



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida.
Formas de tratamiento con el adulto mayor.**

AUTORAS:

**Castro Torres, Michelle Natali
Guerra Espinoza, Diana Natalie**

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

TUTOR:

Piedad Ortega de Spurrier

**Guayaquil, Ecuador
2016**



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 **Michelle Castro Torres y Diana Natalie Guerra Espinoza**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

Piedad Ortega de Spurrier

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Galarza

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Michelle Natali Castro Torres y Diana Natalie Guerra Espinoza**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida. Formas de tratamiento con el adulto mayor** previo 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 del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016

LAS AUTORAS

Michelle Natali Castro Torres

Diana Natalie Guerra Espinoza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Michelle Natali Castro Torres y Diana Natalie Guerra Espinoza**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida. Formas de tratamiento con el adulto mayor**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016

LAS AUTORAS

Michelle Natali Castro Torres

Diana Natalie Guerra Espinoza

AGRADECIMIENTO

A los adultos mayores del Hogar Corazón de Jesús, especialmente Alberto García por enseñarme que la vida es un tango que debe disfrutarse.

A mi tutora, Piedad Ortega por su guía y dedicación en este trabajo.

Michelle Castro Torres

A cada adulto mayor que con su historia singular me ha demostrado que este concepto de “final de los días”, es una idea preconcebida, ya que así la vida le pase factura al cuerpo, cuando se le brinda lugar al deseo, casi siempre puede surgir algo nuevo.

A nuestra tutora Dra. Piedad Ortega de Spurrier por el apoyo y la dirección durante este proceso de sistematización.

A mi compañera de prácticas y trabajo de titulación Michelle por la logística durante el proyecto.

Diana Guerra Espinoza

DEDICATORIA

A mi madre Mónica, por sus enseñanzas y sacrificios.

A mi padre Guillermo, por su cariño y apoyo incondicional.

Michelle Castro Torres

A mis padres Abraham y Carmen por ser ejemplo e inspiración continua de entereza, trabajo, esfuerzo y valentía para alcanzar lo que uno se proponga.

Diana Guerra Espinoza

INDICE GENERAL

RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
ELOGIO DE LA SOMBRA (Borges, 1969).....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN	14
OBJETO	14
OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN.....	15
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	16
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO	17
CAMBIOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	18
EL ENVEJECIMIENTO EN EL ECUADOR.....	21
LA VEJEZ EN UNA SOCIEDAD POR EL CULTO A LA JUVENTUD	23
CAPÍTULO 2. SUBJETIVIDADES EN EL ENVEJECIMIENTO.....	26
DEPRESIÓN: ¿SÍNTOMA O INSTANCIA PSÍQUICA?	28
EL SUJETO ASILADO.....	33
CAPÍTULO 3. PRÁCTICA CLÍNICA EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	38
CARACTERIZACIÓN ASILO HOGAR CORAZÓN DE JESÚS.....	39
LA DEMANDA INSTITUCIONAL EN UN ASILO	40
HACIA UNA PRÁCTICA CLÍNICA CON EL ADULTO MAYOR	42
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	44

MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN.....	46
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	49
CASO 1. PRESTAR EL CUERPO Y PONER OÍDO PARA IR AL ENCUENTRO DE UN NUEVO BRÍO.....	50
CASO 2. ALIGERAR LA CRUZ	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS.....	71

RESUMEN

El presente documento consiste en la sistematización de las prácticas pre-profesionales realizada en la Institución Gerontológica Hogar Corazón de Jesús; donde se trabajó con personas de sesenta y cinco años en adelante, en estado físico independiente o dependiente, con deterioro cognitivo leve o avanzado. Se ofreció atención psicológica con el objetivo de aliviar el malestar del cual se queja el adulto mayor para así mejorar su calidad de vida.

El objetivo del trabajo realizado con el adulto mayor consistió en rescatar al sujeto de los avatares que acontecen en la adultez mayor y las repercusiones que tiene en la vida de este. Se observó que algunos adultos mayores se encuentran fijados en la pulsión de muerte debido a que padecen de enfermedades, discapacidades o deterioros a nivel neuro psicológicos que le dificulta actuar de manera independiente y activa; ante esto se le dio prioridad al deseo del sujeto mediante la escucha activa, tratando de preservar esa pulsión de vida desfalleciente.

Las diferentes intervenciones realizadas se fundamentan en la teoría psicoanalítica, en donde la escucha activa sirve para resguardar lo singular de cada sujeto, lo cual marca el camino a intervenir.

Palabras claves: Envejecimiento, Adulto mayor, Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica, Subjetividad, Pulsión de muerte, Deseo.

ABSTRACT

This document consist in the systematization of pre-professional practices that took place in the gerontological institution 'Hogar Corazón de Jesús' where the subject of the study were people of sixty-five years and older, in a independent or dependent physical state, with mild or advanced cognitive impairment. Psychological care was provided with the objective of easing the discomfort of which the elderly complain, in order to improve their quality of life.

The aim of the work was to rescue the senior citizens of the problems that occur at this stage and the impact these have on the life of the individuals. It was observed that some seniors are fixed in the idea of death since they suffer from diseases, disabilities or neuropsychological impairment that makes it difficult to act independently and actively; because of this, the subject's desire became a priority that was carried out by means of active listening, trying to preserve the deterioration life instinct.

The various interventions carried out were based on a psychoanalytic theory where the active listening is used to protect the uniqueness of each individual, which leads the way to intervene.

Keywords: Aging, Elderly, Subjectivity, Psychoanalytic Psychotherapy, Death drive, Desire.

ELOGIO DE LA SOMBRA (Borges, 1969)

La vejez (tal es el nombre que los otros le dan)
puede ser el tiempo de nuestra dicha.
El animal ha muerto o casi ha muerto.
Quedan el hombre y su alma.
Vivo entre formas luminosas y vagas
que no son aún la tiniebla.
Buenos Aires,
que antes se desgarraba en arrabales
hacia la llanura incesante,
ha vuelto a ser la Recoleta, el Retiro,
las borrosas calles del Once
y las precarias casas viejas
que aún llamamos el Sur.
Siempre en mi vida fueron demasiadas las cosas;
Demócrito de Abdera se arrancó los ojos para pensar;
el tiempo ha sido mi Demócrito.
Esta penumbra es lenta y no duele;
fluye por un manso declive
y se parece a la eternidad.
Mis amigos no tienen cara,
las mujeres son lo que fueron hace ya tantos años,
las esquinas pueden ser otras,
no hay letras en las páginas de los libros.
Todo esto debería atemorizarme,
pero es una dulzura, un regreso.
De las generaciones de los textos que hay en la tierra
sólo habré leído unos pocos,
los que sigo leyendo en la memoria,
leyendo y transformando.
Del Sur, del Este, del Oeste, del Norte,
convergen los caminos que me han traído
a mi secreto centro.
Esos caminos fueron ecos y pasos,
mujeres, hombres, agonías, resurrecciones,
días y noches,
entresueños y sueños,
cada ínfimo instante del ayer
y de los ayeres del mundo,
la firme espada del danés y la luna del persa,
los actos de los muertos,
el compartido amor, las palabras,
Emerson y la nieve y tantas cosas.
Ahora puedo olvidarlas. Llego a mi centro,
a mi álgebra y mi clave,
a mi espejo.
Pronto sabré quién soy.

INTRODUCCIÓN

Envejecer es biológicamente insoslayable, si la muerte no lo impide antes, pero el arte de envejecer bien es algo asequible y sobre todo voluntario (Campos, 1990).

En la sociedad actual existe un prejuicio en relación a la vejez; llegar a viejo es sinónimo de inactividad, inutilidad, depresión y rechazo. El adulto mayor es marcado por estos significantes que conducen a la segregación, por lo que surge la interrogante ¿El adulto mayor puede llegar a tener una vejez óptima?

El presente ensayo busca determinar qué intervenciones en el trabajo clínico con el adulto mayor aporta en la preservación de ese sujeto, que aún es capaz de tener su deseo propio, de encontrar y apropiarse del sentido de su vida, que ya no busca satisfacer lo establecido por la sociedad sino mas bien sobrevivir a ella.

El encuentro con lo real en las diferentes modalidades de la vejez y las soluciones singulares que cada sujeto se permita inventar, son temas que a lo largo del trabajo investigativo se irán perfilando. Además de conocer qué de las intervenciones del psicólogo clínico, aportan a rescatar eso vivificante del sujeto.

JUSTIFICACIÓN

La sistematización de la experiencia de la práctica clínica pre-profesional surge a partir de experimentar cara a cara el diario vivir del adulto mayor. Estos se encuentran inmersos en diferentes cambios a nivel físico, psicológico y social que pueden vivirse de manera desagradable y ser causante de sufrimiento. Es por ello que se considera necesario un modo de intervención terapéutica que acoja la subjetividad del sujeto y de lugar a lo singular de este, rescatando al sujeto deseante.

Se busca implementar el interés de nuestros colegas para que se atrevan a incursionar en un trabajo con el adulto mayor que, a diferencia de lo que se piensa, aún es capaz de expresar sus malestares por medio de la palabra y/o a través del cuerpo, y así producir una mejora en la calidad de vida.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

El trabajo de sistematización se lleva a cabo en el asilo “Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil, la cual da cabida a mas de 350 adultos mayores aproximadamente, dependientes o independientes, ofreciéndoles una atención integral y continua para preservar su bienestar.

El Hogar Corazón de Jesús abrió sus puertas en 1892 brindando estadía, alimentación, asistencia médica y cuidados personales los 365 días de cada año.

OBJETO

El objeto de interés de este trabajo son los adultos mayores que residen en la institución Hogar Corazón de Jesús, los cuales experimentan diferentes pérdidas y cambios propios de la vejez de una manera singular. Es la singularidad de cada persona que tratará de rescatarse.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar un modo de intervención terapéutica que rescate al sujeto de los avatares que acontecen en la adultez mayor y las repercusiones que tiene en la psique y vida de este.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acoger la subjetividad del sujeto frente a la vejez.
- Determinar y preservar el deseo del sujeto.
- Delimitar el goce del sujeto inmerso en posición mortífera ante las pérdidas de ámbito físico, psíquico y social.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

Se busca demostrar que es posible el trabajo clínico con el adulto mayor, dando relevancia a la subjetividad de cada uno frente a la etapa que viven. Cada adulto mayor se enfrenta al envejecimiento de manera singular. Es a partir de esta singularidad que se encaminará el trabajo psicológico.

El trabajo psicológico con el adulto mayor radica en rescatar al sujeto deseante, hacerlo resurgir del estado depresivo y aislamiento que se encuentra evidenciando su fijación en la pulsión mortífera, ofreciendo al sujeto un bienestar.

MARCO TEÓRICO

CARACTERIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso evolutivo, gradual y multidimensional. Millán (2006) afirma, “el envejecimiento es el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren como consecuencia del paso del tiempo y no debido a alguna enfermedad”. Aunque el envejecimiento no sea consecuencia de la enfermedad, está estrechamente relacionado a ella debido a que el ocasiona un debilitamiento del sistema inmunitario y disminución de la capacidad del ser humano, lo que incrementa la posibilidad de enfermar.

En el envejecimiento se juega varios factores en el ser humano. El sujeto cambia físicamente, su rol en la sociedad es modificado. Cambia la manera de percibir, razonar y sentir las vivencias del día a día. Sin embargo, no es el sujeto que se percibe viejo, sino la sociedad que cambia de comportamiento hacia él por las variaciones físicas que se presentan como: la aparición de arrugas y canas, el caminar lento, el debilitamiento del cuerpo, etc.

Aunque todos estamos destinados a envejecer es necesario recordar que en la vida de cada uno influyen diferentes aspectos y vivencias que hace que el envejecimiento sea distinto. Mishara y Riedel (2000, pág. 26) informa que es necesario recordar:

- Todas las personas no envejecen al mismo ritmo ni en la misma manera.
- Muchos adultos mayores tienen mejor salud que unos jóvenes.
- No son nefastos todos los cambios de la vejez.
- La enfermedad puede aparecer en cualquier edad independientemente de la voluntad del sujeto.

La manera de percibir el envejecimiento dependerá de mirada subjetiva de cada uno, de la manera de cómo ha percibido su vida, el modo de utilizar la experiencia adquirida con los años, etc. Si bien es cierto, la vivencia de cambios y pérdidas en la vejez, puede influir a que se la perciba como desagradable. Sin embargo, es importante tener en cuenta que aún en la vejez se es capaz experimentar cosas agradables, se es capaz de vivir y ser feliz.

CAMBIOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

En el envejecimiento se producen varios cambios en la persona, el más visible es el biológico debido a que aparecen pequeñas manifestaciones de forma gradual y progresiva. Timirias (1997), menciona que estos cambios se dan a nivel de:

- Órganos sensoriales

Se presenta un deterioro en la capacidad de los órganos de los sentidos: vista, oído, tacto, gusto, olfato. En la vista, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores. En la audición se presenta una menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. En el tacto, lo que concierne a la piel aparecen manchas, arrugas, sequedad y flacidez. Referente a los sentidos de gusto y olfato se da: la disminución de la capacidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas; y la pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

- Sistemas orgánicos

En la estructura muscular se da una pérdida de masa muscular y atrofas en las fibras musculares lo que tiene como consecuencia la disminución de fuerza muscular. El sistema esquelético se vuelve más vulnerable a las fracturas debido a que los huesos se tornan porosos y frágiles. Las articulaciones se vuelven menos eficientes al reducirse la flexibilidad por la rigidez articular que aparece por la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos; teniendo como consecuencia la presencia de dolor. En el sistema cardiovascular existe un aporte menor de sangre oxigenada lo que causa una importante disminución de la fuerza y resistencia física general. El sistema respiratorio decae por diversos factores, entre los que se encuentran: la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios).

Estos cambios biológicos es parte del proceso del “envejecimiento físico que modifica la imagen que tiene el sujeto de sí mismo y también es una señal para los demás que conviene cambiar de comportamiento hacia estos” (Mishara & Riedel, 2000). Es decir, este envejecimiento físico suele evocar cambios detonantes como: pérdida de fuerza, disminución de coordinación y dominio del cuerpo y alteración de la salud. Esto produce que el adulto mayor no sea capaz de realizar ciertas actividades que generalmente estaba acostumbrado a realizarlas. Además, la sociedad los cataloga como frágiles produciendo su aislamiento.

Al nivel de lo psicológico se puede dividir los cambios en dos grupos: el primero, lo cognocitivo, es decir lo que afecta a la capacidad y manera de pensar; y el segundo grupo concierne a la afectividad y personalidad (Mishara & Riedel, 2000). Las funciones cognocitivas (inteligencia, memoria, razonamiento) son aquellas actividades mentales que realiza el individuo al interactuar con el

entorno. Estas funciones y la personalidad se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la pérdida del rol social, muerte del cónyuge, la aproximación hacia la propia muerte y demás pérdidas que se dan el adulto mayor. Frente a estos acontecimientos el adulto mayor deberá encontrar soluciones particulares que lo posibilite salir de un estado de pérdida y asumir de algún modo las nuevas condiciones que determinarán la manera de estar y vivir la vejez.

Al nivel de lo social, el adulto mayor sufre un cambio de roles, es decir, de cumplir un rol activo en la sociedad, como alguien que trabaja y es dependiente, pasa a jubilarse. La jubilación hace que ya no sea un aporte a la sociedad, en esta etapa el adulto mayor tiene demasiado tiempo libre y no es considerado como útil. Además, en la actualidad donde rápidamente aparecen avances tecnológicos y se está en constante cambio, se rechaza de alguna manera al adulto mayor, en tanto se le dificulta asimilar y aprender de estos avances, dando como resultado que paulatinamente se lo margine.

Además de estos cambios en el proceso de envejecimiento puede aparecer en la vejez enfermedades que impide que el sujeto pueda vivir esta etapa de la vida de una manera activa y saludable. Una de las enfermedades recurrentes en esta etapa es la demencia. Esta es considerada como “un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Este síndrome es causado por otras enfermedades y lesiones que afectan el cerebro, como los accidentes cerebrovasculares o el Alzheimer. La demencia es una enfermedad progresiva que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio de quien la padece. Este deterioro de capacidades es lo que encamina al aislamiento e inactividad del sujeto.

EL ENVEJECIMIENTO EN EL ECUADOR

El envejecimiento demográfico es la consecuencia del descenso de la tasa de natalidad (García Martínez, Rabadán Rubio, & Sánchez, 2006, págs. 23-28), es decir es la disminución porcentual de la tasa de los jóvenes y el aumento del grupo de adultos mayores. Este proceso de cambio de balance entre generaciones ocurre actualmente en Ecuador por lo que existe un aumento de personas de 65 y más años de edad en la población según los resultados del Censo de Población y Vivienda en el año 2010.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010:

En Ecuador existía 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría residía en la Sierra (596.429) seguida de la Costa (589.431). En el 2014 las cifras difundidas por el INEC de acuerdo a su proyección en base de sus datos, corroboran el envejecimiento de la población, puesto que señala que las personas mayores de 60 años suman 1'341.664. (INEC, 2010)

Con el incremento de la tasa poblacional de adultos mayores es necesario analizar acerca los diferentes factores que afecta en esta etapa de la vida. En lo que se refiere al aspecto social, se encuentra directamente vinculada a la realización de tareas, por ende clasifica a las personas de acuerdo a su grado de productividad en la sociedad (Calenti, 2006). Así, al anciano que llega a presentar limitaciones a nivel físico, mental y funcional no se le asigna ninguna tarea específica, por lo cual es considerado como un elemento improductivo para la sociedad.

Al considerar al anciano como un elemento improductivo, este corre el riesgo de sufrir violencia. Calenti (2006) menciona tres tipos de violencias: violencia psíquica, violencia sexual, violencia física. La violencia psíquica se refiere al cambio de roles en la familia, es decir el anciano deja de ser la autoridad para

ser la persona que necesita ser disciplinado; también es catalogado muchas veces como el causante de tensiones dentro de la familia por las atenciones que necesita debido a enfermedades que puede padecer. Se podría incluir en esta violencia los abusos que los ancianos deben soportar como fraude y robos de fondos o bienes al ser considerados como incapaces. La violencia sexual trata de la restricción de espacio y tiempo privado para los ancianos, puesto que se considera como seres asexuados llegando a ridiculizarlos. El tercer tipo de violencia es la física, en la cual los ancianos deben soportar malos tratos y golpes por parte de familiares o su cuidador.

Continuando con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), “el 81% de las personas adultas mayores manifiestan estar satisfechas con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado; el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder” (INEC, 2010). Estas son estadísticas que nos permiten aproximarnos a la realidad de nuestro entorno, mostrando una realidad palpante en el trato con adulto mayor el “*sentirse abandonado*”, el atravesar una fragilidad expuesta en su ser y en su posición de creerse llegar a parar en un depósito de un *final de los días*.

Actualmente, en el Ecuador se desea cambiar esta perspectiva sobre los adultos mayores en la sociedad por lo que se plantea una nueva política:

Esta nueva política tiene una orientación distinta sobre el envejecimiento considerándolo como un proceso activo, digno y seguro, se orienta a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de esta población. La meta es integrarla al desarrollo social, económico, político y cultural del país a través de su participación y empoderamiento para que juntos –el Estado, la sociedad civil y la familia–, le faciliten alcanzar y acceder un buen vivir. (MIES, 2012)

Sin embargo, a pesar de esta iniciativa realizada por el MIES se puede constatar que al adulto mayor se lo continúa excluyendo del desarrollo social; puesto que se lo considera como alguien débil, pronto a dar su vida como

concluida. Esta exclusión no existe solo a nivel de lo social; sino que es un aspecto que se debate poco sobre el modo de crear efectivamente políticas públicas que genere en varios ámbitos, especialmente oportunidades para los adultos mayores. También es llamativa la escasa información desde la psicología que ilumine el trabajo a realizar. ¿Acaso esta escasez de información acerca de los adultos mayores podría ser la demostración de que al llegar a este momento de la vida ya no se espera más?

LA VEJEZ EN UNA SOCIEDAD POR EL CULTO A LA JUVENTUD

Es importante abordar a modo de pregunta: ¿Qué papel juega la vejez en una sociedad donde el frenesí a la juventud, el conservar un cuerpo lozano y sin rasgo de que el tiempo ha tocado sus raíces, prevalece? La ciencia sustituye este tiempo, busca entrar en una retroacción.

Ahora hay una convergencia cada vez mayor en la venta de la prosperidad corporal, por el bien de los usuarios y la alegría de muchas corporaciones. El negocio del cuerpo busca la justa medida de los goces que le convienen, y la eternidad ya no pertenece al reino de los cielos, sino al esfuerzo denodado de la ciencia por regalárnosla aquí en la tierra. (Dessal, 2015)

Es así que en esta época la vejez toma el sinónimo de *enfermedad*, haciendo que el capitalismo insista en depositar la certeza que no tenemos tiempo que perder como para *estar viejos*.

Hoy la vejez no va al ritmo que nos exige constantemente el capitalismo. El cuerpo ciertamente avizora que hay que ir más lento, pero el posible terror ante una caducidad insiste en su prevalencia de imperativo de comerse el tiempo, como si el camino recorrido fuera una nada que se esfuma tácitamente en una aureola de recuerdos que solo se consumieron pero jamás se vivieron.

Se hablará de "B" hombre de 83 años, residente del Hogar Corazón de Jesús, expresa dentro del espacio de palabra que le es brindado, lo que significa para él su vejez, comenta: *"Para mi estar viejo es una mierda, a uno lo ven como eso, como una mierda. Para los hijos, uno se convierte en un inútil, lo único que ven es estorbo. Eso es el viejo, un estorbo..."* Se puede dilucidar que ciertamente este "estorbo" del cual B expresa no implica solamente cómo vive él su vejez y la manera cómo se sitúa frente a esos momentos de su vida. Hay algo también que dentro de lo social se pone en juego.

En la actualidad se buscan formas de remediar aquel paso lento, pero no por ello silencioso, que de alguna manera la vida nos convoca. El acelerado mundo de hoy y su discurso de infinitud disienten con los procesos físicos y psicológicos que en un adulto mayor coexisten. Se busca una solución frente a lo viejo que para el consumismo de hoy es sinónimo de obsoleto y objeto de desecho.

Antes existía un lugar preponderante para el adulto mayor, era el que llevaba la sabiduría, la palabra de aliento, el saber hacer con la tradición. Veronesi afirma, "la cultura occidental ha perdido algo que, en cambio, los orientales mantienen vivo: el respeto sagrado a la persona anciana por todo lo que esta aún puede dar" (Veronesi, 2013, pág. 90). Ahora eso ha quedado a la deriva. A la vejez se la trata de mudar a un tipo de apósito o más bien deposito. Esto causa interrogantes: ¿Es la vejez un tipo de enfermedad, una herida a cicatrizar? ¿Llegar a cierta edad en la cual *"las carnes pesan"*, incita una forma de usurpación con la cual no sabemos cómo vérnoslas? ¿Son los ancianos en esta época figuras de desecho que por su no convergencia con el ritmo y el ímpetu de vida que la sociedad propone, quedan deshilados del sentido de esta?

La ancianidad es temida y negada, por todos los medios tratamos de apartarla de nuestra vida. Se subestima lo que los ancianos todavía

tienen para dar en términos físicos. Se les niega espacios de socialización y estructuras útiles para mantener su inserción en el tejido social. (Veronesi, 2013)

Viene bien preguntarse ¿Qué lugar ocupa los llamados asilos de ancianos o casas asistenciales para el adulto mayor? ¿Qué tipo de discurso opera en ellas frente a esta época “*microwave*”, época del al instante?

Bauman refiere “hoy nadie construye catedrales góticas, vivimos más bien en tiendas y moteles. Objetos y personas son bienes de consumo, y como tales pierden su utilidad una vez usados” (2012). Es así que observamos cómo la sociedad actual y su discurso amo, trata de obturar esta incertidumbre ante las preguntas que nos generan la existencia y su paso por esta. Las pastillas, las cremas aletargantes, extensiones y renovaciones que el mercado ofrece viene a velar algo en lo real o más bien impone un taponamiento desde el superyó: *disfruta sin fin, el tiempo es hoy, mejora tu cuerpo, prospera tu calidad de vida* son imperativos que continuamente escuchamos en la actualidad, cómo si volverse viejo representa algún tipo de horror ante la vida.

El Estado lucha contra la obesidad, la anorexia, el alcohol, el tabaco, etc. Nos vigila, nos controla y nos dice cómo debemos vivir. Es decir que el sujeto de nuestra época se encuentra atiborrado por el consumo de objetos y sepultado por los ideales que han devenido mandatos. (Sobral, 2009)

Dentro de estos objetos de consumo también podemos mencionar a los psicofármacos, podríamos considerarlos cómo juguetes actuales al servicio del hipermodernismo para silenciar al sujeto de sus encuentros con el saber inconsciente.

Preguntarse sobre el paso del tiempo es algo que le compete a cada uno. Respetando la singularidad, cada quien responderá según la fantasmática que viva. Responder bajo el ideal capitalista como propone el discurso Amo es ir a

un abismo insoslayable en donde se abre otro tipo de brechas para el hombre de hoy.

SUBJETIVIDADES EN EL ENVEJECIMIENTO

Hablar de subjetividad en la vejez es encasillar a cada persona en un solo modelo de cómo se vive la vejez. Por esa razón, se debe pensar en “subjetividades” manteniendo que cada persona tiene algo singular, lo que causa que cada quien experimente las situaciones de la vida de manera diferente. Sin embargo, tras el acercamiento con un grupo de población de adultos mayores debido a la práctica clínica, se puede hablar de ciertas situaciones que en la vejez se producen, en particular aquellos que se refiere a las pérdidas y a los consiguientes duelos.

El adulto mayor experimenta una serie de cambios en la vejez, debe afrontar pérdidas constantes a nivel biológico, psicológico y social; además aceptar la cercanía a su propia muerte. Podría pensarse que las pérdidas empiezan a partir de la jubilación, es una pérdida de un rol activo en el ámbito social; en tanto ya no se tiene la fuerza, agilidad y desenvolvimiento para un trabajo óptimo, entonces ya no representa un beneficio para la empresa en que labora, sino una pérdida. Esta pérdida repercute en lo familiar, el adulto mayor deja de ser visto como aquel en el cual recaen las responsabilidades, puesto que se lo observa cómo alguien débil que necesita de cuidados. Pero no solo se dan estas transformaciones, también aparecen cambios en la afectividad, repercusiones psíquicas de una enfermedad crónica, de la muerte de un familiar, de dificultades económicas, etc.

Frente a estas distintas pérdidas, el adulto mayor debe elaborar un duelo. Freud caracteriza al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un

ideal, etc.” (Freud, 1993). El duelo tiene como consecuencias cambio en la conducta normal en la vida, se da una pérdida del interés por el mundo exterior, pérdida de capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, la inhibición frente a la productividad que no tenga relación con la memoria del objeto perdido. Sin embargo, aunque exista esta inhibición en la persona y el angostamiento del yo no se considera al duelo patológico, en tanto es una situación pasajera, tras la cual se restablece el dominio del yo. Esta elaboración de duelo provocara un cambio en el individuo, especialmente en la integración psicosocial del sujeto. Es importante que el adulto mayor logre la superación de la pérdida y así no quede estancado en la depresión y aislamiento.

Sin embargo, existen sujetos que no logran la superación de duelo por lo que surge la melancolía. Esta presenta las mismas características del duelo pero se diferencia porque el sujeto presenta un empobrecimiento del yo. Entonces, en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío mientras que en la melancolía, eso ocurre al yo mismo. El sujeto se describirá como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se autocrítica, se denigra y espera repulsión y castigo (Mazzuca, 2006). El estar en un estado melancólico, el sujeto se percibe como insignificante, presenta insomnio, tiene repugnancia al alimentarse y un desvanecimiento de la pulsión que hace aferrarnos a la vida.

Si se considera normal que el adulto mayor experimente la pérdida de interés por el mundo exterior como parte de su duelo frente a los cambios que se da en la vejez, entonces ¿Cuál es la causa que se observe a la vejez como deprimente?.

Socialmente se piensa que la vejez es la etapa de la vida donde ya no se espera más que la muerte. El adulto mayor no puede seguir realizando actividades que desea hacer porque no está en la capacidad física ni mental, entonces se espera que viva los años que le falta de una manera apaciguada.

Pero es en ese apaciguamiento que se le quiere ofrecer al adulto mayor, en donde puede existir un prejuicio. Un prejuicio que tacha a los adultos mayores sobre sus capacidades, deseos, aspiraciones, opiniones.

Entonces, se podría pensar que los adultos mayores no son los responsables de encasillarse bajo este concepto de vejez deprimente, sino que es el imaginario colectivo que los define así para tratarlos de una manera universal. Existen adultos mayores que ven su vejez como la oportunidad de vivir despreocupados, sin responsabilidades y se deciden a realizar actividades que siempre desearon como cantar, bailar, actuar, aprender a leer o participar en proyectos de su interés que no están directamente vinculados a una remuneración.

Si bien es cierto la vejez puede ser capaz de privar los estímulos de la vida pero la manera de vivir esta, va a depender de la subjetividad de cada persona. Ante estas series de transformaciones que se presenta, hay la opción de lograr adecuarse o tener reacciones negativas ante lo sucedido. Cada sujeto podrá decidir si existe motivo para sufrir, si lo cotidiano es interesante o no, si es momento de emprender una nueva actividad o no, si aceptar o no lo que se presenta. La decisión va a depender del desear y tener curiosidad por vivir.

DEPRESIÓN: ¿SÍNTOMA O INSTANCIA PSÍQUICA?

Para abordar este tema es necesario preguntarse: ¿Qué estatuto científico se le da a la depresión hoy en día? ¿Qué dice el psicoanálisis sobre esta instancia?

Antes de contestar estas interrogantes, vamos a ir hilando desde Freud ciertos conceptos que también atañen a estas preguntas.

Como se mencionó anteriormente Freud expone que el duelo es un proceso natural, no se lo considera un estado patológico. El trabajo que el duelo opera, ejecuta la realización de que el objeto amado al cual había depositado toda su energía libidinal, ya no está más. Es mediante un tiempo prudente en la cual la libido va a ir quitando sus enlaces con este objeto (Freud, 1993).

Decimos entonces que en el duelo se halla la inhibición y la falta de interés. Por medio de la operación de la realidad, el sujeto da cuenta que ese objeto está perdido. La melancolía en cambio, aunque disponga de ciertas paralelismos que las del duelo, hay variables que la diferencian.

En la melancolía resulta categórico mencionar la falta que existe de poder depositar la energía libidinal en otro objeto. De esta forma se identifica con la pérdida del objeto amado, no hace la transmutación, sino que se queda en el yo, situándolo como la sombra del objeto que cayó sobre el yo (Freud, 1993).

Es por esto que Mazzuca expone que “el sujeto melancólico da cuenta que existe una resistencia para depositar la energía libidinal en otro objeto. Con auto-puniciones y reproches hacia sí, busca la manera de culparse, produciéndose una satisfacción sádica” (2006). Estas auto-puniciones son reproches hacia este objeto de amor que desde este, han rebotado hacia el yo mismo, dando como resultado una pérdida subjetiva del yo. La melancolía resulta entonces una incapacidad para realizar un trabajo de duelo.

Lacan retoma desde Freud las distinciones entre duelo y melancolía y los reordena siguiendo los registros de lo imaginario, simbólico y real. En donde, los estudios de Asociación Mundial de Psicoanálisis (2012) sobre conferencias de Eric Laurent diferencian dos estatutos del objeto:

1. El objeto de amor en la función simbólica e imaginaria en tanto objeto idealizado.

2. El ni inimaginable ni simbolizable que se enmascara tras el objeto ideal. Este objeto participa de las identificaciones imaginarias y las determinaciones simbólicas del sujeto, a lo que Freud llama como condiciones de amor. Estas condiciones se repiten por una misma modalidad, que siguiendo un fantasma inconsciente rige una propiedad singular del objeto a.

Habiendo esclarecido estos dos puntos entre duelo y melancolía es necesario abordar qué protagonismo llega a tener la depresión a este dolor de existir del sujeto y su relación con el objeto.

Chemama (2014, pág. 135) manifiesta que “la depresión es una modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, donde designa una hemorragia de la libido”. Sufrimiento, cobardía moral no del lado del la norma, sino más bien de la ética del bien decir, de aquel saber inconsciente que como sujetos nos toca hacernos cargo.

La cobardía moral es no poder sostener el deseo, no poder anudar el deseo con su causa, no conducir la propia vida en el sentido en que uno quiere, no poder hacerse responsable de los propios actos (Sobral, 2009). Lo infortunios que la vida pueda traer para un sujeto no son meramente efectos que el destino le juega. Hay algo allí que se repite en la historia de este y es con lo cual tiene que vérselas.

Hoy en día se encuentran muchas formas de taponamiento ante esta verdad. La palabra “depresión” surge como un nombre para designar los impases que existe entre el sujeto y su causa de deseo. Es aquí como de entrada el capitalismo juega con estas directrices, buscando silenciar los desarreglos, sin dar lugar a la implicación de los sujetos.

Está en el uso coloquial expresar “estar depre” como si este representara

algún tipo de síntoma o enfermedad. Aquí los cocteles de fármacos que la psiquiatría pone a disposición del hombre hipermoderno busca al instante deslindarlo de su “mal”, despersonalizándolo así de su responsabilidad como sujeto para cuestionarse qué hay ahí que lo está incomodando.

Solo el psicoanálisis pone de relieve que la depresión responde a una posición subjetiva, que hay razones para tener en cuenta la responsabilidad inconsciente del sujeto respecto a lo que cruza su existencia, en particular que la depresión tiene un sentido y una causa inconsciente (Asociación Mundial de Psicoanálisis, 2012).

En la actualidad, las múltiples etiquetas que el DSM impone en adjudicar sobre instancias tan particulares en la vida de cada sujeto, embota la relación de este con el deseo y con el goce, dando lugar a que no llegue a simbolizar algo de esa pérdida, así también algo del traumatismo primitivo.

Se piensa que la instancia depresiva surge en un momento particular de la vida del sujeto, no es fruto del azar o del déficit orgánico que la psiquiatría plantea que provoca, sino netamente de un saber inconsciente.

Lo que se llama depresión es, pues, una mala lectura del imposible que está en juego. Volver a situar al sujeto ante un trabajo para una solución que tenga en cuenta sus verdaderos recursos, no los del ideal, puede tener de por sí un efecto terapéutico. (Berenguer, 2007)

Sostener el deseo no es fácil cuando el sujeto se encuentra en la instancia depresiva puesto que le es más cómodo entregarse al goce ya que la renuncia a un deseo es propio de esta instancia. El afecto depresivo surge cuando el sujeto no consigue hacerse amar por el propio ideal (Ideal del yo), puesto en el otro (Sobral, 2009).

Es así que el psicoanálisis plantea otro modo de hacer con esta instancia, no vía la generalidad de esta, sino de acuerdo a la subjetividad de cada sujeto.

Propone un dispositivo de elaboración para que según la singularidad de su propia historia pueda interrogarse qué hay más allá de esta queja inicial.

Cuando el sujeto puede pasar de la queja inicial a la interrogación en relación a lo que queda de su lado en cuanto a lo que le toca vivir y a la conexión que eso tiene con su propia historia, la vivencia subjetiva cambia. El afecto depresivo comienza a diluirse y en su lugar aparecen otras cosas, más verdaderas: preguntas, dudas, tristeza, rabia, una interrogación sobre la vida y el malestar que es, en definitiva, lo único que puede permitir una rectificación subjetiva, un cambio. (Sobral, 2009)

Es lo que en primera instancia se observa cuando un sujeto es derivado o llega a consulta. Hay que saber leer estas instancias porque de acuerdo vaya desplegando su historia, vendrán otras aproximaciones de su padecer.

En la práctica clínica nos vimos confrontadas con la realidad de la ciencia: Un sujeto es perturbado por algo y lo medican.

“R” mujer de 78 años, se presume padece de deterioro cognitivo, es no vidente. La derivan porque el personal médico de sala se angustiaba frente a la conducta de ella (ideas de robo recurrentes), causando un malestar continuo que generaban preguntas e interpelaciones de la residente al personal.

Un día ocurrió una contingencia: sus gafas se extraviaron cuando ella olvidó el lugar donde las había dejado, esto dio estímulo para que sus ideas de robo se acrecentaran. Esta eventualidad llevo al quebranto de la sujeto, no ceso de de llorar ese día. El personal adjudicó este hecho como una “depresión” y por consiguiente trataron este episodio cotidiano como algo del orden de la medicalización.

Efectivamente había algo de lo real que se ponía en manifiesto y era la angustia suscitada en el personal, lo que llevaba a encontrar una solución vertiginosa ante este hecho que producía en ellos un imposible.

Godoy (2006), sostiene que en muchas ocasiones ese desgano que las contingencias de la vida trae, atenta la marcha de éxito, va en contra el imperativo de producción y rendimiento. El Amo de hoy dicta que todo marche, que todo calce y que no existan conmociones de ningún tipo y si las existieren, se las media por otra vía que es la medicalización.

“¿Dónde queda el sujeto del inconsciente, el deseo? ¿Dónde queda la dimensión del amor que Lacan define al final de su última enseñanza que se dirige al sujeto del inconsciente?” (Ortega, 2013, pág. 63)

En el tiempo del Amo donde no hay lugar para el despliegue de la pregunta es en donde el psicólogo clínico debe ir abriendo brechas sobre lo que ocasiona esta instancia en el acontecer particular de la vida del sujeto. Dar cabida a la palabra en las instituciones logra que se articule algo propio, inédito que no se encuentran en los manuales de psiquiatría, eso que el sujeto con sus desencuentros impugnan en cada momento. Dar espacio para estas significaciones propias, logra dar cuenta de una respuesta latente pero aún no manifiesta.

EL SUJETO ASILADO

¿Por qué se asila a un adulto mayor o por qué el adulto mayor piensa al asilo como alternativa para “no estorbar”?, son preguntas que nos convocan en este apartado.

El asilo o residencia para adultos mayores son espacios o instituciones el cual sirven para alojar de manera temporal o permanentemente, dependiendo del grado de dependencia que el adulto mayor tenga. En estos espacios existen servicios de desarrollo ocupacional y recreacional, así como para el cuidado de

la salud. Pero, ¿cómo vive en estas dependencias el adulto mayor, cómo afronta este nuevo espacio como parte de su nueva residencia?

Para desarrollar esta pregunta es necesario abordar qué es un sujeto para el psicoanálisis y qué es un fantasma, para poder ir bordeando esta interrogante desde lo particular de cada caso. “El sujeto, en psicoanálisis, es el sujeto del deseo que Freud descubrió en el inconsciente. Hay que distinguirlo por consiguiente tanto del individuo biológico como del sujeto de la comprensión” (Chemama & Vandermersch, 2014). Entonces, un sujeto es sujeto del inconsciente, en donde las marcas mnémicas, el deseo y significantes de la lengua materna dan cabida junto a la castración a que se abra una pregunta: la del deseo del Otro. Es esta pregunta: “¿qué quiere de mí?”, la cual va ir articulando sucesivamente los encuentros del ex-istir con el objeto perdido. Gracias a la castración es que se puede dar lugar al deseo y por ende a la falta, la pregunta.

Decimos entonces que es por medio del fantasma que el sujeto hace una suerte de invención o una respuesta a esta pregunta primaria. Efectúa una hipótesis sobre la falta de la madre, así mismo de la no relación sexual y la diferenciación de los sexos.

Hablar del sujeto nos convoca indiscutiblemente a trabajar sobre el fantasma. Desde Freud, el fantasma es una representación, guión escénico imaginario. “El fantasma se compone de elementos dependientes del universo simbólico e imaginario del sujeto y que se encuentra en relación de obturación con su real” (Chemama & Vandermersch, 2014). Lo real desde el psicoanálisis es designado como lo insoportable para todo sujeto, la piedra con la que se tropieza constantemente, aquello que no cesa de no escribirse y es donde el fantasma logra ser un elemento simbólico que llega a obturar este real, otorgándole otra mirada o un hacer con la singularidad de cada historia.

Ciñendo brevemente lo que para el psicoanálisis es el sujeto, se observa que este nuevo *espacio* (el asilo), al cual adaptarse, pone en juego muchos afectos y situaciones que pueden generar inestabilidad, irritación, frustración y muchas veces depresión. Pero así mismo decimos que es dependiendo del fantasma que se juegue en cada uno, estas situaciones podrán vivirse de distintas maneras y podrán ser variables. Va a depender bastante cómo el sujeto hace frente a su deseo, a su castración, a su falta en ser.

En la clínica se observa que esta etapa en donde no solo existen cambios físicos, psíquicos, sino también ambientales, se actualizan vivencias en las cuales la pregunta por el deseo resurgen. Pregunta que va más por el lado del reconocimiento que de la incógnita.

“E” hombre de 89 años, asilado desde el 2006 vive este espacio como una reclusión. A causa de que sufre diferentes patologías entre ellas de orden cognitivo, por seguridad, no le permiten salir de manera independiente del lugar de residencia donde se encuentra. “E” Toda su vida fue sastre y aún dentro de este lugar se gana *“uno que otro sucecito”*, zurciendo pantalones. Para esta labor necesita sus implementos de costura y es ahí, cuando uno de estos objetos falta, surge el conflicto, su encuentro con el desaliento. Durante las sesiones empieza el trabajo de desplegar significantes como: *“Viejo, solo y sin familia”*.

“E” expresa: *“Yo quisiera salir a comprar mis cosas, al viejo lo tienen como porquería. ¡No!, es la respuesta que me dan para todo”*. Es ahí donde esta pequeña eventualidad ocasiona una fragmentación en su subjetividad. Algo importante a rescatar es que logra hablar de ello: *“una porquería”*. Consigue poner un nombre a la desilusión por la cual está atravesando, a ese *¡no!* como imperativo. Esta pregunta por el Deseo del Otro queda movilizada, en la que dependiendo del caso a caso, el fantasma llega a conmocionarse. Es ahí donde

es necesario alojar al sujeto a través de las palabras, para que pueda encontrar sus propias respuestas ante este imperativo que lo amenaza.

Una forma de intervención fue el conmocionar estos significantes que en lo largo de su historia se han repetido. El direccionamiento que se efectuó fue dar lugar a las opciones, en donde “E” pueda desplegar y encontrar la posibilidad de un espacio en donde halle la ayuda necesitada.

Dentro de las sesiones se van perfilando opciones y “E” llega a encontrar, gracias a una buena transferencia efectuada anteriormente con la gerontóloga del Hogar, un espacio en donde hay lugar para la acogida, para el “si, dígame ¿qué usted desea?”. Es así cómo “E” pudo abrir camino entre estos significantes y encontrar un lugar para el “sí”, un lugar del deseo y de algún modo no seguir errante ante este “*viejo, solo y sin familia*”, en el cual se mantenía tropezando.

De Hellaux (2014, pág. 73) sostiene “la red de ofertas, este campo de intervenciones dirigidas por una estrategia de equipo, crea una atmósfera de deseo”. Se consideró necesario un trabajo entre varios, en el que cada *interviniente* pueda utilizar su propia táctica para el bien de la estrategia establecida en conjunto, y así favorecer al surgimiento de un buen encuentro para el sujeto.

“A” mujer de 95 años, asilada desde el 2014, vive su residencia en el hospicio de otra manera. A inicios del año cuando recién ingreso, sufrió una recaída en su estado anímico ya que tuvo inconvenientes con su salud. Presenta problemas en las piernas, lo cual le impide movilizarse por su propia cuenta. Esto causa que pase demasiado tiempo en cama y dice sentirse en un “*encerramiento*”. Toda su vida, desde muy pequeña “A” estuvo vinculada con la cocina. Los jefes donde ella laboraba la halagaban constantemente por sus dotes culinarias. Dentro de lo que “A” logra desplegar en las sesiones

trabajadas, existe algo particular: un sueño, en donde se observa preparando un “*gran buffet*” para sus compañeras de grupo. Enuncia los platos preparados y hasta el postre que dentro del sueño saboreo con sus invitadas. Algo la despierta y viene la desilusión al darse cuenta que su *buffet* no pudo ser compartido. Es a partir de este sueño en donde parte de la intervención que se realizó con “A” fue el trabajo de la escritura de un libro de recetas caseras. Es a través de ese sueño que traduce su deseo inconsciente durante las entrevistas, en donde “A” descubre un nuevo quehacer con la cocina: la enseñanza. Ella, ya no se percibe “encerrada” ni hay desilusión en sus platos, sino que puede compartir de otra forma su *buffet*.

Ella despliega un fantasma de “encerramiento” que luego le permite el resurgimiento del deseo por la cocina y esto la motiva a crear una nueva cara o una nueva investidura a su estado. Observamos en este caso cómo este deseo inconsciente toma forma desde el sueño, convocando a lo vivificante en ella: la cocina.

Ilustramos en estos dos casos las diferentes formas que un sujeto puede vivir su vejez; como una soledad o como una construcción diaria. Por eso decimos que es dependiendo de los fantasmas y las singularidades de cada sujeto, que se va hilando las distintas formas de vérselas con este nuevo peldaño que resurge en la adultez mayor: una nueva forma de hacer con la vida. “Llenar nuestros días, depende sólo de nosotros. No hay motivo para renunciar a ser curiosos, a apasionarnos y a trabajar, no existe motivo para dejar de amar...” (Veronesi, 2013, pág. 92).

PRÁCTICA CLÍNICA EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

La práctica clínica realizada en el Hogar Corazón de Jesús está orientada en el psicoanálisis, por lo cual muchos de los conceptos tomados son desde esta corriente.

El psicoanálisis en las instituciones se justifica por su eficacia en la subjetivación de la urgencia, en la lectura y localización del síntoma así como en el tratamiento del exceso de goce que irrumpe en la vida de un sujeto (Sotelo, 2005). Entonces, el psicoanálisis persevera un lugar que ningún otro discurso puede alojar; un lugar en el que la palabra toma un puesto relevante en tanto es el medio para aliviar un padecimiento. Sin embargo, aliviar el padecimiento del sujeto, es necesario que se interprete la demanda del sujeto; es decir, “interpretar la enunciación que aparece como discordancia con el enunciado” (Barros, 2011). Para qué surja la demanda de análisis a través de esa queja o ese “estoy bien” del sujeto, es necesaria la posición analítica de quien escucha.

Entonces la responsabilidad del trabajo radica en el deseo de quien ocupa la posición analítica, pero “los alcances de cada cura dependen tanto de la posición del analista como de la posición subjetiva del que consulta” (Rubistein A. M., 2003). Entonces, el deseo del analista se presenta como una condición de la experiencia pero es necesario que tenga como punto de partida la modalidad y condiciones de la demanda. Y es por este deseo que el analista se sitúa con la versatilidad necesaria para producir las intervenciones que cada caso requiera, provocando que la demanda se oriente en dirección del saber inconsciente y a las condiciones singulares del goce.

Muchas veces en las instituciones hospitalarias ante la angustia de un paciente, surge como respuesta inmediata la medicación para buscar el alivio del sujeto; y es contra esta manera de actuar que se debe enfrentar nuestro

trabajo para hacer lo posible en rescatar la enunciación del sujeto en relación a su malestar. Sin embargo, no solo frente a esto debe actuar el psicólogo sino también a la posición de la institución que generalmente propone un *todos iguales*; entonces “la intervención va dirigida a hacer un lugar para las particularidades, crear un agujero en el campo totalitario” (Ortega, El psicoanalista sus desafíos y sus riesgos., 2015, pág. 3). Entonces, el psicólogo debe ser capaz de dar lugar a la palabra en el espacio terapéutico y así permitir que se desplieguen nuevas vías en la que se pueda tramitar dicha angustia. Por lo tanto, el espacio terapéutico está dirigido a producir un saber, en tanto los dichos del sujeto puedan ser escuchados para localizarlos en un decir.

CARACTERIZACIÓN ASILO HOGAR CORAZÓN DE JESÚS

El término *asilo* es definido en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) como: "establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos, o se les dispensa alguna asistencia" (2012). El asilo es una residencia para adultos mayores que prestan atención durante un período de tiempo prolongado y durante las 24 horas del día. Generalmente sus residentes son personas que han perdido su autonomía y necesitan de ayuda para ejecutar actividades básicas de la vida diaria; sin embargo, también existen residentes que ingresan por su voluntad propia debido a que lo perciben como un lugar de descanso.

La institución Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil es un centro de cuidado en el que alberga alrededor de 350 adultos mayores dependientes o independientes, ofreciéndoles una atención integral y continua para preservar su bienestar.

Según la información obtenida de la página web de la institución, ésta nació con el nombre de Hospicio del Corazón de Jesús, fundado el 25 de Junio de

1892, gracias al aporte económico de Don Manuel Galecio, y los terrenos donados por Don Francisco Aguirre Jado. Desde entonces, ha sido regentado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil. El hospicio pasó a llamarse Hogar del Corazón de Jesús en el año 2012.

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 cuota mensual; y 94 residentes han optado por el área de pensionado.

Misión

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.

LA DEMANDA INSTITUCIONAL EN UN ASILO

Las instituciones siempre han tenido un lugar fundamental en la sociedad humana pues han sido creadas con el objetivo de proporcionar un saber, un cuidado y proteger a la misma comunidad. Un asilo es una institución que tiene como finalidad brindar un entorno protector y asistir a las necesidades de los adultos mayores que residen allí manteniendo una aceptable calidad de vida. Sin embargo, el asilo al ser institución busca ordenar y normalizar el

comportamiento de los adultos mayores en relación a lo que ellos establecen como adecuado; es así que incurre en homogenizar a su población omitiendo la singularidad de cada sujeto.

Debido a las prácticas en el hospicio Hogar Corazón de Jesús se observa que los asilos presentan como demanda la reinserción de los adultos mayores que evade la normativa impuesta que consiste en que los residentes deben integrarse en las actividades, asegurar su lazo social y así mejorar su calidad de vida. Demandan un resultado rápido y eficaz frente al cual el psicólogo debe de encontrar un saber hacer, y así mediar entre la institución y el sujeto; conservando la singularidad de este.

Ortega (2015) señala que “no se puede pensar que exista instituciones sin ideales ya que sin estos todo su proceder sería mera burocracia. Por ende, no se trata, ni de combatirlos ni de suplantarlos por otros” (pág. 4). La autora plantea que se trata de substraerse de aquellos ideales y enfocar el trabajo a todo aquello que aparece en relación al síntoma; buscando que la institución encuentre un quehacer con el síntoma, en tanto no lo reduzca ni elimine sino que lo considere como aquello que puede ser verbalizado y analizado por parte de quien lo sufre.

Además, el trabajo en estas instituciones como en otras requiere que sea una labor en conjunto con otros profesionales. En la institución en donde se laboró era fundamental el trabajo con el Departamento de Gerontología, Ayuda al Adulto Mayor, Trabajo Social y Equipo médico; el objetivo al operar conjuntamente con estos departamentos era ofrecer al adulto mayor un bienestar, tanto físico como emocional.

HACIA UNA PRÁCTICA CLÍNICA CON EL ADULTO MAYOR

El trabajo psicológico con orientación analítica con el adulto mayor consiste en dar importancia a la palabra de éste en un marco transferencial y así tramitar la angustia, que puede quedar atrapada y tramitada en el cuerpo en múltiples manifestaciones de padecer sintomático. Fernández dirá, la escucha de la historia es un momento creativo que permite la articulación o transformación de lo vivido en experiencia a través del acto clínico (2009). Es decir, es un espacio de búsqueda y creación, donde el adulto mayor rescata la posibilidad de volver a representar, restituyendo la posibilidad de un futuro, un futuro limitado e incierto como para todos.

Aunque la propuesta clínica realizada en el Hogar Corazón de Jesús este orientada por el psicoanálisis, es necesario mencionar que no se trabajo específicamente con el inconsciente sino más bien se centro en dar un viraje a los mecanismos depresivos del sujeto para permitir que se enfrente a cambios y pérdidas de una manera menos angustiante y así producir un bienestar subjetivo, recrear el deseo propio del sujeto para que aprecie y disfrute la vida que le queda.

Entonces, el trabajo se trata de la escucha y rememoración que construye sentido y reivindica la propia condición humana, habilitando a la propia historia y reconcilie al sujeto con la legitimidad del deseo propio en un cuerpo débil y mortal (Fernandez, 2007, pág. 83). Es importante resaltar que en la consulta se trata con sujetos que batallan por mantener sus deseos en un entorno en el que el límite de la vida se hace presente.

Aducci (2007) menciona las problemáticas comunes de adultos mayores son: sentirse marginados socioculturalmente, tener dificultades en lo laboral, cambio en la condición económica, dificultades para integrar una pareja si no la tienen o la han perdido, presión por prejuicios sexuales, sentirse invadidos por cambios

corporales, elaboración de duelos por las pérdidas experimentadas. Entonces, son estas problemáticas con las cuales se empieza el trabajo psicológico con el adulto mayor, utilizando psicoterapia breve con orientación psicoanalítica.

En la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica “hay una elección de los conflictos a tratar (conflictos derivados), que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o por su importancia y que subyacen al problema actual motivo del tratamiento. Estos conflictos son propios de la estructura del foco” (Belaunde, 2003). Es decir, se trabaja con la principal causa de malestar del sujeto para producir efectos terapéuticos que estén dirigidos al bienestar del paciente. Sin embargo, es necesario mencionar que en el encuadre transferencial también surgirá otros conflictos inconscientes del sujeto, que muchas veces influirán en el malestar de este. Por esto, el psicólogo debe tener un *saber hacer*, es decir, utilizar sus capacidades para realizar un trabajo individual que permita buscar el alivio del sujeto.

Además, del trabajo individual con cada paciente también se realizó grupos operativos que consiste en ser un conjunto de personas con un objetivo en común, donde se presentará problemas, recursos y conflictos que debe ser estudiado y atendidos por el grupo mismo (Buzzaqui, 1999). En el trabajo con el adulto mayor se ofreció un espacio grupal “Espacio de palabra”, donde se permitió que estos puedan expresarse sobre sus vivencias en esta etapa de la vida. Un espacio donde se hablo sobre sus miedos, sus tristezas y alegrías permitiendo que cada participante interactúe desde su subjetividad para así lograr una retroalimentación buscando que los participantes tengan al grupo como un soporte en su vida.

En este trabajo es importante la acción del psicólogo, acción que estará ligada con el deseo de este, desde el psicoanálisis llamado deseo del analista. Rubistein califica al deseo del analista como “un principio no estandarizable que

se sostiene así en una dialéctica que articula una política que lo orienta, un modo de ubicarse en la transferencia y un modo de orientar la intervención” (2009). Entonces, el deseo del analista que tiene un lugar posible a partir de la demanda del sujeto, creando un lazo entre el deseo del paciente y su deseo, para así producir un nuevo discurso en el sujeto. Ayuda a crear las condiciones de un arreglo menos sufriente con lo real del goce o castración. Y es que la labor de uno es acatarnos a las posiciones subjetivas del sujeto para actuar contra su resistencia, ubicando su singularidad para partir de ahí.

Entonces en la práctica clínica con el adulto mayor se realizó en base a nuestro deseo, escuchamos el discurso de cada paciente resaltando su singularidad lo que nos permitió encontrar una manera de intervenir en ellos para producir un cambio de posición subjetiva, una posición menos mortífera que le permita vivir de una manera más amena. Se tuvo como objetivo destacar el deseo propio del sujeto, esa pulsión en su dimensión vivificante que le permita aferrarse a la vida.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

El enfoque metodológico aplicado en el presente trabajo es cualitativo, debido a que los datos que se manipulan son datos descriptivos obtenidos de observaciones y del discurso de cada paciente, por tal motivo estos datos no pueden ser manejados estadísticamente.

El método a emplearse es el método clínico debido a que se caracteriza por ser un “proceso para comprender al sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica” (Arteaga Herrera & Fernandez, 2010). En este trabajo se le da importancia a cada dicho o manifestación del sujeto acerca de la vivencia de estas pérdidas en la adultez mayor, se trata de prevalecer la singularidad del sujeto.

– POBLACIÓN

Se trabajó con 42 adultos mayores que se encuentran experimentando los cambios y pérdidas propios de la vejez. Con cada adulto mayor se ha tenido entrevistas clínicas, sostenidas en el periodo de práctica preprofesional en el asilo “Hogar Corazón de Jesús”.

– INSTRUMENTOS

Las técnicas o instrumentos utilizados son la entrevista clínica e investigación bibliográfica: La entrevista clínica es la interacción entre el psicólogo y paciente que permite obtener información del paciente, permitiendo abordarlo como una unidad (Portilla, 2012). La entrevista aplicada es semidirigida, debido a que le permite al psicólogo realizar preguntas relacionada al tema del interés y le facilita al paciente poder ofrecer una respuesta amplia y profunda acerca de la problemática.

La investigación bibliográfica es el sistema que se sigue para obtener información contenida en documentos para la investigación (Prado, 2000). Es necesaria la investigación de bibliográfica de textos pertinentes que aporten conceptos relacionados con el tema a tratar.

MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

El proceso de la sistematización de las prácticas pre-profesionales se ejecutó siguiendo cada paso establecido en la programación de actividades realizado al comienzo de dicha sistematización. La etapa principal consistió en la justificación de por qué realizar la sistematización referida, en que fundamentos teóricos se basa el trabajo, determinar el contexto. Lo siguiente consistió en determinar los agentes claves y recoger la información necesaria para un análisis exhaustivo. También, para mayor organización al realizar el trabajo de sistematización se elaboró un cronograma de Gantt.

Tabla 1. Programación de Actividades

Etapa y Fases	Actividades
Etapa de la planificación	
1. Definir el eje de la sistematización	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el enfoque a seguir - ¿Por qué se sistematiza esta experiencia? - Determinar el periodo de tiempo de intervención - Determinar los elementos del contexto
2. Identificar los agentes involucrados en la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los agentes claves

<p>3. Recopilar y ordenar la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los elementos a tomar en cuenta en la recolección de datos - Identificar la muestra a quien se aplicará las entrevistas - Coordinar las fechas de aplicación de entrevistas - Determinar fecha de entrega de los datos recopilados
<p>Etapas de análisis</p>	
<p>4. Ordenar y analizar la información recabada en las entrevistas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la secuencia a utilizar para integrar los datos - Analizar los datos - Determinar fecha de entrega de resultados

Fuente: (Grimaldo, Mori, & Morales, 2007)

Tabla 2. Cronograma de Gantt de actividades

	Actividades/Meses	My.	Jun.	Jul.	Ag.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	En.	Febr.
1	Constitución del equipo										
2	Recopilación de bibliografía										
3	Análisis de textos										
4	Elaboración del MT										
5	Planteamiento de metodología										
6	Realización de entrevistas clínicas										
7	Análisis de entrevistas clínicas										
8	Conclusiones teóricas										
9	Conclusiones clínicas										
10	Elaboración de conclusiones y recomendaciones										
11	Redacción del TT versión final										

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de sistematización trata de exponer el trabajo realizado en las prácticas pre-profesionales en el periodo 2015 – 2016 en el Hogar Corazón de Jesús, en el cuál se trabajo con adultos mayores que vivencia los avatares que acontecen en el envejecimiento. Se trabajó con 42 pacientes en entrevistas semidirigidas y grupos operativos, en ambos caso se priorizo brindarle un bienestar dentro de sus pérdidas, rescatando y manteniendo su deseo con el objetivo de que ellos puedan vivir su vejez menos mortificante.

Recordando que cada caso es diferente por la singularidad de la persona, se brindó un espacio en que cada sujeto pueda expresar acerca de su malestar aminorando y hacerlo más llevadero. A partir de esta escucha especializada se prosiguió a delimitar un poco del goce mortífero del sujeto que se encuentra inmerso en sus pérdidas tanto física como social, los constantes problemas familiares y el sentimiento de estar abandonado por residir en el Hogar. Se descubrió que una de las maneras de rescatar lo vivificante en estas personas es brindándoles la oportunidad de posicionarse como sujetos, los cuales tienen su propio deseo y tienen algo que decir por ellos mismos. Al rescatar algo de lo vivificante en los adultos mayores les permite a ellos que puedan ir aceptando la vejez; percibiéndola menos desagradable, mortificante e invasora.

A continuación se trabajará dos casos en que se puede vislumbrar que es posible el trabajo psicológico con el adulto mayor y rescatar la singularidad y deseo del sujeto.

CASO 1

PRESTAR EL CUERPO Y PONER OÍDO PARA IR AL ENCUENTRO DE UN NUEVO BRÍO

“C” es una mujer de 90 años, viuda, tiene dos hijos. Uno de los cuales la visita semana a semana. Ingresó al “Hogar Corazón de Jesús” por decisión de sus hijos, ya que al observar que a causa de sus constantes olvidos y extravíos, resultaba complicado hacerse cargo de ella, es así que disponen ingresarla al Hogar para que mantenga un cuidado más favorable por la patología que presenta. Se presume que “C” estaría padeciendo de deterioro cognitivo en grado avanzado.

El motivo de derivación fue por parte de la psicóloga de la institución ya que a causa de esta patología, no recuerda que sus hijos la van a visitar. Deambula atribulada por la sala donde reside, preguntando por ellos a cada persona que pasa. Casi de forma inerte, camina tratando de encontrar algo, pero al final termina perdiéndose ella, acabando así en una situación que la vive con gran angustia, generando tensión en el otro. Esto ocasiona que exista malestar entre sus compañeras ya que este sentimiento de extravío, y la “ausencia” de sus hijos, las vive con mucho dolor. Dentro de la sala general, se cambia de cama, pasa preguntando sobre sus hijos. El sentirse *pérdida* lo asocia con la muerte y la soledad. “C” acota: *“Todo está perdido, ya no me siento con ese brío. Una vida sin esperanza, sin tener consuelo y sin tener amor.”*

Las primeras sesiones me vi confrontada con el muro de cómo trabajar cuando los recuerdos son fugaces y la memoria se convierte en una desertora. El no recordar los pasos presentes, ¿haría posible algún tipo de trabajo?, ¿qué hacer con lo que hay, cuando lo que resta, parece ser tan volátil?.

A lo largo de las sesiones, se pueden señalar tres tiempos, en los que algo se pudo vislumbrar en los dichos de “C”. Una suerte de rectificación.

PRIMER TIEMPO – LA DESOLACIÓN

A pesar del corto plazo de su memoria, logra hilar su padecimiento y pone en palabras aquella angustia que sufre al no lograr capturar sus vivencias.

“C” pone en palabras la desolación que vive al no recordar; expresa: *“Parece mentira mijita, la mente se va. No quiero traer el pasado porque eso ya pasó. Quiero hablar sobre mi presente. ¿Qué puedo hacer? Ya no quiero sentirme perdida.”*

Jara en el Boletín Seminario de Formación Lacaniana expresa:

El analista es un incauto de lo real. Si hay una ganancia del analizado no sólo es de saber sino de un nuevo funcionamiento: de un saber-hacer-allí en la contingencia y en ausencia de instrucciones. De este saber-hacer-allí sólo es posible hacer uso si existe un consentimiento del sujeto. Entonces, ¿cuándo, cuándo, cuándo?. (2016)

Es así que “C” trastoca los cuestionamientos que en un inicio surgieron en mí y da vuelta a la dirección de la práctica, a un *saber hacer allí* en la contingencia y en ausencia de instrucciones.

SEGUNDO TIEMPO – UN ESTRIBILLO Y SUS RESONANCIAS

En una de las sesiones, “C” comienza a canturrear el estribillo de un pasillo particular: *“Y yo no he de volver”*.

“Así será mujer, tú lo has querido, en vano te disculpas, ya está hecho, resígnate nomás, que ya el olvido, comienza a acariciarte aquí en el pecho, resígnate nomás, tú lo has querido.”

Luego del acto de aguardar, después de varias sesiones, este estribillo sale a luz y es protagonista de un nuevo encuentro.

El poder traer este estribillo ocasiona en “C” una nueva resonancia, un despertar que la catapulta a otros tiempos cuando ella bailaba y cantaba para sus familiares.

A lo largo de las sesiones se observa necesario hacer un lugar al decir, que no fuera el puro parloteo. No era por el significante que había que dirigirse, sino movilizar algo que estaba por fuera del sentido. “C” lo expresa de esta manera: *“Quisiera conversar con mi familia pero no puedo porque estoy por acá. Un rato estoy bien y otro rato no tengo comprensión y digo ¿Dónde estoy?. El viento se mece para acá y para allá. Soy como la marea baja y sube. Muchas veces no sé quién soy y es ahí que me siento sola, sin hijos. La muerte no espera nada”.*

TERCER TIEMPO – NUEVAS MODULACIONES Y RITMOS

Hacer un paso – pausa viene a ser el tercer tiempo de la dirección del tratamiento. Consistía en tocar la inercia en la que “C” decía haber caído. Había que movilizar el cuerpo, trasladarse a otros espacios. Hacer breves caminatas al parque, sentarse a conversar de algo que convocara a esa memoria fugitiva. Fueron momentos para dar cabida a que surja el sujeto.

La música invitaba otro tipo de afectos que generaba un alivio en su presente. Esto dio paso a que “C” encuentre momentos de lucidez en su malestar subjetivo.

Comienza a cuestionarse y a formular otro tipo de dichos que no convergen solo con la desdicha, es así que manifiesta: *“A veces estoy con el pensamiento sobre dónde están mis hijos, luego digo ¡No! y me consuelo saliendo a ver a las personas. Así es el mundo, si no fuera así, no fuera mundo. Si fuera todo*

exacto como uno quiere, no fuera mundo. Solo resta tranquilizarse, el mundo es inexacto...

Es así que por medio de la pausa y el saber aguardar, el sujeto sale al encuentro de algo que la atañe, de un saber distinto, algo que está más allá de la simple queja. Se puede intervenir con “C”, al paso de su canturreo, el cual dice: *“resígnate no más, tu lo has querido.”*

Lacan dice que el analista no espera sino que aguarda. Se trata de aguardar a que sea perturbada la marcha del activismo exitoso dando lugar al acto fallido, a que surja el sujeto; a cuando la afirmación exaltada “¡Así soy!” contingentemente se vuelva un interrogativo “¿Así soy?”. (Jara, 2016)

“C” se cuestiona: *“¿Por qué yo pasaba llorando? Yo antes lloraba desesperada, ahora me conformo. Uno va reaccionando poco a poco hasta darse cuenta. Cada uno tiene su modo de estar.”*

Es así que la música se convierte en un auxiliar de la palabra de este sujeto, dando lugar a un nuevo presente. Abre camino a otro tipo de sentir que permite construir en “C” otro modo de estar en su día a día y no quedarse en el desasosiego.

En estas nuevas modulaciones, aparece un nuevo canturreo, otra melodía en la que “C” trae a una de las sesiones:

“Ese lunar que tienes cielito lindo junto a la boca, no se lo des a nadie cielito lindo que a mi me toca. Ay, ay, ay, ay canta y no llores porque cantando se alegran cielito los corazones.... Corazones sin partir. “

“C” agrega a la letra de la canción este *“corazones sin partir”*, manifestando así que ella podrá olvidar, pero aún puede sentir.

El psicoanalista, como dice E. Laurent, se define por su deseo de hacer surgir la particularidad de cada cual, en el seno de lo que es vivido para todos (Belaga, 2005, pág. 36). Prestar el cuerpo y poner oído sobre lo singular en la sujeto, fueron momentos claves en la dirección del tratamiento.

La transferencia forma parte importante del tratamiento ya que “C” dentro de las sesiones me identifica como la hija de ella, fallecida a causa de una enfermedad terminal, expresa: *“Diosito me mando una amiguita, que le puedo decir, es como mi hija. De eso me sostengo de mis amigas. Ya no me siento sola cuando estoy acompañada de mi familia.”*

Parte del trabajo con un adulto mayor con deterioro cognitivo es hacer intervenciones que resuenen en su presente, sesión a sesión. Saber leer los decires del sujeto, visualizando las herramientas propias que ese sujeto pone en manifiesto como vía para el tratamiento.

No caer en el estándar de la patología o en la “receta para todos”, constituye el punto de agudeza que el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica deberá de disponer en su práctica.

En las instituciones, el psicoanalista de orientación lacaniana practica el psicoanálisis tal como un bricoleur lidia con su material. No hay planes preconcebidos y el trabajo se aleja de procesos, de normas y de patrones adaptados por las técnicas convencionales. (Laia, 2003, pág. 102)

“C” pasa de estar errante en la sala, a realizar un pedido propio: *“Salgamos, vamos al parque”*. Esta instancia de “salir” genera en la sujeto una nueva posición que da lugar a la rectificación de su malestar subjetivo.

Esta nueva instancia permite que “C” logre movilizar algo con este *“estar sin nada”*, con sentirse *“wacharita”*; enuncia: *“aunque no tenga, estoy acompañada. Repito mi propio nombre para tener clemencia, piedad de mí. Ahí voy, rodando*

el pensamiento, pidiendo clemencia por mi mismo. Voy hablando con mi mente y le digo ¡dame el cariño que yo necesito! Yo tengo a Dios, a la Virgen Santísima y ahora a usted que es como si fuera mi madre. Alma, corazón y vida”.

CASO 2

ALIGERAR LA CRUZ

E es una mujer casada, con dos hijas. Ella ingresó al Hospicio Hogar Corazón de Jesús voluntariamente. E fue derivada por la psicóloga de la institución debido a que el personal y compañeros le observan triste y decaída, causando preocupación en ellos. E, se pone a disposición para el trabajo psicológico debido a que ella mismo enuncia sentirse triste.

E relata que antes de ingresar al hospicio vivía en Riobamba con su esposo, a quien debía cuidar y atender diariamente. La relación con su marido siempre fue complicada porque él sera un hombre de carácter fuerte y cascarrabias, por lo que menciona *“tenía que soportar su maltrato constante”*. Sin embargo, después que ella sufrió un accidente cerebrovascular su salud se vio afectada por lo que no podía realizar las cosas de su casa ni atender a su esposo, ocasionando que la relación con este empeorara.

Dentro de su historia la paciente relata que tuvo una vida dura, en donde sufrió decepciones y malos tratos desde siempre. Se casó muy joven por amor pero la realidad fue dura, su esposo ha sido de carácter fuerte al igual que lo fue su padre; constantemente abandonaba el hogar y ella lo perdonaba por el bien de sus hijas puesto que pensaba que para ellas era necesario tener un padre. Ella menciona *“sufría por el trato que me daba mi esposo, me criticaba todo lo que realizaba. Nada le gustaba de lo que yo hacía.”*

E, intentó muchas veces separarse de su esposo pero volvía con él esperando que cambiara, además menciona “*él era la cruz que tenía que cargar*”; este dicho lo enuncia varias veces en las entrevistas al referirse a su esposo. Esa frase se la dijo su madre cuando E intento separarse de su marido la primera vez que este le fue infiel.

Su malestar actual radica en estar muy triste y decepcionada de sus seres queridos porque sus hijas que ha criado y por las cuales se ha sacrificado, ahora la tratan mal. La hija mayor que vive en Riobamba se niega a visitarla porque E decidió ingresar al hospicio después de la operación de la columna tras una caída. Se separa así de su esposo quién según su hija también necesita cuidados. Mientras que la hija menor que radica en Guayaquil la recibe en su hogar los fines de semana. Sin embargo, esa hija tiene acciones que la decepcionan y entristece, como cuando la hace responsable de sus renuncias por cuidar de ella.

A través de su relato se puede observar que ha tenido una posición de víctima, inmersa en el sufrimiento. Esta posición de sufrimiento se puede percibir en la relación con su marido, a quien soportó varios años por el amor de él, y luego por el bienestar de sus hijas. Entonces, la paciente se posiciona como quién debe darlo todo por los otros.

El trabajo con ella se empezó abordando el tema sobre si su decisión de estar en el Hogar fue la correcta, debido a que se sentía culpable por los reproches constantes de su hija por abandonar a su marido. E se preguntaba si había hecho lo correcto y argumentaba que ella siempre había cuidado de él, que él se le dificultaba hacer las cosas; por lo que se le preguntó *¿Quién cuida de usted?*. Frente a esta pregunta E encuentra una pausa en su autoreproche, se produce un silencio en tanto ella piensa acerca de ello y logra enunciar *“Yo cuidaba de mi familia. Tenía que cuidar a mis hijas y también de mi esposo pero*

nadie cuidaba de mi cuando enfermaba. Yo tampoco lo hacía". Se le responde que ahora ella está cuidando de sí mismo al decidir ingresar al Hogar donde ella puede tener un descanso y realizar las actividades que le gustan.

A partir de esa pequeña intervención, E pasa de autroreprocharse a poder hablar del canto. La música para ella es felicidad, menciona "*Desde pequeña me gustaba la música y cantar. Cuando me casé lo hacía pocas veces porque mi marido decía que cantaba feo y mis hijas no le gustaba los pasillos porque decían que eran tristes*", ella relata que su anhelo siempre ha sido dar un concierto frente a varias personas que disfruten de la buena música como los pasillos o tangos, pero relata que ahora es tarde para cumplirlo, debido a que su voz es ronca y se cansa con mayor rapidez.

Acogiendo su deseo se le dice que puede cantar una canción si ella así lo quiere; al principio ella se resiste pero empieza a dar un concierto en cada sesión. Este pequeño concierto ayuda a que E pueda hablar acerca de su vida matrimonial y de la relación con sus hijas. Al comienzo cada pasillo que canta está relacionado al desamor y decepción en su vida. Ejemplo de ellas son Chorrillo de Luz e Interrogación.

E sostiene que su canción favorita es Chorrillo de Luz, la cual evidencia la relación con su esposo. El estribillo: "*Por qué, te quise tanto con ese amor de niño, por qué me amaste poco no fuimos al altar. Y mi alma apasionada llorando ese cariño quedó mirando lejos mi ya perdido, feliz hogar*" refleja la vida de E dentro de su matrimonio, en el cual desde el comienzo su esposo le fue infiel destruyendo sus ilusiones de tener un hogar feliz y lleno de amor. E tuvo que enfrentarse a un hogar en el que debía acatar las demandas de su esposo y aceptar sus engaños.

En la canción Interrogación se podría destacar el estribillo "*Yo he preguntado triste quién me amará un día, pero nadie responde a esta*

interrogación”, este evidencia la pregunta que ha marcado la vida de E ¿Quién la amará algún día?. Para E es importante tener el cariño y aceptación de su esposo, hijas, familiares y compañeros pero siente que por más que se esfuerce no lo logra; razón por la cual suele entristecerse. Sin embargo, es necesario mencionar que se juega ahí la subjetividad de ella en el *cómo debe ser amada*, pues aunque sus familiares y compañeros se preocupen por ella y tengan un trato cordial y cariñoso, no le es suficiente.

Después de abordar en varias sesiones sobre su matrimonio, se logra un cambio de posición subjetiva de *ser la sirvienta* de su esposo - como así se nombra E- a velar por ella misma; es capaz de enunciarle a sus hijas que así como su padre necesita ayuda, ella necesita estar tranquila y tener reposo por sus dolores de columna. E reafirma esta posición cuando su hija le comenta que tiene dificultad es en su matrimonio y que cree que se divorciará porque no tiene que soportar a su marido. Ante esto E, se muestra preocupada por su nietos y su familia a lo que se le interviene diciendo “A veces no se puede soportar una cruz tan pesada” a lo que ella medita y termina diciendo “*No, no es bueno cargar cruces*”.

Aunque la mayoría del trabajo se trató acerca de la vida de E, al lograr que ella dejara de posicionarse como víctima de su familia, surgió un sufrimiento por los cambios físicos propio de la vejez. Se le presentó como insoportable la pérdida de su audición que le era una dificultad para relacionarse con sus compañeros. Además de la pérdida de su voz, los constantes dolores de columna y cabeza y la facilidad para agotarse por hacer pocas cosas.

Se podría pensar que ahora era víctima de sus males y enfermedades de la vejez, sin embargo frente a estos cambios, ella ya no responde inmersa en su depresión sino que se logra mantener su gusto para cantar, continua participando en eventos y actividades en el Hogar que le permitía declamar o

cantar. E, relata “*Para la tristeza, un concierto. Aunque ya la cantante no entone bien*”.

Fernández (2007) menciona que la vejez se vive como se ha vivido toda la vida. Entonces podría suponerse que E tendrá que cargar una cruz en su vida pero ahora está ya no es percibida tan mortífera, ya no es tan pesada, se ha aligerado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo del trabajo de sistematización de la práctica pre profesional, nos vimos enfrentadas a la estandarización que se hace sobre el adulto mayor y sus vicisitudes, los ideales preconcebidos que se imponen sobre ellos, así mismo los tiempos que buscan medir una cronología adaptativa, sin buscar que surja lo inédito de cada cual.

El incursionar en este campo, da cabida a una lectura más abierta sobre las distintas creencias que se originan en el imaginario común. Suposiciones acerca de que no existe posibilidad de trabajo con el adulto mayor, ya que debido a los cambios físicos y neuropsicológicos, estos se ven “impedidos” de historizar las pérdidas que padecen. Pero la experiencia abrió otra brecha de la perspectiva preconcebida sobre lo que es el trabajo con el adulto mayor. Adentrarnos en este campo nos permitió validar lo que significa el uno por uno.

Se empezó por conocer al adulto mayor y los diferentes avatares que debe enfrentar en esta etapa. Así mismo, introducimos en la institución conociendo sus reglas y disposiciones para tratar de brindar bienestar a estos. Sin embargo, se le dio mayor importancia al discurso propio de los adultos mayores -no solo lo que ellos podían simbolizar, sino también lo que su cuerpo transmitía- y a las invenciones que estos realizaban frente a vejez, para no vivirla como invasora.

A pesar de que dentro de esta etapa surgen temáticas similares, cada sujeto las vivencia de acuerdo a su fantasma y a su goce, dando así una manera singular de tratamiento en cada caso. Una vivencia nunca es igual a otra y partir de ahí fue nuestro camino a intervenir, rescatando lo singular de cada sujeto, su historia. “Cada uno a lo suyo y cada uno con su modo de gozar” (Guéguen, 2012).

Un nuevo descubrir de la práctica, permitió hacer uso de la invención para poder ir al encuentro de ese sujeto muchas veces institucionalizado y así dar cabida a lo singular. Ir tras las huellas de cada caso, minuciosamente, permitió que se desplegaran nuevos lazos, nuevas construcciones, un nuevo uso del significante. “La invención no es el descubrimiento. Se descubre lo que hay, se inventa lo que no hay” (Carpi, 2015).

Con el pensamiento de que el adulto mayor es un sujeto capaz de ser responsable de su propio deseo e intereses, se trató de apuntar a ello sin ignorar que cada caso tiene sus propias características y problemáticas. El deseo del adulto mayor es fundamental para que este se aferre a lo vivificante y no se encuentre sumergido en el decaimiento, depresión y aislamiento como respuesta a cada cambio que viven.

Sin embargo, no hay que olvidar que estos adultos mayores se encuentran en una institución hospitalaria por decisión propia o por decisión de sus familiares para su bienestar. Por lo que fue necesario hacer una lectura distinta de la lógica colectiva lo que permitió intervenir desde la singularidad de cada sujeto. Ahí donde el discurso institucional marca normas, horarios, establece lo estándar y generalizado, es hacer lugar a la pausa, al aliento en medio del desaliento. Hacer lugar para dar cabida al sujeto de la enunciación.

Las recomendaciones que se puede establecer después de haber realizado este trabajo son:

- Es fundamental que se le oferte al adulto mayor un espacio en que puedan simbolizar acerca de los cambios y pérdidas que vivencia, y así producir un movimiento en esa posición mortífera que se encuentra, reflejada en la depresión, desgano e aislamiento.
Sin embargo, es importante recordar que existen sujetos que perciben a la vejez como la posibilidad de descansar o de poder dedicarse a realizar actividades de su interés. De cualquier manera que se perciba a la vejez, es importante que los adultos mayores tengan la oportunidad de simbolizar acerca de esta y los cambios que vivencia.
- El trabajo con el adulto mayor puede ser día a día debido a que existe ciertos sujetos que padecen de deterioro cognitivo que tiene como consecuencia que estos no recuerden lo que sucede en la actualidad, aun así presentan situaciones que lo angustian. Se debe trabajar con lo que el sujeto trae cada día para encontrar lo singular, aquello que se repite siempre bajo diferentes situaciones, para operar sobre dichas repeticiones y permitir la emergencia de otras modalidades de relación con el mundo, más creativos.
- Existen casos en que el adulto mayor no es capaz de emitir palabra alguna debido a que se encuentra sumergido en un estado melancólico, de no querer vincularse a nada que resulte propio del vivir. Es ahí que nuestro trabajo radica en ser inventor, se debe de descubrir la manera de producir un movimiento en esa posición mortífera, de rescatar al sujeto. Cuando no hay palabra por parte del sujeto, se debe dirigir al cuerpo que es capaz de sentir aún.
En nuestro trabajo se inventó la música como una herramienta para recuperar al sujeto y sus recuerdos. La música puede servir a sujetos

que se presume que padecen demencia y sujetos que se encuentran postrados o discapacitados.

- Es importante que al trabajar con el adulto mayor se mantenga un trabajo en equipo con otros profesionales o personas que estén cercana a este. El mantener una comunicación con el médico de cabecera nos ayuda a tener conocimiento de la salud física del sujeto para descubrir como repercute esta en él, ya que a veces el sujeto es incapaz de aceptar lo que padece.
- Se recomienda a nuestros colegas psicólogos clínico a incursionar a esta área. En nuestra búsqueda de información sobre el trabajo psicológico con el adulto mayor se encontró que existe una cantidad pequeña bibliografía de referencia. Si bien es cierto, es un trabajo que presenta dificultades y límites pero he ahí nuestra capacidad de saber hacer frente a estos síntomas, recordando que nuestro trabajo no debe verse afectado por prejuicios o por nuestra subjetividad, no se trata de lamentarse por los adultos mayores o ser educadores y solo ofrecerles unas actividades sino fundamentalmente rescatar al sujeto, su historia y sus dichos y con esto encontrar una forma creativa para seguir viviendo.

BIBLIOGRAFÍA

Adduci, E. (2007). *Pasado y presente del tratamiento psicoanalítico de pacientes de edad madura y avanzada* . Obtenido de Revista de Psicoanálisis:

<http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20076403p0639.dir/REVAPA20076403p0639Aducci.pdf>

Arteaga Herrera, J., & Fernandez, J. (2010). *El método clínico y el método científico*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal:

<http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098003.pdf>

Asociación Mundial de Psicoanálisis. (2012). *Scilicet - El orden simbólico en el siglo XXI. No es más lo que era ¿Qué consecuencias para la cura?* Obtenido de Volumen de VIII Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis: <http://www.congresoamp.com/Papers/Papers-001.pdf>

Barraza, A., & Castillo, M. (Marzo de 2006). *El Envejecimiento*. Obtenido de Universidad Austral de Chile: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/EI_envejecimiento.pdf

Barros, M. (2011). El psicoanálisis y la demanda de tratamiento en el hospital. En M. Barros, *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento* (págs. 39-54). Buenos Aires: GRAMA Ediciones.

Bauman, Z. (12 de Enero de 2012). *Hoy nuestra unica certeza es la incertidumbre* . Obtenido de Revista de cultura Ñ: http://www.revistaenie.clarin.com/ideas/filosofia/Zygmunt-Bauman-certeza-incertidumbre_0_626337554.html

- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada. Las respuesta del psicoanálisis en las instituciones. En I. Sotelo, *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. (págs. 33-41). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Belaunde, I. (2003). *Proceso de Psicoterapia Breve* . Obtenido de Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica:
<http://www.adpps.com/descargas/jornadas/JP03-ProcesodePsicoterapiaBreve-InesBelaunde.pdf>
- Berenguer, E. (Marzo de 2007). *¿ Yo, responsable de mi queja?* Obtenido de Diario Paginal12: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-82091-2007-03-22.html>
- Borges, J. L. (1969). *Elogio de la Sombra* . Obtenido de Poesía en español : <http://www.poesi.as/jlb0727.htm>
- Buzzaqui, A. (1999). *El "Grupo Operativo" de Enrique Pichon- Rivieré: Análisis y Crítica*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid : <http://biblioteca.ucm.es/tesis/cps/ucm-t23006.pdf>
- Calenti, J. C. (2006). Sociología de la vejez. En J. C. Calenti, *Principios de Geriátría y Gerontología* (págs. 44 - 112). España: Editorial: S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- Campos, R. (1990). *Espiritualidad en la tercera edad* . Madrid: EDICEP Colección Emaus.
- Carpi, A. (Noviembre de 2015). *Yayoi Kusama: La invención de un cuerpo*. Obtenido de Cuatro más Uno: Carteles de la Escuela de la Orientación Lacaniana:

<http://cuatromasuno.eol.org.ar/Ediciones/007/template.asp?Productos/Andrea-Carpi.html>

Chemama, R., & Vandermersch, B. (2014). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Amorrortu Ediciones.

De Halleux, B. (2014). Novedades sobre la práctica entre varios. En V. Cocoz, *La práctica lacaniana en instituciones I* (págs. 65-95). Grama Ediciones.

Dessal, G. (2015). *El delirio de medir*. Obtenido de NEL- Medellín Nueva Escuela Lacaniana : <http://nel-medellin.org/blogel-delirio-de-medir/>

Fernandez, A. (2004). *Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración*. Obtenido de Revista Uruguay de Psicoanálisis: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-fernandez.pdf

Fernandez, A. (2007). *El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez*. Obtenido de Universidad de Passo Fundo : <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/118/93>

Fernandez, A. (2009). *El otro, el viejo. Trabajo psicoanalítico e inclusión*. Obtenido de Revista Uruguay de Psicoanálisis: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910808.pdf>

Freud, S. (1993). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas Freud. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Obtenido de <http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/general/freud5.pdf>

García Martínez, A., Rabadán Rubio, J., & Sánchez, A. (2006). Y vio la luz la vejez: salud y sociedad. En A. García Martínez, J. Rabadán Rubio, & A. Sánchez, *Dependencia y vejez. Una aproximación a un debate social* (págs. 23-28). Madrid: Arán Ediciones. S.L.

- Godoy, C. (Febrero de 2006). *Tristeza y depresión*. Obtenido de Virtualia: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana: <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/godoy.html>
- Grimaldo, M., Mori, M., & Morales, M. (2007). *Sistematizando una experiencia de trabajo: Prácticas Pre Profesionales en psicología comunitaria*. Obtenido de Scielo: La Scientific Electronic Library Online: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100004
- Guéguen, P.-G. (Noviembre de 2012). *Siempre uno por uno y a menudo Uno-solo*. Obtenido de Virtualia: Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana : <http://virtualia.eol.org.ar/025/template.asp?Amores-y-soledades-contemporaneas/Siempre-uno-por-uno-y-a-menudo-uno-solo.html>
- Holguin, C. (Noviembre de 2013). *El cuerpo cosmético*. Obtenido de ENAPOL: Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana : <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/El-cuerpo-cosmetico/Clara-Holguin.html>
- INEC. (2010). *Población y Demografía*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Jara, J. (30 de Enero de 2016). *Del “¡Así soy!” al “¿Así soy?”*. Obtenido de Boletín Seminario de Formación Lacaniana #26: <http://us8.campaign-archive1.com/?u=62e180ab962451bbcf3633e57&id=3f8310516c&e=9ae1cd7df8>
- Jesús, B. G., Manuel, L. A., & Luisa, G. G. (Octubre de 2011). *El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores*. Obtenido de

Evidentia: revista de enfermería basada en la evidencia :
<http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>

Junta de Beneficiencia de Guayaquil. (s.f.). *Hogar Corazón de Jesús*. Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/tipos-residencia>

Laia, S. (2003). *Los usos del psicoanálisis . La práctica analítica de las instituciones. Primer Encuentro Americano del Campo Freudiano*. Buenos Aires : Editorial Paídos.

Mazzuca, R. (Febrero de 2006). *Clínica psicoanalítica de la depresión y melancolía*. Obtenido de Revista Digital de la EOL: <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/mazzuca.html>

Méndez, M. R. (Julio de 2014). *Límites y dificultades en la práctica: La ética y política del psicoanálisis orientando la intervención del analista ante el pasaje al acto en la Cuba de hoy*. Obtenido de Virtualia: Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana: <http://virtualia.eol.org.ar/028/template.asp?Limites-y-dificultades-en-la-practica/Tercera-revision.html>

MIES. (Septiembre de 2012). *Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf

Millan, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. España: Editorial S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.

Miller, J. (Julio de 2011). *Leer un síntoma* . Obtenido de Blog de la Asociación Mundial de Psicoanálisis: <http://ampblog2006.blogspot.com/2011/07/leer-un-sintoma-por-jacques-alain.html>

Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). El proceso de envejecimiento . En I. a. envejecimiento, *El proceso de envejecimiento* (págs. 19-37). Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2015). *Demencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Ortega, P. (2013). *Adolescentes deprimidos hoy. Una perspectiva psicoanalítica. El discurso postmoderno y el goce*. Guayaquil: Dirección de publicaciones de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Ortega, P. (2015). *El psicoanalista sus desafíos y sus riesgos*. Guayaquil: No publicado.

Portilla, M. P. (2012). *La entrevista clínica*. Obtenido de Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo : <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSI&COMUNICACION/2012-13/7PC-ENTREVISTA-CLINICA.pdf>

Prado, R. L. (2000). *EL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA*. Obtenido de Oocities.org: <http://www.oocities.org/zaguan2000/metodo.html>

Real Academia Española . (2012). Obtenido de Diccionario de la lengua española: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=QwYKkYnFODXX2X8MsEdD>

Rubistein, A. (Noviembre de 2009). *El deseo del analista: saber hacer con lo que hay* . Obtenido de Virtualia: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana: <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?variedades/rubistein.html>

- Rubistein, A. M. (Mayo de 2003). *Los modos de aplicación del psicoanálisis*.
Obtenido de Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana:
<http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-02.html>
- Sobral, G. (Noviembre de 2009). *La depresión actual*. Obtenido de Virtualia:
Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana:
<http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/sobral.html>
- Sotelo, I. (2005). Qué justifica un psicoanálisis en la institución? En I. Sotelo,
Tiempo de Urgencias: Estrategias del sujeto, Estrategia del analista
(págs. 155-159). Buenos Aires: JCE Ediciones .
- Superintendencia de Chile. (Marzo de 2008). *Dependencia de los adultos
mayores en Chile* . Obtenido de Superintendencia de salud:
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf
- Timiras, P. (1997). *Bases Fisiológicas del Envejecimiento y Geriatría*.
Barcelona: Masson.
- Veronesi, U. (2013). *Longevidad*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora S.A.

ANEXOS

ANEXOS

FOTOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GRUPO OPERATIVO “ESPACIO DE PALABRA”



CHARLAS A ACOMPAÑANTES SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON DEMENCIA





JORNADA ENVEJECIMIENTO

PRESENTACIÓN “RECETAS DE ANITA”





**HOGAR
DEL CORAZÓN DE JESÚS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 19 de Enero, 2016

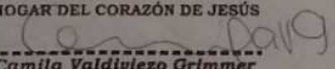
Señores
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo Camila Valdiviezo Grimmer con cédula de identidad número 0916482912 Jefe del Departamento de Gerontología del Hogar del Corazón de Jesús autorizo la publicación en el repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil con fines académicos del proyecto de investigación realizado por la Srta. Michelle Castro para la obtención del título Licenciado (a) en Psicología Clínica / Organizacional Cualquier otro fin que se le de a este documento deberá ser aprobado por los directivos de la empresa.

Atentamente,

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOGAR DEL CORAZÓN DE JESÚS



Camila Valdiviezo Grimmer
GERONTÓLOGA

Camila Valdiviezo Grimmer
Gerontóloga
Hogar del Corazón de Jesús
593-42280115
cvaldiviezo@jbgye.org.ec



**HOGAR
DEL CORAZÓN DE JESÚS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 19 de Enero, 2016

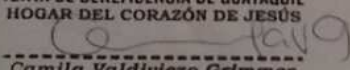
Señores:
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo Camila Valdiviezo Grimmer con cédula de identidad número 0916482912 Jefe del Departamento de Gerontología del Hogar del Corazón de Jesús autorizo la publicación en el repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil con fines académicos del proyecto de investigación realizado por la Srta. Diana Guerra para la obtención del título Licenciado (a) en Psicología Clínica / Organizacional Cualquier otro fin que se le de a este documento deberá ser aprobado por los directivos de la empresa.

Atentamente,

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOGAR DEL CORAZÓN DE JESÚS



Camila Valdiviezo Grimmer
GERONTÓLOGA

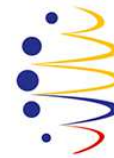
Camila Valdiviezo Grimmer
Gerontóloga
Hogar del Corazón de Jesús
593-42280115
cvaldiviezo@jbgye.org.ec



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Michelle Natali Castro Torres, con C.C: # 0930474911 autor/a del trabajo de titulación modalidad Sistematización de las experiencias prácticas de investigación y/o intervención: “Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida. Formas de tratamiento con el adulto mayor”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad Sistematización de las experiencias prácticas de investigación y/o intervención, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016.

f. _____
Nombre: Michelle Natali Castro Torres
C.C: 0930474911



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Diana Natalie Guerra Espinoza, con C.C: # 0917677775 autor/a del trabajo de titulación modalidad Sistematización de las experiencias prácticas de investigación y/o intervención: “Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida. Formas de tratamiento con el adulto mayor”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad Sistematización de las experiencias prácticas de investigación y/o intervención, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016.

f. _____
Nombre: Diana Natalie Guerra Espinoza
C.C: 0917677775



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

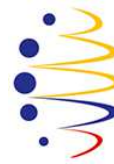
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Subjetividades en la vejez y sus desafíos frente a la pérdida. Formas de tratamiento con el adulto mayor.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Castro Torres, Michelle Natali Guerra Espinoza, Diana Natalie		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Ortega de Spurrier, Piedad		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de febrero de 2016	No. DE PÁGINAS:	73
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Envejecimiento, Adulto mayor, Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica, Subjetividad, Pulsión de muerte, Deseo.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente documento consiste en la sistematización de las prácticas pre-profesionales realizada en la Institución Gerontológica Hogar Corazón de Jesús; donde se trabajó con personas de sesenta y cinco años en adelante, en estado físico independiente o dependiente, con deterioro cognitivo leve o avanzado. Se ofreció atención psicológica con el objetivo de aliviar el malestar del cual se queja el adulto mayor para así mejorar su calidad de vida.</p> <p>El objetivo del trabajo realizado con el adulto mayor consistió en rescatar al sujeto de los avatares que acontecen en la adultez mayor y las repercusiones que tiene en la vida de este. Se observó que algunos adultos mayores se encuentran fijados en la pulsión de muerte debido a que padecen de enfermedades, discapacidades o deterioros a nivel neuro psicológicos que le dificulta actuar de manera independiente y activa; ante esto se le dio prioridad al deseo del sujeto mediante la escucha activa, tratando de preservar esa pulsión de vida desfalleciente.</p> <p>Las diferentes intervenciones realizadas se fundamentan en la teoría psicoanalítica, en donde la escucha activa sirve para resguardar lo singular de cada sujeto, lo cual marca el camino a intervenir.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996818767 / 0995324743	E-mail: castrotorresmichelle@hotmail.com / dnguerrae@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec
--	---

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	