide que le lleven la comida a su cama, donde come recostada no sentada; de igual manera no habla con nadie a menos que sea alguien que esté cerca de ella y que no implique levantarse de la cama.

Cuando se inician las entrevistas la paciente menciona que tiene jaquecas de vejez, las cuales las describe como una pesadez, desmayos, mareos, malestar en los huesos y una sensación de que ya le llega la hora de morir, aunque ella sí desee vivir aún, es por esto que la paciente no quiere hacer nada, porque está instalada en esta posición que viene a través de un decir de su abuela materna y de una identificación con ella, ya que esta tuvo los mismos malestares y así aprendió que son las jaquecas, porque todo lo que le pasó a la abuela en algún momento, ahora le está pasando a ella; su abuela fue quien la crió porque su madre tenía otros hijos que cuidar, observándose aquí que quien cumplió la función materna es la abuela.

La paciente menciona que era alegre cuando era joven, pero ahora como ya se parece a su abuela entonces ya esta vieja, se le interroga “¿Cómo sabe que esta vieja?”, y menciona que porque su abuela le contaba todo lo que sentía y como ella siente lo mismo ya esta vieja entonces, “las jaquecas

de vieja ya son para morirse, hay que prepararse, yo ya me estoy preparando, me da tristeza ver que ya no puedo hacer nada". La paciente considera que la vejez es para irse para abajo, que ya está destinada a solo esperar la muerte, lo que hace que ya no quiera ni moverse de su cama, como ella lo dice *"ya para qué si no me servirá de nada"*

Junto a esta queja sobre las jaquecas también menciona que está perdiendo la visión y que sin ella ya no puede hacer nada, así que prefiere no levantarse de la cama porque ya no ve, es a partir de esto que se realiza una intervención diferente con la finalidad de que la paciente pueda dar cuenta de que no solo la visión le permite ver las cosas, se le lleva varios objetos como canela, sal, azúcar, café, limón, clavo de olor, una muñeca, un martillo una hoja seca, etc.; con esto lo que se buscaba era que pueda poner en actividad sus otros sentidos, oliendo, tocando, saboreando para que a través de esto pueda saber que objeto es, y al igual que se puso en acción su imaginación al pedirle que describa cómo se imaginaba que era cada objeto.

A través de esto ella pudo decir *"no solo se puede ver con los ojos sino también con otras partes del cuerpo"*, sin embargo hay que resaltar que el trabajo que se realiza con el adulto mayor se trata de un aquí y ahora, cada una de las cosas que se logra con ellos no siempre perdura a lo largo de los días, por su condición ya que sus capacidades cognitivas están deteriorándose y aparece mucho el olvido; en este caso cuando se interrogó acerca de la actividad días después, la paciente no pudo recordar lo que hizo pero aun así esta queja desapareció de su discurso.

Ella menciona que prefiere dormir para no sentir, todo lo que la abuela le dijo que iba a sentir cuando esté vieja, por eso es que la mayor parte del tiempo pasa acostado sin moverse, ella dice *"a mi abuela se le hinchaban las rodillas y mire a mí también se me están hinchando, mi abuela decía que todo lo que le está pasando me va pasar a mí porque se trata de la herencia de los abuelos y la herencia viene de la sangre y yo tengo sangre de mi*

abuela ”, parece ser que ese fue el destino que le impuso la abuela pero que a su vez ella se identificó con esta posición porque a la final la está viviendo tal cual.

Sin embargo, a lo largo de las sesiones se puede ir trabajando sobre este decir que se convirtió en ley para ella, buscando que la paciente de cuenta de que no tiene por qué pasarle lo mismo, se le pone el ejemplo de sus demás compañeras que también están en la misma etapa y no les está sucediendo lo mismo, permitiéndose así dar paso a una movilización de esta posición, pasando de un *“tengo jaquecas de vejez, a mi abuela le pasó y a mí también me pasará”* a un *“ya no le paro bola a las jaquecas, yo quiero seguir viviendo, solo a veces me dan las jaquecas”*, también se va tachando de a poco a este otro que le impuso este destino para que de esta manera se pueda ir movilizando logrando que ella pueda decir *“ay mi abuela sí que se quejaba demasiado, yo no quiero quejarme así”*.

A partir de este trabajo se logra un cambio en la paciente permitiéndose salir de su habitación a realizar otras actividades que no solo sean pasar acostada en su cama, camina, cuando hablaba de un no poder caminar por las rodillas que se le hinchaban y en cierta ocasión en una terapia grupal menciona *“yo estoy joven aún no me ayude a parar yo puedo sola”*.

ANÁLISIS DEL CASO

En esta paciente se puede dar cuenta de dos aspectos fundamentales que marcan su vida y sobre todo su etapa de envejecimiento, la abuela quien fue la que cumplió la función materna la marca con su decir, destinándola a que cuando sea una persona adulta mayor le iba a suceder lo mismo que a ella, esta palabra que viene de esta persona, **su madre**, porque así la consideraba ella, se convierte en ley, aspecto que se encuentra evidente en su discurso ya que cuando se buscaba en un primero momento movilizar este dicho, ella se negaba rotundamente, mencionaba que necesariamente le iba a pasar.

A su vez no basta con este decir, sino que ocurre una identificación, se podría considerar que la abuela representaba a ese gran Otro, la cual es a quien la histérica dirige su atención para responder a la pregunta sobre la feminidad, es decir a cómo ser mujer, lo que hace que la paciente se apropie de sus decires y lo haga parte de su discurso y de su vida, a tal punto de que su cuerpo siente todo, exactamente igual, a lo que sentía su abuela; aspecto que le impedía hacer muchas cosas y que la estaban aislando de los demás.

Aunque la queja de la paciente iba entorno a su cuerpo y la derivación que hace la institución era por su falta de vínculo social y de actividad física, la paciente demandaba el trabajo a partir de la postura que optó, la de pasar solo recogida, durmiendo y ese silencio, que la aislaba de las demás; denotando con esto su malestar a nivel subjetivo, el cual tenía relación con la posición en la que se encontraba.

El trabajo que se realiza con ella, la lleva a que pueda poner en palabras su demanda, ya que la palabra de la abuela la llevó a instaurarse en una inmovilidad, tanto de su cuerpo como de su deseo, este mandato se convirtió en el destino que le esperaba cuando fuera adulta mayor. La paciente se queda atrapada en el decir de ella, que se proyectó a una etapa de su vida, como una identificación postergada; pero menciona en una de las entrevistas que ya no quiere sentirse así porque aun quiere vivir, siente que no le toca morir aún, denotando que su deseo esta subyugado por el deseo de su abuela.

Es a partir de esto que se puede ir logrando una movilización, que le permiten a la paciente dar cuenta que ese no es el único destino que puede vivir, no se trata de sentarse a esperar la muerte como le decía su abuela, sino que hay más cosas por hacer; y a su vez se trabaja esa identificación, no con la finalidad de que desaparezca porque a través de ella se ha podido estructurar sino más bien tachando de cierta manera a ese Otro, denotando que se quejaba mucho, que si no hubiera sido así hubiera llevado otro tipo

de vejez. Permitiéndose así vivir este proceso a su manera y no como el destino que otra persona le impuso.

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez redactados los cuatro casos podemos dar cuenta de que el trabajo psicológico es necesario dentro del proceso de envejecimiento de una persona, ya que al ser una etapa en donde se pasa por muchas pérdidas, sea en el ámbito de lo corporal, lo familiar o lo social es importante que el paciente pueda ponerlas en palabras dentro del espacio de escucha que se le ofrece, para que la angustia que esto causa pueda disminuir; a partir de esta oferta, el paciente encuentra un lugar donde puede manifestar sus quejas, sus deseos y a la vez historizar lo que han vivido, para que desde ahí puedan aceptar su nueva realidad, abriendo un abanico de posibilidades de lo que en esta etapa de sus vidas pueden hacer.

El proceso de envejecimiento y la estadía dentro del Hogar les resultaba insoportable y angustioso, anulando por completo un deseo vivificante en ellos, llevándolos a aislarse y romper todo vínculo social, incrementando su deterioro cognitivo y por lo tanto complicado su estado de salud. Con el trabajo psicológico que se realizó, los efectos subjetivos que se pudieron lograr a partir de la escucha y de las intervenciones, fue la aceptación de su nueva realidad. Otro aspecto logrado fue el cambio de posición subjetiva, donde se pudo notar una manera diferente de verse a sí mismo y de ver las cosas que sucedían a su alrededor, logrando aliviar el sufrimiento que esto causaba. En uno de los casos se pudo percibir que de ser el objeto de satisfacción para los demás, dejando de lado su propio deseo y poniendo su vida al servicio del otro, pasó a una posición de sujeto que tiene un deseo propio y que puede demandar algo del otro, no solo esperar a que el otro demande todo de ella. En otro caso, de estar marcado por el deseo del otro, quien le destinó lo que le iba a pasar cuando fuera adulta mayor, habiendo ella tomado esto como un mandato que tenía que cumplirse obligatoriamente; pasó asumir una posición de sujeto deseante, donde las

“jaquecas de vejez” no necesariamente le tenían que suceder, aparece su deseo de vivir sin estas dolencias y considera que aún esta joven.

Una vez logrado los efectos subjetivos en los pacientes se incrementa una nueva terapia a nivel grupal, se los inserta en una actividad que refuerza el vínculo social, los mantiene activos y se los invita a recordar aspectos de su vida que puedan resultar importantes para ellos, dándole un valor y un lugar a la opinión que tiene el adulto mayor, obteniendo también de esta actividad efectos subjetivos importantes; las actividades se centran en temas propuestos por los mismos pacientes, quienes los desarrollan a partir de su experiencia, temas como: el amor, la familia, el trabajo, la jubilación, el proceso de envejecimientos, las pérdidas, etc.

A partir de esto, ese otro con el que solo convivía y se mantenía a un nivel imaginario, puede convertirse en un igual, en alguien al que le sucede lo mismo y de esta manera se logra en un primer momento una identificación grupal, que sirve para que los participantes hablen de lo que los aqueja en ese momentos de sus vidas, pero ya en un segundo momento el trabajo apunta a que salgan de esa identificación imaginaria para que hablen desde su particularidad, cómo cada uno ha logrado enfrentar este malestar, dejando de ser uno más del grupo y pasando a ser en algunas ocasiones como un referente para los demás; en el caso del trabajo grupal con varones surgen en mayor proporción temas como: el trabajo, la jubilación y el dinero, aspecto que más les preocupa porque está en juego su independencia y su posición de ser el que provee al hogar, perdiendo de esta manera su función dentro de su vida.

En el caso del trabajo grupal con las mujeres surgen temas como: el amor, la familia y la feminidad, aparece la pérdida de la pareja amorosa, de los hijos y de ciertos rasgos propios de la mujer, como los cambios del cuerpo que se dan con la menopausia, consideran que la juventud esta pérdida y que ya no pueden gustarle a un hombre y optan por ocultar su cabello, sus pechos o sus piernas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber analizado la práctica en general y los cuatro casos en particular sustentados por un marco teórico expuesto, podemos concluir que los objetivos planteados sí pudieron ser cumplidos, ya que se pudo percibir efectos subjetivos en los pacientes con los cuales se trabajó, demostrando la importancia que tiene el trabajo del psicólogo clínico con adulto mayores y dando cuenta también que es un campo que necesita ser más explorado, debido a la falta de información que existe con respecto a esta clínica psicológica.

Para el cumplimiento de este objetivo general fue indispensable realizar cada uno de los objetivos específicos, los cuales permitieron plantearse un panorama más claro del objeto de estudio, del contexto donde se realizó la práctica y de la clínica que se iba a utilizar para lograr los efectos esperados, es a través de estos que se pudo plasmar un marco teórico de referencia que sustentó cada uno de los logros obtenidos.

El determinar el perfil del adulto mayor permitió que se puedan tomar en cuenta todas aquellas características biológicas, psicológicas y sociales propias de la etapa, al momento del trabajo psicoterapéutico, ya que era necesario conocerlas para saber de qué manera intervenir y con qué recursos se podía contar, puesto que debido a su edad, en algunos casos existía un deterioro corporal o cognitivo que limitaba la terapia, razón por la cual había que buscar nuevas técnicas para poder abordar al paciente.

También fue necesario contextualizar de manera general las instituciones gerontológicas para después llegar a la institución donde se trabajó, con la finalidad de conocer el funcionamiento de la misma y los parámetros con los cuales se rige, para de esta manera tener en cuenta cómo es el lugar donde esta insertó el paciente y la influencia que esta pueda tener en él y en su malestar; además sirvió para tener presente que el trabajo psicológico dentro de una institución tiene sus posibilidades y limitaciones.

Debido a la falta de información respecto a la clínica psicológica con este tipo de pacientes, se utilizó marcos conceptuales de dos tipos de terapia, la psicoanalítica y la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, para poder sustentar la definición de la clínica utilizada, fue necesario servirnos de este bagaje teórico para saber de qué manera intervenir, pero aclarando que se tuvo que adecuar para estos pacientes; ya que no todo lo que se traía en la sesiones eran aspectos de su pasado, puesto que sus condiciones no les permitían recordar muchas cosas, también debido a las condiciones de salud de algunos pacientes se tenía que hacer un reforzamiento yoico, donde se fortalecían aquellos semblantes que los sostenían, principalmente la religión, en tanto esta no era parte del síntoma.

Uno de los mayores logros que se obtuvieron con los pacientes fueron el cambio de posición subjetiva que dio paso al rescate del sujeto deseante, que había en cada uno de ellos y que por razones de depresión, de deterioro cognitivo o por alguna incapacidad física, asumieron una posición de objeto, presto únicamente a recibir los cuidados que necesitaba, pero dejando de lado la posibilidad de demandar algo más allá que eso, como cariño, asistir a las actividades del Hogar o interactuar con los demás. Al existir este cambio en ellos se produjo un efecto vivificante, que les permitió cambiar su perspectiva de la vida, llevándolos a entrar nuevamente en un vínculo con el otro, lo cual permitía que su deterioro no aumente.

Es necesario destacar que el adulto mayor está enfrentado a pérdidas irreparables y a ese real insoportable que es la muerte, razón por la cual, consideran que ya todo está perdido y por ende se pierde el deseo a vivir, provocando su aislamiento de su entorno, es aquí donde el trabajo que se realizó logra rescatar esa particularidad que tiene cada uno, el deseo, y que a pesar de las circunstancias es aquello que los empuja a seguir viviendo y que encuentren posibilidades de **cómo hacer** frente a todas estas situaciones, de acuerdo a lo que les gusta hacer o para lo que se han destacado a lo largo de su vida.

A lo largo de la experiencia se pudo dar cuenta de que el trabajo con el adulto mayor se trata de un aquí y ahora, en muchas de las ocasiones lo logrado en un día era olvidado, debido al deterioro en la memoria, razón por la cual implicaba que se trabajara lo mismo en varias sesiones, para aliviar la angustia del paciente; de igual forma el discurso de muchos de ellos era repetitivo pero aun así se buscaba pescar esos detalles que permitían denotar la particularidad.

Cuando se trataba de pacientes con signos de demencia senil, el trabajo que se realizaba era como en el caso de la psicosis, se era parte de ese delirio, es decir que no se lo contradecía sino más bien se interroga sobre él para que el paciente sienta que se le cree, de igual manera se intentaba tachar a ese otro quien le causaba daño dentro de su delirio para que así pueda vivir con menos angustia.

Y por último, fue necesaria que la labor realizada sea complementada con el trabajo de otros profesionales, como los gerontólogos, los médicos, la nutricionista, los terapeutas físicos, ocupacionales y recreativos, logrando una interacción multidisciplinaria que permitía pensar únicamente en el bienestar y la calidad de vida del paciente.

Las recomendaciones que se pueden dar después de haber realizado el presente trabajo son:

- A quienes tiene la posibilidad de leer este trabajo sería importante que si existe un interés en esta clínica con el adulto mayor, fomenten la investigación en esta área poco explorada, para que de esta manera se pueda dar mayor importancia al trabajo del psicólogo clínico con adultos mayores y de esta manera mejorar la atención psicológica para ellos.
- Sería recomendable que en las universidades donde existe la carrera de Psicología Clínica, se dé mayor importancia al trabajo con el adulto mayor, impartiendo conocimientos sobre estas personas para

que de esta manera exista un interés desde un inicio por parte de los alumnos y así se orienten por este tipo de trabajo.

- Debido a que la etapa de envejecimiento trae consigo muchas pérdidas por lo cual es necesario la re-significación y la reconstrucción de su historia, lo que producen signos como la angustia, la depresión y demás; se recomienda que se le dé mayor importancia a la atención psicológica individual, el adulto mayor necesita un espacio donde pueda ser escuchado, es importante que ellos puedan poner en palabras aquello que los aqueja.
- Es importante que cuando se inicie una práctica en centros gerontológicos, se busque información sobre el adulto mayor para tener conocimiento sobre las diferentes patologías que pueden tener, ya que es una realidad con la que nos encontramos en el ejercicio de esta práctica.
- En muchas ocasiones el deterioro cognitivo del paciente o alguna demencia que presente por su edad, puede provocar que su discurso sea siempre el mismo o que el trabajo que se logró en un momento, al día siguiente sea olvidado, razón por la cual es recomendable trabajar con lo que trae el paciente cada día, buscando lo particular en eso que se repite; y a su vez se trata de un trabajo del aquí y ahora por lo cual es importante que se realice señalamientos o intervenciones en el momento en que aparece algo significativo.
- Es recomendable que durante la labor psicológica se maneje una comunicación con los diferentes profesionales, ya que se trata de un trabajo multidisciplinario, donde es necesario tener la opinión de todos los profesionales que tratan al adulto mayor, para tener conocimiento de la condición que se encuentra el paciente y de esta manera realizar un trabajo más complementado.

BIBLIOGRAFÍA

- Asilo del Bien Público* . (03 de Diciembre de 2014). Obtenido de www.asilobienpublico.org.ec
- Bazo. M, Garcia.B, Hernandez. G, Leira. J, Lopez. M, Millán. J, Taboadela. O. (2006). *Sociología de la Vejez*. España: McGRAW-HILL.
- Braier, E. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Caputto, L. (2012). *Espacio y tiempo en el adulto mayor*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de www.psiconet.com/tiempo/vejez.htm
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Centro Gerontológico Arsenio de la Torre*. (03 de Diciembre de 2014). Obtenido de centrogerontologicoarseniodelatorre.com.ec
- Educación de Calidad*. (6 de Noviembre de 2014). Obtenido de <http://educaciondecalidad.ec/constitucion-educacion.html>
- Enriquez, E. (2002). El trabajo de la muerte en las instituciones. En Kaes. R, Bleger. E, Enriquez. F, Fornari. P, Fustier. P, Roussillon. J, Vidañ. P., *La Institución y las Instituciones*. (p.84). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (2006). *Subjetividad, relato y vejez*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2014, de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200610307.pdf>
- Fernández, A. (2007). *El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/118/93>

- Fernández, A. (2007). *Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de www.redadadultosmayores.com.ar
- Fiorini, H. (15 de Diciembre de 2001). *Psicoanálisis, Focos y aperturas*. Obtenido de www.hectorfiorini.com.ar
- García, A., Rabadán, J., & Sánchez, A. (2006). *Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social*. España: Arán.
- González, I., Balo, A. & Gómez, M. (2006). Psicología del envejecimiento. En Millán, J., Principios de Geriatria y Gerontología. (p.114,128). España: McGraw-Hill – Interamericana.
- Grace, J, Craig, Bacucum.D. (2001). Desarrollo Psicológico. Mexico: Pearson educacion.
- Hogar Corazón de Jesús*. (03 de Diciembre de 2014). Obtenido de www.hogarcorazondejesus.org.ec
- Hogar Geriátrico "Memory mis abuelitos"*. (02 de Diciembre de 2014). Obtenido de www.hogargeriatricomemory.com
- Inclusión, M. d. (2014). *Norma técnica población adulta mayor*. Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos* . (6 de Noviembre de 2014). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Kaés, R. (2002). Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones. En Kaes. R, Bleger. E, Enriquez. F, Fornari. P, Fustier. P, Roussillon. J, Vidañ. P., La Institución y las Instituciones. (p. 11-54). Buenos Aires: Paidós. Kaes. R, Bleger. E, Enriquez. F, Fornari. P, Fustier. P, Roussillon. J, Vidañ. P. (2002). La institución y las instituciones. Buenos Aires : Paidós.
- Lersch, P. (1968). *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia.

- Mannoni, M. (1976). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Mannoni, M. (1979). *La educación como imposible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- McGraw-Hill. (2014). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. *McGraw-Hill Interamerica de España, SL*, 38.
- Millán, J. (2006). Gerontología y Geriatria. En Millán, J., Principios de Geriatria y Gerontología. (p. 3-69). España: McGRAW- HILL..
- Miller, J.-A. (1997). *Introducción al método Psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Muchnik, E. (2006). *Envejecer en el siglo XXI*. Argentina: Lugar Editorial.
- Negrete, D. (23 de Diciembre de 2013). *Servicios Psicológicos para la Tercera Edad*. Ecuador .
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (1992). La edad adulta tardía. En D. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Desarrollo Humano* (pág. 530). Colombia: Mc Graw-Hill.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., & Hernández, M. (2009). *Aportes para una conceptualización de la vejez*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2014, de [file:///E:/DOCUMENTOS%20ANDRE/DESCARGAS/Aportes_para_un_a_conceptualizacion_de_la_vejez%20\(1\).pdf](file:///E:/DOCUMENTOS%20ANDRE/DESCARGAS/Aportes_para_un_a_conceptualizacion_de_la_vejez%20(1).pdf)
- Saldaña, A., & Molina, G. (2013). *Psicología del adulto mayor*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2014, de <http://www.enplenitud.com/psicologia-del-adulto-mayor.html>
- Salvarezza, L. (1998). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Velásquez, I. (2012). *Adulthood Mayor: Escenarios de renovación y redefinición subjetiva*. Guayaquil.

Warner, K., & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*.
Pearson Educación.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

FOTOS DE LA INSTITUCIÓN

Terapia Recreativa



Comunidad Dorada

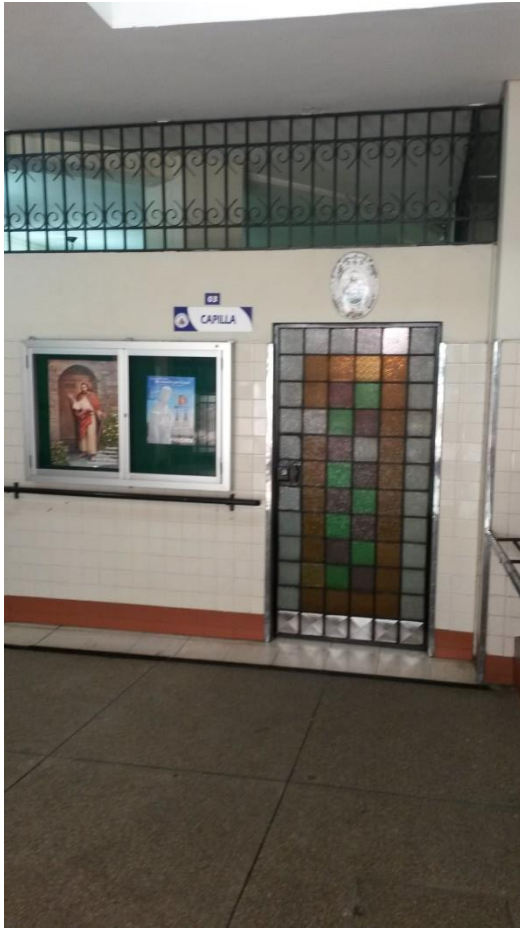


Sala General



Pensionado

Capilla



Sala de Observación

