



UNIVERSIDAD OPARIN S.C

INCORPORACIÓN UNAM-8794 PLAN 25 AÑO 08

**EL TRABAJO TERAPÉUTICO EN LOS ADULTOS MAYORES.
UNA PROPUESTA PSICOANALÍTICA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ERIKA SUSANA SÁNCHEZ GARCÍA

Expediente: 412518717

Asesor: Oscar Hugo Aguilar Hernández

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	---

CAPÍTULO I VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

1.1 Conceptualización de vejez.....	5
1.2 Conceptualización de envejecimiento.....	10
1.3 Teorías de envejecimiento.....	11
1.3.1 Envejecimiento Biológico.....	12
1.3.1.1 Teoría del reloj celular.....	12
1.3.1.2 Teoría de los radicales libres.....	12
1.3.1.3 Teoría Mitocondrial.....	13
1.3.1.4 Teoría de estrés hormonal.....	13
1.3.2 Envejecimiento Psicológico.....	14
1.3.2.1 Procesos cognoscitivos.....	14
1.3.2.2 Atención.....	16
1.3.2.3 Aprendizaje.....	17
1.3.2.4 Memoria.....	17
1.3.2.5 Integridad frente a desesperanza (teoría de Erickson).....	19
1.3.2.6 Teoría del desarrollo de Peck.....	22
1.3.3 Teorías Sociales del Envejecimiento.....	23
1.3.3.1 Teoría de la retirada o desvinculación.....	23
1.3.3.2 Teoría de la actividad.....	24
1.3.3.3 Teoría de la continuidad.....	25

CAPÍTULO II CAMBIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA VEJEZ

2.1 Cambios físicos de la vejez.....	27
2.1.1 Visión.....	27
2.1.2 Audición.....	28
2.1.3 Olfato y gusto.....	29
2.1.4 Tacto y otros.....	29

2.1.5	Muslos y huesos.....	29
2.2	Enfermedades propias de la vejez.....	34
2.2.1	Enfermedad del Parkinson.....	34
2.2.2	Diabetes.....	35
2.2.3	Hipertensión arterial.....	35
2.2.4	Artritis.....	36
2.2.5	Sexualidad en la vejez.....	36
2.3	Cambios Psicológicos de la vejez.....	37
2.3.1	Salud mental en la vejez.....	37
2.3.2	Trastorno psicológicos.....	38
2.3.2.1	Ansiedad y angustia.....	38
2.3.2.2	Depresión.....	39
2.3.2.3	Demencia.....	43
2.3.2.4	Alzheimer.....	44
2.4	Cambios Sociales en la vejez.....	45
2.4.1	Jubilación.....	45
2.4.2	Familia.....	46
2.4.3	Matrimonio.....	47
2.4.4	Amistad.....	48

CAPÍTULO III LA LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO HACIA LOS ADULTOS MAYORES

3.1	Psicología clínica.....	51
3.2	Psicólogo clínico.....	52
3.2.1	Funciones del psicólogo clínico.....	54
3.2.2	Dependencias de trabajo del psicólogo clínico.....	55
3.3	Psicología de la vejez.....	55
3.3.1	Paciente anciano.....	56
3.3.2	Psicoterapia de la vejez.....	57
3.4	Enfoques terapéuticos.....	57
3.4.1	Enfoque conductual.....	57

3.4.2	Enfoque humanista.....	59
3.4.3	Enfoque Psicoanalítico.....	60
3.5	Actividades que realiza el psicólogo con los adultos mayores.....	63
3.6	Los desafíos que se enfrentan la psicología de la vejez.....	65
3.7	Una propuesta para la construcción de una terapia psicoanalítica dirigida a los adultos mayores.....	67
3.7.1	Amenazas al yo en el adulto mayor.....	68
3.7.2	Tratamiento psicoanalítico y vejez.....	72
3.7.3	Método Psicoanalítico.....	74
3.7.4	Transferencia.....	74
3.7.5	Interpretación de los sueño.....	75
CONCLUSIONES.....		77
REFERENCIAS.....		81

INTRODUCCIÓN

En estos tiempos el ser un adulto mayor tiene un peso muy impactante socialmente, físicamente y psicológicamente ya que la misma palabra ser viejo o llegar a la vejez causa impacto, incertidumbre, miedo en el ser humano, sabiendo que en esta etapa de la vida el llegar a la vejez es parte del ciclo vital en el que todo ser humano atravesara.

Actualmente la sociedad ve a aquella persona que rebasa los 60 años de edad careciente en aportar dinámicas en casa, en el trabajo y hasta en la misma sociedad, por lo que dejan de darle la importancia que se merece. Las dinámicas del aparato psíquico se ven modificadas en el anciano, una de las modificaciones psíquicas más frecuente en esta edad es el duelo, en el duelo recae como importancia las pérdidas personales y objétales y la melancolía que a lo largo de este proceso se ve presente en el sujeto añoso.

En este sentido, el propósito central de este trabajo se enfoca en conocer la vejez desde todas sus perceptivas, bio-psico-social con la intención de lograr el objetivo propuesto en el trabajo.

Se rescata los conceptos teóricos acerca de la vejez y el envejecimiento viendo las diferencias que hay entre estos dos conceptos, se abordara los diferentes tipos de envejecimiento, desde el envejecimiento biológico, social y psicológico para así poder entender todo lo que conlleva envejecer y hacer consiente los cambios relacionados en esta etapa, con el fin de entender estos procesos y enfocarlos para hacer una terapia clínica más integral.

Por otra parte se expone y se ve los cambios físicos, socioculturales y psicológicos propios de la vejez. Del mismo modo se muestra cada una de las características que conllevan los cambios físicos como las enfermedades y el deterioro que se tiene en la vejez, así mismo los cambios socioculturales se ven afectadas en los diferentes dinámicas y núcleos como son la familia, amigos, también se retoma los cambios psicológicos es aquí donde por el propósito del

trabajo se toma el duelo como referencia fundamental y las afectaciones que se tienen hacia el adulto mayor donde por su naturaleza propia del envejecimiento se atraviesa duelos, pérdidas y un estado de melancolía que modifica la dinámica psíquica el sujeto.

La vejez es vista como una etapa más en el ciclo de la vida y en donde el adulto mayor es parte importante de la dinámica de la sociedad, que necesita ser escuchados y tratados en terapia, desde un enfoque psicológico que los lleve a concluir algunas cosas de su vida que aún no están resueltas con el fin de reconciliar al adulto con el joven y aceptar que algunas situaciones en su vida no serán resueltas, donde el psicoanálisis da una perspectiva de terapia que permite ver que el inconsciente no tiene edad.

La psicología clínica se ha concentrado en estudiar las diferentes etapas de la vida del ser humano y su desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte en las últimas décadas se ha surgido más investigación relacionada con la niñez adolescencia y adultez temprana, observado que existe un rezago en las últimas etapas de la vida del ser humano que es la vejez.

La vejez ha llamado la atención de varios profesionistas enfocados en la psicología clínica donde han visto un interés en los cambios psicológicos que conlleva el envejecer aportando conocimientos que ayudan a visualizar el contexto psicológico en el que encuentra los ancianos, proponiendo una especialización en adultos mayores, donde su objetivo es valorar y tratar con terapias alternas la situación emocional y la dinámica psíquica del adulto.

La labor que los psicólogos clínicos hacen es brindar terapias que vayan dirigidas a cierto tipo de población, logrando observar que la gran mayoría se centran en algunas etapas de la vida las cuales son la niñez, adolescencia y adultez, pero qué pasa con la otra gran parte de la población en la cual existe un incremento poblacional en las últimas décadas que es la vejez, un grupo de personas que rebasan los 60 años de edad según la OMS y que como en las otras etapas de la vida necesitan tener un espacio para abordar problemáticas que le aquejan a nivel

psíquico (inconsciente). Existen varios enfoques que se pueden brindar la atención necesaria a los ancianos, pero particularmente el psicoanálisis es uno de los más apropiada para ser empleado en la usanza de la terapia dirigida a los ancianos que están atravesando un duelo o una pérdida significativa o como comúnmente en psicología se le conoce como depresión, el psicoanálisis trata de ver las causas de las sucesos tratando de encontrar el origen mismo de ese síntoma y buscar la verdad que el adulto mayor está buscando.

En el presente trabajo es relevante, ya que aborda una de las etapas con un índice de población que se va creciendo a niveles agitanados en los últimos años los censos poblacionales que se han hecho en México muestran cómo se menciona aumento de esta etapa, por lo que es importante conocer un poco más sobre la etapa de la vejez desde la psicología clínica y la importancia que dentro de la psicología va tomando esta etapa.

El proponer una construcción de una clínica dirigida a la vejez aporta una visión de una clínica más flexible a nivel terapia y que pueda llegar a ser de utilidad para el terapeuta, donde el psicoanálisis aporta una visión más profunda de los síntomas y signos que presenta el adulto mayor a esa edad y donde permitirá ver más allá de que el sujeto añoso es una persona con las condiciones óptimas para resolver sus duelos pérdidas para un análisis, recordando que cualquier pérdida durante la vejez provocara un proceso intrapsíquico, el que, si no es normal, caerá en una melancolía (Krassoievitch, 2014).

En este sentido el psicoanálisis brinda una perspectiva de terapia que puede ser dirigida a la vejez y que puede ser empleada por un terapeuta.

Es por todo lo anterior que el objetivo principal de este trabajo es:

Conocer las características de la etapa del envejecimiento, así como los cambios físicos, sociales y psicológicos, para proponer la construcción de una terapia enfocada a los ancianos desde la perspectiva psicoanalítica.

Para tal efecto primero se conocerá cómo aborda el psicoanálisis conceptualmente en la etapa de la vejez y los procesos de duelo y/o pérdidas, en segunda instancia estructurar una terapia desde la perspectiva psicoanalítica dirigida a los adultos mayores que presentan duelos o pérdida y por ultimo promover una terapia desde la perspectiva psicoanalítica enfocada en los adultos mayores que presentan duelos o pérdidas.

CAPÍTULO I

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

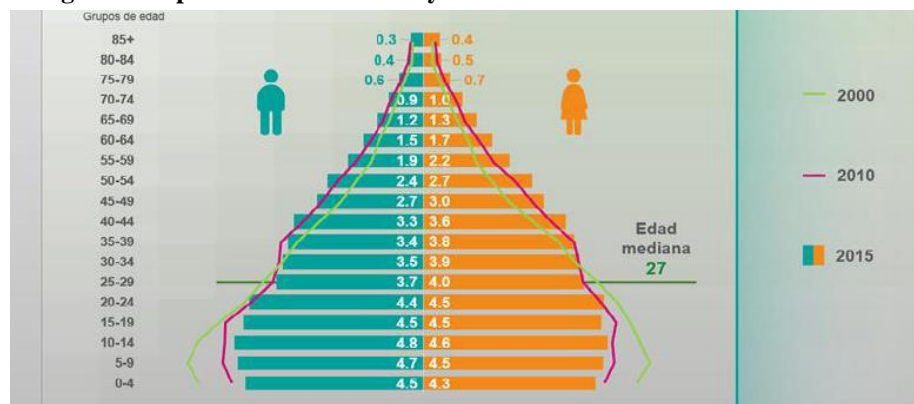
En el presente capítulo se desarrolla la conceptualización de vejez y envejecimiento. Se entiende que al hablar de la vejez suele ser un tema bastante amplio, en donde varios expertos de la materia abordan y ven a la vejez desde diferentes perspectivas de su interés, pero, así mismo no deja ser un tema de suma importancia y relevancia para algunos tantos. Es importante mencionar que, al hablar sobre la vejez, el envejecimiento es un suceso que acompañará a esta etapa de la vida, por ello, se abordaran diferentes teorías que definen desde un punto de vista biopsicosocial el proceso de envejecimiento que tiene el ser humano.

1.1. Conceptualización vejez

Santrock (2006) menciona que: “nuestra sociedad, ya no es una sociedad de jóvenes, debido a que cada vez más individuos alcanzan edades avanzadas, se está igualando la proporción de personas en los diferentes grupos de edad” (p.613), por ello, el concepto de una etapa del desarrollo denominada “vejez” es reciente.

De acuerdo con el último censo poblacional en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) nos indica que la proporción de niñas, niños y adolescentes ha disminuido y se ha incrementado la de adultos y adultos mayores; estos últimos pasaron de 6.2% en 2010 a 7.2% en 2015 (véase imagen 1).

Imagen 1. Proporción de adultos mayores en México

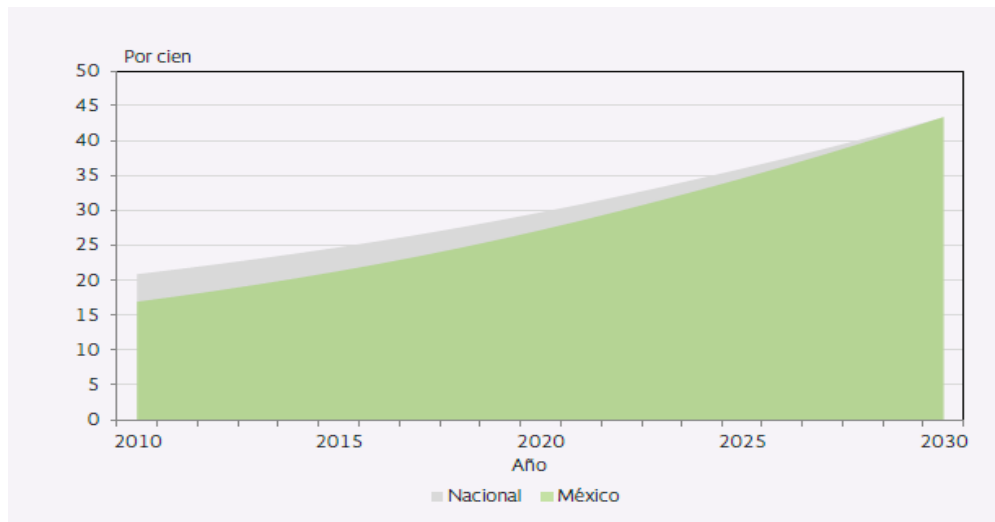


Incremento de la población de adultos mayores de 2010 a 2015

Fuente: Censo de población y vivienda boletín de prensa núm. 524/15, 8 de diciembre (INEGI)

Estos datos coinciden con las proyecciones del Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2010) los cuales muestran que el avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las generaciones más jóvenes y las más viejas, se espera que sea paulatino. En el año 2010, había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 19 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrá casi 43 adultos mayores por cada 100 jóvenes. (Véase imagen 2).

Imagen 2. Índice de envejecimiento en México



Comparativa del avance de los adultos mayores con los jóvenes en los próximos 20 años

Fuente: Dinámica demográfica y proyecciones de población, (CONAPO 2010).

Estos datos indican que aumentará el crecimiento de la población adulta, por lo cual en algunos años seremos una sociedad de adultos mayores y ya no de jóvenes, por tal motivo se tendrá que conocer el concepto que se tiene de la vejez para fines del trabajo.

De acuerdo con la literatura revisada, existen tantos autores como definiciones respecto a la vejez, sin embargo, no se logra denotar una consistencia en el uso y significado de dicho término.

Tradicionalmente, la vejez se asocia con los conceptos de enfermedad, dependencia e improductividad. Hoy en día esa visión se considera errónea, ya que

esta se enfoca hacia un proceso de optimización de oportunidades, “para obtener bienestar físico, social y mental, con el fin de extender la esperanza de vida con salud, productividad y buena calidad de vida” (Moreno y Verjan, 2009, p.207).

Santrock (2006) menciona que la vejez es una etapa que comienza a los 60 años y se extiende aproximadamente hasta los 120-125 años, y supone que es el periodo más extenso de todas las etapas del desarrollo ser humano que se caracteriza por presentar dificultades cognitivas y algún tipo de limitación de las capacidades del hombre.

Por otra parte, Baltes y Smith (2003, citado en Santrock, 2006) explica que otros expertos añaden la categoría de *anciano muy mayor o ancianos - ancianos* (85 años en adelante) como una etapa distinta a la fase de la vejez, donde deben hacer frente a una serie de problemas; pérdidas significativas de su potencial cognitivo de la capacidad de aprender, aumenta así el estrés crónico, una de las incidencias evidentes de las discapacidades físicas y mentales, son altos niveles de debilidad y aumento de la soledad, como la dificultad que entrañan morir con dignidad.

Baltes y Smith (2003, citado en Kail & Cavanaugh, 2011) hacen también mención que múltiples investigaciones sobre la vejez han dado lugar a la creación de los conceptos de *Tercera edad* que da comienzo entre los 60 y 80 años y se le suele también llamar *vejez temprana* por otra parte también agregan el concepto de la *vejez tardía* que da comienzo después de los 80 años por lo general ofrece una perspectiva bastante distinta, por lo que se ha dado en llamarle también la *cuarta edad*.

Desde la perspectiva de Baltes y Smith (2003, citado en Kail & Cavanaugh, 2011) mencionan:

Las diferencias entre la tercera edad (vejez temprana) y la cuarta edad (vejez tardía) son importantes para la investigación como para el desarrollo de políticas sociales. Para ellos la tercera edad está caracterizada por “buenas noticias”, y la cuarta por “malas noticias”.

Las “buenas noticias” de la tercera edad (vejez temprana) son:

- Aumento de la esperanza de vida, en tanto más gente mayor vive más tiempo y envejece sin enfrentar problemas.
- Mayor oportunidad de conservar un buen estado de salud físico y mental, con mejoría en cada generación.
- Evidencia de reservas cognitivas y emocionales en la mente de la gente mayor.
- Mayores niveles de bienestar emocional y personal,
- Estrategias efectivas para manejar las ganancias y las pérdidas inherentes a la edad avanzada.

Las “malas noticias” de la cuarta edad (vejez tardía) son:

- Pérdidas considerables del potencial cognoscitivo y de las capacidades de aprendizaje.
- Aumento de los efectos negativos del estrés crónico.
- Alta prevalencia de demencia (50% en la gente de más de 90 años), fragilidad y padecimientos crónicos múltiples.
- Problemas con la calidad de vida y la posibilidad de morir con dignidad. (p. 5017,518)

En cambio en González (2000) se añade que desde hace mucho tiempo se pensó que, a lo largo del último periodo de vida, el sujeto sufría deterioro físico, pero añade que esos cambios no se producen de manera generalizada ya que la vejez se ha podido estudiar también a nivel social y del comportamiento.

En Papalia, Olds y Feldman (2010) afirma que la vejez es una época de inevitable deterioro físico, mental y de manera arbitraria empieza a los 65 años de edad, así mismo menciona que algunos científicos sociales atribuyen otros términos para llamar a la vejez categorizándolos por tres grandes grupos, “el viejo joven”, “el viejo” y “el viejo de edad avanzada”. Cronológicamente, el viejo joven por lo general es una persona de entre 65 y 74 años, que suele ser activa, animada y vigorosa.

Los viejos *viejos* (entre 75 y 84) y el viejo de edad avanzada (de 85 años en adelante) son más propensos a la fragilidad y la enfermedad y tienen dificultades para organizar las actividades de la vida diaria.

Por su parte, Krassoievitch (2014) menciona que desde 1982 en la Asamblea Mundial del Envejecimiento se fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez. Sin embargo, la población mayor de 60 años no forma un grupo homogéneo y el ser humano puede alcanzar de muy distintas maneras los 60, 70 y 80 o más años.

También en el mismo año, D'Hyver (2006) se menciona que en la Asamblea Mundial del Envejecimiento organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año de 1982 de forma convencional adoptaron el término de viejo a toda persona de 60 años de edad y que existen otros términos (algunos de ellos despectivos), como anciano, senecto, carcamal, vetusto, provector, gerantropo, etc que podrían significar lo mismo, de acuerdo con los diferentes diccionarios de la lengua española.

Por lo tanto, se consideraba a la vejez como una etapa de la vida del desarrollo humano la cual da inicio a partir de los 60 años de edad en adelante, en la que se ven notables cambios físicos y deterioros tanto fisiológicos como mentales, donde se produce un desajuste emocional, social y psicológico.

Para efectos de este trabajo se considera la aportación de Papalia, Olds y Feldman, (2010) como la más apropiada para definir, debido a que hace mención a que esta etapa de la vida es una época de múltiples cambios y deterioros físicos y mentales que da inicio aproximadamente a los 65 años y que se caracteriza por ser un estado donde el ser humano se considere y se sienta viejo, esto dependerá mucho de su percepción y de la manera de como acepte su vejez.

1.2 Conceptualización envejecimiento

Al momento que se habla de la vejez se tiene que tener en cuenta que es un estado que conlleva un proceso de deterioro denominado envejecimiento, por tal motivo no se debe dejar de lado el conceptualizar dicho término, Krassoievitch (2014) “se refiere a la vejez como un estado, dado que por otra parte el envejecer (envejecimiento) constituye un proceso”. (p.23)

No todos envejecen de la misma forma, diversos autores plantean diferentes teorías y/o postulados al respecto:

“El envejecimiento es, en ciertos aspectos, un proceso evolutivo gradual. Suele ser considerado también como una serie de estadios que se organizan en entorno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material” (Gutiérrez, 1999, p.127).

En Moreno y Verjan (2009) se dice que el envejecimiento es el deterioro progresivo en la salud del individuo, que resulta de la interacción de diversos factores genéticos, del medio ambiente, del estilo de vida, acciones y omisiones que cada persona realiza a lo largo de su vida.

Así mismo cuando se habla del envejecimiento del ser humano se refiere también “al conjunto de cambios tanto físicos como funcionales que se producen en relación con el paso del tiempo”. (Millán, 2011, p.4)

En cambio, en D’Hyver (2006) se menciona que existe la posibilidad de ver al envejecimiento desde el punto de vista Biológico, que correspondería al proceso del desarrollo humano, también se puede ver desde el punto de vista psicológico, debido a que existe diferencias entre los jóvenes y los viejos, en esta esfera la capacidad de aprender y la capacidad psicoafectiva se ven alteradas con efectos en la persona, desde el punto de vista Social, el anciano debe cambiar su papel considerado normal en la evolución del ser humano con sus diferentes fasetas, como niño, adolescente, adulto y viejo.

Para Busse, Horn y Meer (1987, citado en Papalia, Olds & Feldman, 2010) existen dos formas de analizar el envejecimiento, los cuales son el envejecimiento primario y el secundario: el primero se refiere a un proceso gradual, inevitable de deterioro corporal que empieza a una edad temprana y continua a lo largo de los años, sin importar lo que la gente haga para aplazarlo, mientras que el envejecimiento secundario es el resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, factor que a menudo puede ser controlado por la persona.

El envejecimiento es un proceso progresivo y natural del ser humano donde diversos factores tales como biológicos, psicológicos y sociales están involucrados, esto da como resultado que cada uno de los seres humanos envejezca de diferente forma de acuerdo al estilo de vida que pudieran haber tenido, y determine la manera gradual en la que se va envejeciendo.

Para efectos de este trabajo se considera la aportación de Gutiérrez (1999) como la más apropiada para definir el concepto de envejecimiento, debido a que menciona que es un proceso evolutivo y gradual donde existen diferentes características de orden fisiológico, psicológico, social.

Nótese que a diferencia de la vejez y el envejecimiento como lo mencionan algunos autores, se refiere a todo un proceso que involucra cambios progresivos y significativos tales como: los biológicos, psicológicos y sociales que afectan al ser humano.

1.3 Teorías del envejecimiento

En la actualidad existen distintas teorías acerca del envejecimiento, las manifestaciones de cómo se produce pueden ser diversas, sin embargo, se han detectado tres posturas particulares para determinar el origen del mismo:

La primera de ellas es: “ El *Envejecimiento Biológico*, el cual es considerado como la presencia de una pérdida progresiva y uniforme del estado óptimo de salud y del vigor, que afecta la mayoría de las funciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y del comportamiento”. (Lozano, 2011; González, 2000, p.409)

1.3.1 Envejecimiento biológico

Existen cuatro teorías sobre este tipo de envejecimiento:

1.3.1.1 Teoría del reloj celular

Esta teoría formulada por Leonardo Hayflick (2004, citado en Santrok, 2006), afirma:

Las células pueden dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta y que, al aumentar nuestra edad, las células pueden dividirse en un menor número de ocasiones. Hayflick halló que las células extraídas de adultos con edades comprendidas entre los 50 y los 80 años se dividían menos de setenta y cinco a ochenta veces. Basándose en las formas en las que se produce la división celular, Hayflick estableció que el límite máximo del potencial del ciclo vital humano se encuentra entre los 120 y los 125 años de edad. (p.618)

Hayflick desconocía el motivo por el que las células mueren pero recientemente se ha descubierto que la respuesta a esta cuestión puede encontrarse en los extremos de los cromosomas llamados telómeros (los telómeros son secuencias de DNA que se localizan en los extremos de los cromosomas) cada vez que una célula se divide, sus telómeros se acortan, al cabo de setenta u ochenta reduplicaciones, los telómeros se reducen de forma drástica y las células no pueden reproducirse, a tal grado que son incapaces para recuperarse y esto puede ocasionar que pueda haber índices de cáncer.

1.3.1.2 Teoría de los radicales libres

Esta teoría constituye una hipótesis microbiológica del envejecimiento. Según esta teoría, los individuos envejecen porque los procesos metabólicos normales que se producen en sus células dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres.

Estas moléculas se desplazan por la célula dañando el DNA y otras estructuras. Al igual que todos los organismos al producirse el metabolismo de la energía, las

células generan productos de desechos, debido al movimiento caótico de los radicales libres dentro de las células, se producen daños que pueden dar lugar a una serie de problemas de salud, como cáncer o la artritis. La limitación de ingesta de calorías (dentro de dieta con calorías limitadas, aunque adecuadas en proteínas vitaminas y minerales) reduce el daño oxidante provocado por los radicales libres. (Santrock, 2006, p.619).

1.3.1.3 *Teoría mitocondrial*

Por su parte la teoría *mitocondrial* según Ames y Bertoni-Freddari, (2004 citado en Santrock, 2006) afirma que el envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias dentro de las células. “Donde existe un creciente interés en el estudio del papel que desempeñado por las mitocondrias (orgánulos celulares que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento, crecimiento y reparación de las células) en el envejecimiento”. (p.619)

Se supone que el deterioro de las mitocondrias se debe al daño oxidante y a la pérdida de micronutrientes fundamentales proporcionados por la célula.

También se ha relacionado el deterioro mitocondrial con una incidencia de enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas tales como: La demencia senil, y reducción en el funcionamiento hepático. Sin embargo, aún no se ha determinado si este deterioro de las mitocondrias da lugar al envejecimiento o si ambos procesos se producen de manera simultánea.

1.3.1.4 *Teoría del estrés hormonal*

En la *teoría del estrés hormonal* Finch y Seeman, (1999 citado en Santrock, 2006) nos dice:

El envejecimiento del sistema hormonal del cuerpo puede disminuir la resistencia ante el estrés y hacer aumentar la probabilidad de padecer enfermedades. Al envejecer, las hormonas estimuladas por el estrés permanecen en niveles elevados durante más tiempo que en edades más jóvenes. Estos niveles prolongados y altos de hormonas relacionados con el

estrés se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades, incluyendo los trastornos cardiovasculares, el cáncer la diabetes y la hipertensión.

Las teorías biológicas muestran que el envejecimiento “es un proceso progresivo que afecta las funciones celulares, hormonales del adulto mayor dando como resultado un deterioro gradual, estas teorías logran dar una explicación de lo que conlleva a nivel biológico el procesos de envejecimiento del ser humano” D’Hyver. (2006, p.109) El envejecimiento es un proceso normal, por lo tanto se debe de analizar algunos de los cambios que se presentan con el paso de los años en diferentes órganos que componen al cuerpo humano, si no se podría desencadenar alguna enfermedad que complicaría la salud del adulto mayor.

1.3.2 Envejecimiento Psicológico

La segunda postura de la que se hablará, es la del envejecimiento psicológico que se refiere al estudio de aquellos cambios en las funciones psicológicas como la atención, aprendizaje, memoria cognición entre otros cambios psicológicos a nivel psíquico. Bond (1996, citado en González, 2000) menciona “el estudio psicológico nos acerca más a la situación real del sujeto” (p.411), por ello interesa los cambios cognitivos y psicológicos que se producen con la edad y en un contexto multidisciplinar.

1.3.2.1 Procesos cognoscitivos

Galimberti (2009) hace mención que el proceso de cognición se refiere a las funciones (percepción, inteligencia, razonamiento, juicio, memoria, representaciones internas, lenguaje, pensamiento y saber) que permiten al organismo reunir información relativa a su ambiente, almacenarla, analizarla, valorarla transformarla, para después utilizarla y actuar en el mundo circundante.

Por otra parte, aclara Dixon y Baltes, (1986 citado en Papalia, Olds & Feldman 2010) menciona: “el deterioro cognoscitivo puede relacionarse con la falta de uso”. (p.576) Las personas mayores que reciben entrenamiento, practico y apoyo social parecen capaces de recurrir a las reservas mentales de la misma manera en que

muchos atletas viejos pueden apelar a las reservas físicas, así que las participaciones en un programa permanente de ejercicio mental permiten a los adultos conservar o ampliar esta capacidad de reserva y evitar el deterioro cognoscitivo.

González (2000) afirma de manera puntual que en el adulto mayor “el proceso de cognición, hay un declive intelectual, el cual incluye menos funciones, lo hace que procesen la información más lentamente, necesitando más cantidad de tiempo para extraerla”. (p.194)

Light (1991, citado en González, 2000) establece la hipótesis centrándose en un sistema de procesamiento de la información creando un *hardware* y *software* que nos enseñe las formas de procesamiento cognoscitivo del adulto mayor

La hipótesis centrada en el “*hardware*” del sistema se basaría en:

- La velocidad: el sujeto de más edad tiene una disminución en sus procesos sensoriales y motores.
- Enlentecimiento generalizado: el sujeto funciona más lentamente a nivel cerebral con implicación motórica y perceptiva, debido especialmente a las conexiones neuronales debilitadas que pierden parte de la información.
- La tercera estaría basada en la eficacia de los componentes, las tareas que realizan los sujetos implican diferentes formas de procesamiento, y con la edad algunos de estos se hacen más efectivos y en otros se producen alteraciones.
- La última hipótesis formulada por el autor anterior. Reducción de los recursos, según la cual el sujeto va a reducir los recursos cognoscitivos que utiliza, como es la atención, la velocidad en el procesamiento y la memoria de trabajo. (p.413)

Este autor utiliza el “*software*” del sistema de procesamiento de información para explicar el deterioro del desarrollo cognitivo:

- Hipótesis del desuso: producida porque a los ancianos se les realizan pruebas no acordes con su tipo de vida habitual, y al compararlo con jóvenes, las diferencias son significativas. Sin embargo, en los problemas de la vida diaria, las diferencias no son tan grandes, ya que pueden utilizar estrategias ya conocidas.
- Hipótesis de estrategia ineficientes: en este caso, los ancianos utilizan estrategias menos adecuadas que en etapas anteriores, se encuentra que se dan diferencias cualitativas, pero no cuantitativas.
- Hipótesis del entorno cambiante: el entorno socioeducativo de las nuevas generaciones dificulta la decadencia cognitiva con la edad, lo que plantea que, dadas las características educativas actuales, las nuevas generaciones tendrán menores pérdidas cognitivas.(p.413)

Lo señalado, da una idea de las decadencias cognitivas que se presentan en el adulto mayor, por lo que a continuación se mencionan de manera detallada y por separado todos esos cambios cognitivos que afrontará el adulto mayor.

1.3.2.2 Atención

González (2000) menciona: “comienza a disminuir la capacidad de atención alrededor de los 64 años”. (p.414) Para algunos autores, esto es debido a causas biológicas, mientras que otros consideran que intervienen factores emocionales o motivacionales.

Por lo que, al hablar de la atención, debemos entenderla como: “la capacidad de seleccionar los estímulos y de poner en acción los mecanismos responsables del almacenaje de las informaciones en los depósitos de la memoria a corto y largo plazo” (Galimberti, 2009, p.124)

González (2000) señala que la atención se puede entender bajo diferentes formas según las cuales son:

- Sostenida: Es la precisión al recibir la información. Con la edad mantener la atención no cambia, pero los adultos mayores son menos precisos en la

detección inicial, tal vez, debido a que se distraen y no ponen el interés adecuado por estar abstraídos en sus propios pensamientos.

- **Dividida:** Cuando el sujeto tiene que atender diferentes tareas a la vez, se ha observado que a las personas mayores no pueden hacer tareas complicadas. Esta faceta no se ha podido comprobar si es debido a un enlentecimiento generalizado, o bien, que tengan dos tipos de respuestas motrices diferentes, y esto agrave la dificultad.
- **Selectiva:** Consiste en la selección de lo relevante, desechando la irrelevante. Cuando la información es sencilla, los adultos mayores son más lentos, pero, en ocasiones, más precisos que los de menor edad, mientras que, cuando la información es compleja, se requiere más características y aparecen diferencias significativas ya que los adultos mayores presentan un enlentecimiento de los procesos atencionales.
- **Cambio de atención:** Cuando al sujeto se le dan informaciones alternativas, teniéndolas que procesar, Se ha estudiado que los adultos mayores son más lentos y menos precisos, debido a la reducción de su capacidad de memoria a corto plazo. (p.414)

1.3.2.3 Aprendizaje

Se ha podido comprobar la existencia de un declive en el aprendizaje de los sujetos después de los 60 años, esto se debe a que hay mayor dificultad cuando se tiene que recordar materiales que no están organizados por categorías, ya que la persona mayor tiene dificultad a la hora de la organización del material informativo. Así mismo aparecen diferencias importantes en función al nivel educativo por lo que: “los adultos mayores tienen más dificultades para el aprendizaje aquellos sujetos que no han tenido estudios y aprendizaje adecuados en cada etapa de la vida” (González, 2000, p.415).

1.3.2.4 Memoria

Papalia, Olds & Feldman, (2010) que muy a menudo se considera que las fallas de la memoria son un signo del envejecimiento refieren: “la memoria como en otras

capacidades cognoscitivas, el funcionamiento de las personas mayores disminuye con lentitud y varía de manera considerable”. (p.577)

La memoria del ser humano cambia y existen variantes como lo menciona Papalia y otros con la llegada del envejecimiento. Sin embargo hay autores como Perimutteer y Hall, (1992 citado en González 2000) que dicen: “los cambios en la memoria se producen por la edad en base a capacidades y contenido, de forma que las capacidades tienen en cuenta las estructuras y los procesos que pueden decaer con la edad” (p.577), mientras que los contenidos pueden incluso, aumentar.

Los tipos de memoria en la vejez son los siguientes según Perimutteer y Hall, (1992 citado en González 2000).

- Memoria a corto plazo los adultos mayores necesitan más tiempo, dado que se produce un almacenamiento de la información, para ello se requiere reorganizar el material y una flexibilidad mental. Por lo tanto, existen diferencias significativas entre los adultos mayores y los jóvenes respecto al procesamiento ya que ellos tienen dificultades que pueden ser debidas a la falta de recursos en el procedimiento de la información, y a la carencia de flexibilidad, o porque la información irrelevante le dificulta el proceso.
- En la memoria a largo plazo se involucran mecanismos variados, ya que están almacenados nuestros recuerdos y el conocimiento del mundo. Los déficits que pueden aparecer son: codificación, almacenamiento y recuperación:
 - *Déficit de codificación:* los adultos mayores presentan, aunque no en gran medida, estos déficits, de tal manera que, cuando se les orienta hacia los procesos de codificación de la información encuentra grandes beneficios. Aunque los adultos mayores utilizan un proceso muy elaborado, también aparecen diferencias significativas con los jóvenes
 - *Déficit de almacenamiento:* a veces la información se pierde al almacenarse y no se recupera nunca si no se le da el mensaje

adecuado, pero si están bien almacenadas se puede recuperar igual con 20 con 80 años.

- *Déficit de recuperación*: los adultos mayores tienen problemas en el recuerdo, respecto a los jóvenes, porque tienen problemas en la recuperación de la información, y este es un proceso más complejo que el reconocimiento.
- Memoria a muy largo plazo: el adulto mayor no tiene dificultad para recordar sucesos recientes, ya que la información se olvida en orden inverso ha como se pretende. Aunque estudios actuales parecen indicar que los ancianos no recuerdan mejor las historias antiguas que los hechos actuales, si no que pueden implicar componentes afectivos. (p.415)

Asimismo, en la vejez se da con mayor frecuencia la *Memoria autobiográfica* como hace mención Fronhlt y Lasen (1991 citado en Feldman, 2007) que son “recuerdos de la información de la propia vida”. (p.617) Todos tendemos a recordar ciertos periodos de la vida mejor que otros. Las personas de 70 años de edad tienden a recordar mejores detalles autobiográficos de cuando tenían 20 o 30 años.

Es probable que las personas de 50 años tengan más recuerdos de sus años adolescentes y de cuando tenían poco más de 20. En ambos casos, el recuerdo de los años anteriores es mejor que el recuerdo de las décadas algo más reciente, pero no es tan completo como el recuerdo de los sucesos muy recientes.

1.3.2.5 Integridad frente a desesperanza (teoría de Erickson)

Refiere Krassoievitch, (2014) que Erickson es unos de los pocos autores, si no el único que ha considerado el desarrollo como un continuo que abarca toda la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. Se trata, por tanto, de un proceso evolutivo, basado en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales.

En cada una de las fases del desarrollo el individuo debe afrontar y dominar un problema fundamental o dilema.

La etapa integridad frente a desesperanza propuesta en la teoría de Erikson (1970, citado en Lefrançois, 2001) menciona que “los ancianos tienen que empezar a integrar las experiencias de toda su vida, asignar un significado y albergar un sentimiento de aceptación y contenido”. (p.516)

Botella y Feixias (1992, citado en Lefrançois, 2001) menciona que, de acuerdo a la teoría de Erikson, los sentimientos de integridad y satisfacción, son el resultado de una evaluación positiva de la vida propia y la aceptación de su desenlace último es natural e irreversible; en cambio, la desesperación se caracteriza por el arrepentimiento sobre el pasado, por la frustración de entender que ya es demasiado tarde para hacer algo más y por el miedo a envejecer.

Señala Erikson (1970, citado en Bordignon, 2005) en la etapa de *integridad versus desespero- sabiduría Vejez*, da comienzo después de los 50 años, explicando que:

“La integridad en ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos”. (p.58)

- a) La aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial
- b) La integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas
- c) La vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo
- d) Una convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad
- e) Una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como

modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar.
(p.59)

Santrock, (2006) nos muestra las ocho etapas del ciclo de vital del ser humanos de acuerdo a lo que nos dice Erickson y donde describe el conflicto propio de cada etapa y su culminación en la vejez (véase tabla 1).

Tabla 1.

Teoría de Erickson acerca de la resolución de los ocho estadios del ciclo vital humano.

Conflicto y resolución	Culminación en la vejez
<i>Vejez</i> Integridad frente a desesperanza: sabiduría	Identidad existencial. La sensación de integridad es lo suficiente fuerte como para hacer frente al deterioro físico
<i>Madurez</i> Creatividad frente a estancamiento: cuidado de los demás	Cuidado de los demás, empatía y preocupación
<i>Juventud</i> Intimidad frente a aislamiento: cuidado de los demás	Sensación de complejidad en las relaciones. Valoración de la ternura y del amor con libertad
<i>Adolescencia</i> Identidad a confusión: fidelidad	Sensación de complejidad en la vida. Función de las precepciones sensoriales, lógica y estética
<i>Edad escolar</i> Laboriosidad frente a inferioridad: competencia	Humildad. Aceptación del curso de la vida y de los deseos no cumplidos
<i>Niñez temprana</i> Iniciativa frente a culpa: finalidad	Humor. Empatía y resistencia
<i>Segunda infancia</i>	Aceptación del ciclo de la vida, desde la integración a la desintegración

Autonomía frente a vergüenza: voluntad	
<i>Primera infancia</i> Confianza básica frente a desconfianza: esperanza	Valoración de la interdependencia y la afinidad

Conflictos propios de acuerdo a la etapa de la vida y su culminación
Fuente: Santrock, (2006, p. 677)

13.2.6 Teoría del desarrollo de Peck

Feldman, (2007) sostiene que, aunque el modelo de Erikson muestra las posibilidades de la adultez tardía en un sentido amplio, otros teóricos nos ofrecen una visión más diferenciada de lo que ocurre en la etapa final de la vida.

El psicólogo Robert Peck (1968, citado en Feldman, 2007) sugiere que el desarrollo de la personalidad en los adultos mayores es ocupado por tres tareas o desafíos importantes que son las siguientes:

- *Redefinición del yo frente a preocupación por el rol laboral:* afirma que los adultos mayores deben volver a definirse sin basarse en un rol laboral u ocupación
- *Trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo:* periodo en el que la gente debe de aprender a afrontar y superar los cambios en las capacidades físicas como resultado del envejecimiento
- *Trascendencia del yo frente a preocupaciones por el yo:* periodo en que las personas de edad avanzada se avienen a su muerte próxima. (p.625)

De tal manera que el envejecimiento psicológico se da de forma gradual y progresiva afectando las áreas sensoriales y los procesos cognitivos del adulto mayor teniendo como resultado el deterioro de algunas funciones (memoria, aprendizaje, atención) que afectan la vida cotidiana del adulto mayor, haciendo que sientan tristeza y que puedan llegar a alejarse de su círculo social. Así mismo existen también cambios psíquicos en la personalidad del adulto mayor a lo largo

su vida. De alguna manera en estos procesos se van forjan ciertos rasgos de personalidad que con el tiempo y la edad se van modificando, pocos autores son los que mencionan lo que pasa con la personalidad del adulto mayor prueba de ello, como ya se revisó en la teoría de Erikson y Peck, abarcan y dan una nueva visión de lo que pasa en el adulto mayor y su personalidad demostrando que a esa edad se presenta cierta frustración y satisfacción, algunas otras personas pueden llegar a expresar desesperanza por situaciones que le aquejan del pasado y por la incertidumbre de su futuro. Por otro parte están los adultos mayores que se aceptan así mismo junto con su historia de vida, su futuro, rol social, su aspecto físico y la aceptación paulatina de la muerte.

1.3.3 Teorías sociales del envejecimiento

González, (2000) manifiesta que por naturaleza el ser humano es social. Con el paulatino avance de la edad, las personas sienten una inclinación a desojarse lentamente de los compromisos sociales, desinteresándose por las relaciones interpersonales y desvinculándose parte de sus ocupaciones, esto se acompaña por una disminución de sus capacidades, lo que inexorablemente les conduce al aislamiento y soledad.

A continuación, se menciona algunas perspectivas teóricas sobre el proceso del envejecimiento desde una perspectiva social las cuales considero relevantes para comprender los cambios que determinan el comportamiento de los seres humanos en el periodo de la vejez

13.3.1 Teoría de la retirada o desvinculación

Mencionan Cumming y Henry (1961, citado en Papalia, Olds & Feldman, 2010) que la teoría de la retirada fue uno de los primeros enfoques que tuvieron influencia en la gerontología, donde consideraban que el distanciamiento es una condición universal del envejecimiento, sostenían que los declives del funcionamiento físico y la conciencia de la proximidad de la muerte da por resultado un retratamiento gradual inevitable de los roles sociales (trabajador, conyugue, padre, etc); además, dado que la sociedad deja de proporcionar a los adultos mayores roles útiles, el

distanciamiento es mutuo. Se cree que el distanciamiento es acompañado por la introspección y por el acallamiento de las emociones. Entendiendo por introspección ser consciente de sus estados de ánimo y por acallamiento emocional el acto de expresar las emociones.

Santrock, (2006) mencionan que la Teoría de la desvinculación es donde:

Los ancianos deberían separarse gradualmente, de la sociedad con el fin de hacer frente con eficacia a su situación, y es ahí donde los ancianos desarrollan una mayor preocupación por sí mismos”, reducen sus vínculos emocionales con los demás y muestran menos interés en las cuestiones sociales. (p.678)

Nótese que, para la teoría de la retirada o desvinculación, el adulto mayor es considerado como un sujeto autónomo que se deja de involucrarse en los roles sociales y en donde tiende a preocuparse más por sí mismo a comparación de épocas previas de su vida.

1.3.3.2 Teoría de la actividad

Para Santrock, (2006) la teoría de la actividad señala que cuanto más activos e implicados en su entorno se muestran los adultos ancianos, mayores probabilidades tendrán de estar satisfechos con sus vidas. Cuando los adultos mayores se mantienen activos, con los altos niveles de energía y productividad, envejecerán de manera más positiva y muestran un mayor grado de felicidad que los ancianos que se desvinculan de la sociedad, por lo que los individuos alcanzan un mayor nivel de satisfacción con sus vidas si continúan ejerciendo sus roles de madurez a lo largo de la vejez. Si se les arrebatara estos roles (como ocurre en los casos de jubilación anticipada), resulta importante que encuentren funciones sustitutivas que les mantengan activos e involucrados en su entorno.

Por lo tanto, desde el punto de vista de esta teoría, el adulto mayor es considerado como una persona activa para la sociedad, que muestra tener la

capacidad necesaria para incluirse de manera productiva y satisfactoria en los roles sociales.

1.3.3.2 Teoría de la continuidad

Dice Atchley, (1989 citado en Papalia, Olds & Feldman, 2010) que la teoría de la continuidad, hace hincapié en la necesidad de las personas de mantener una conexión entre el pasado y el presente, la actividad es importante, no por si misma sino en la medida que representa la continuación de un estilo de vida. Para los adultos mayores que siempre fueron activos y participativos pueden ser importantes mantener un alto nivel de actividad.

En estas tres teorías se muestra el rol del adulto mayor en la sociedad (llámese trabajo, familia) nos manifiesta que para el adulto mayor es de importancia relacionarse de manera óptima y adecuada, aunque cabe acentuar que en la primera teoría llamada teoría de desvinculación menciona que el adulto mayor reducen el vínculo social con lo demás, para que así disfrute más su vida personal esta teoría fue duramente criticada y perdió fuerza ya que la teoría de la actividad se contrapuso a la misma. Dando como resultado que se guiaran más por la teoría de la actividad. Por otra parte, la teoría de la continuidad afirma el rol del adulto mayor en la sociedad y la actividad positiva que llegan a tener.

Estas teorías dan una perspectiva más amplia del rol que tiene los adultos mayores, entendiendo que cada una de estas teorías da un posible entendimiento del comportamiento del adulto mayor, recalcando que estas teorías son una elección, libre de cada sujeto con el propósito de una introspección.

Se puede decir que la vejez es una etapa un tanto olvidada para unos y para otros tantos de suma importancia, aunque los censos y encuestas muestran que dentro de muy poco la población será vieja, con todo y eso no se ha dado la pauta para darle la importancia necesaria a este estado de vida del ser humano, con simples cosas como el mismo término que lleva implícito algunos calificativos peyorativos, y significados aún más ofensivos, si bien por otra parte existen aquellos significados que describen de manera precisa y clara lo que es la vejez que

expresan el estado en el que ser humano se encuentra y que forma parte de su desarrollo y ciclo de vida, con todos aquellos términos y las diferentes formas de ver esta etapa que de forma grata tratan de resignificar el término dándole la importancia y argumentos necesarios para dar una mejor visión de lo que significa, quedándonos claros que la vejez se considera una etapa de la vida del desarrollo humano en la que da inicio a partir de los 60 años de edad en adelante, donde se ven notables cambios físicos y deterioros tanto fisiológicos como mentales, donde se produce un desajuste emocional, social y psicológico.

El término vejez lleva implícito los cambios y desajustes físicos, sociales y psicológicos, esto basta para poder entender un poco más sobre este estado y todo lo que pasa a esta edad, esto quiere decir que el “envejecer” es un proceso gradual y paulatino del ser humano y que las maneras de envejecer es diferente en cada sujeto de acuerdo a la expectativa de vida. La vejez y proceso de envejecimiento es una etapa digna de ser vista y tratada con importancia.

Teniendo en cuenta que estos términos entre si son diferentes y de alguna forma ayudan a entender un poco mejor esta etapa de vida, se tendrá que adentrar un poco en los cambios que se tiene cuando se envejece y para que nos ayudaría a conocer estos cambios físicos y las consecuencias a nivel social y psicológico por lo que pasan los ancianos.

CAPÍTULO II

CAMBIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA VEJEZ

En este presente capítulo se abordará de manera general los cambios físicos, psicológicos y socioculturales con la finalidad de tratar de explicar detalladamente cada uno de estos cambios y sobre todo el tratar de entender más esta etapa, que es la vejez. Centrándonos más en aquellos cambios psicológicos por lo que atraviesa el anciano, abordando algunos de los tantos problemas psíquicos y emocionales que posiblemente pueden llegar a afectar de manera significativa y desencadenar una psicopatología.

2.1 Cambios físicos de la vejez

Velásquez, Prieto y Contreras (2004, citado en Landinez, Contreras y Castro, 2012) comentan que los *cambios físicos en el envejecimiento* “producen alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad”. (p.565) Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Varias de ellas son alteraciones que ocurren en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento.

Algunos de los cambios significativos en la fisiología del adulto mayor tienden a ser:

2.1.1 Visión

Los ojos viejos necesitan más luz para ver, son más sensibles a la luz y puede resultar difícil localizar y leer señales, los adultos mayores pueden tener dificultad con la percepción de profundidad o de color, o con actividades diarias como leer, coser, ir de compras o cocinar (Papalia, Olds y Feldman, 2010).

González, (2000) refiere que “a partir de los 50 años se presenta en la persona una disminución de la agudeza visual, que suele ser más radical a partir de los 65 años”, (p.412) principalmente afecta las zonas periféricas del campo visual, así como sensibilidad al campo de los contrastes, siendo más vulnerable la persona a los cambios de la luminosidad, destellos y reflejos, unido a las enfermedades típicas. Pueden ser las cataratas, glaucomas y degeneración macular senil.

Las *cataratas*, afirma Schaumberg, (2004 citado en Papalia, Olds, y Feldman, 2010) son:

Áreas nubosas u opacas en el cristalino, son comunes en los adultos mayores y a la larga ocasiona visión borrosa, suelen ser operables y con resultados exitosos. La *degeneración macular senil*, provoca que el centro de la retina pierda de manera gradual la capacidad para distinguir con nitidez los detalles finos, es la causa principal del deterioro visual entre los adultos mayores. El *glaucoma*, es un daño irreversible del nervio óptico causado por un aumento en la presión del ojo que si no se trata puede ocasionar ceguera. (p.562)

Todo esto se agrava más conforme los años van pasando en el anciano haciendo que se le dificulte sus relaciones y actividades de ocio.

2.1.2 Audición

Las deficiencias auditivas afectan la vida diaria del adulto mayor, Craig y Baucum, (2001) manifiestan:

Que suelen ir de ligeras a moderadas y a menudo se relacionan con la identificación de voces en medio de un ruido de fondo. Además, se pierde agudeza auditiva en los tonos de alta frecuencia, es decir, lo que ocurre en los sonidos del habla como s, ch y f, todo esto causa frustración en el adulto mayor. Ocasionando que el adulto se aisle de los demás miembros de la familia y conocidos haciendo que la relación ya no sea tan fecunda y le origine problemas de autoestima. (p.556)

2.1.3 Olfato y gusto

Estos dos sentidos son tan fundamentales para el ser humano, que suele ser en la vejez donde sufren ciertos deterioros. Bartroshuk y Weiffenbach (1988, citado en Craig y Baucum, 2001) menciona:

El sentido del gusto manifiesta gran estabilidad incluso en una edad relativamente avanzada la capacidad para saborear azúcares es de las más persistentes, pero parece disminuir la capacidad de detectar y distinguir los sabores amargos. Especialmente si el adulto mayor padece hipertensión (presión arterial elevada) se les dificulta distinguir los sabores. (p.558)

González, (2000) afirma que con el envejecimiento de las células receptoras olfativas y gustativas se produce una pérdida que no puede remplazarse. Se empiezan a atrofiar, necesitando mayor concentración de sustancias olorosas para que el sujeto las pueda percibir. En ocasiones estos cambios hacen que el adulto mayor pierda el apetito y que su nutrición no sea de la mejor manera ocasionándole ciertas enfermedades como gastritis e infecciones respiratorias.

2.1.4 Tacto y otros

Los adultos mayores no pueden llegar a tolerar las temperaturas extremas, referidas tanto al calor como al frío. En cuanto al dolor disminuye también la sensibilidad después de los 60 años. Es aquí donde el contacto toma importancia, cuando les das la mano, le ayudas en el proceso comunicativo (González, 2000).

2.1.5 Músculos y huesos

Craig y Baucum, (2001) mencionan que con los años disminuye el peso muscular y, por lo tanto, también la fuerza y la resistencia. Se alteran las estructuras y la composición de las células musculares, el funcionamiento muscular se ve afectado por la estructura y la composición del esqueleto. Los adultos mayores suelen medir tres centímetros menos de los que median en la juventud debido a la compresión del cartílago de la espina dorsal. También la descalcificación de los huesos se vuelve más débiles, porosos y frágiles.

En la siguiente tabla se recopila los cambios estructurales en los diferentes aparatos y sistemas, señalando las consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas, propias del proceso mismo de envejecimiento (Landinez, Contreras y Castro, 2012) (véase tabla 2)

Tabla 2.

Cambios estructurales en los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano en la vejez.

Cambios estructurales	Consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas
<p>Composición corporal:</p> <p>Disminución de agua corporal.</p> <p>Disminución del tamaño de los órganos.</p> <p>Aumento relativo de la grasa corporal.</p>	<p>Resistencia disminuida a la deshidratación.</p> <p>Alteración en la distribución de fármacos.</p>
<p>Sistema tegumentario:</p> <p>Disminución del recambio de células epidérmicas.</p> <p>Atrofia dermoepidérmica y subcutánea.</p> <p>Disminución del número de melanocitos.</p> <p>Atrofia de folículos pilosos y glándulas sudoríparas.</p> <p>Disminución de actividad de glándulas sebáceas.</p> <p>Disminución de vasculatura dérmica y asas capilares.</p>	<p>Arrugas cutáneas y laxitud.</p> <p>Fragilidad capilar.</p> <p>Telangiectasias.</p> <p>Susceptibilidad a úlceras de decúbito.</p> <p>Xerosis cutánea.</p> <p>Queratosis actínica.</p> <p>Encanecimiento y alopecia.</p>

<p>Aparato cardiovascular:</p> <p>Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad.</p> <p>Aumento de resistencia al llenado ventricular.</p> <p>Descenso de actividad del marcapasos AV, velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores.</p> <p>Rigidez de las arterias.</p> <p>Descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos.</p>	<p>Disminución de la reserva cardíaca.</p> <p>Escasa respuesta del pulso con el ejercicio.</p> <p>Arritmias.</p> <p>Aumento de la presión diferencial del pulso.</p> <p>Aumento de la presión arterial.</p> <p>Respuesta inadecuada al ortostatismo.</p> <p>Síncopes posturales.</p>
<p>Aparato respiratorio:</p> <p>Disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar.</p> <p>Pérdida de septos alveolares.</p> <p>Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre.</p> <p>Disminución de la fuerza de la tos ya aclaramiento mucociliar.</p>	<p>Disminución de la capacidad vital.</p> <p>Aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo arterial de oxígeno.</p> <p>Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.</p>
<p>Aparato renal:</p> <p>Descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal.</p> <p>Descenso del tono vesical y del esfínter.</p> <p>Disminución de la capacidad de la vejiga.</p> <p>Hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres.</p>	<p>Reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción).</p> <p>Disminución en la habilidad de Concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa.</p> <p>Incontinencia.</p>

<p>Aparato gastrointestinal</p> <p>Boca:</p> <p>Disminución de la producción de saliva.</p> <p>Erosión de dentina y del esmalte.</p> <p>Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente.</p> <p>Esófago:</p> <p>Disminución del peristaltismo.</p> <p>Estómago e intestino:</p> <p>Disminución de la secreción de ácido y enzimas.</p> <p>Colon y recto:</p> <p>Disminución del peristaltismo.</p>	<p>Pérdida de piezas dentarias.</p> <p>Tránsito esofágico prolongado.</p> <p>Reflujo esofágico.</p> <p>Disfagia.</p> <p>Poliposis gástrica y metaplasia intestinal.</p> <p>Constipación y diverticulosis.</p> <p>Incontinencia fecal.</p>
<p>Sistema nervioso:</p> <p>Pérdida neuronal variable.</p> <p>Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica.</p> <p>Disminución del flujo sanguíneo cerebral.</p> <p>Disminución de la velocidad de conducción.</p>	<p>Alteraciones intelectuales.</p> <p>Lentitud y escasez de movimientos.</p> <p>Hipotensión postural, mareos, caídas.</p> <p>Reaparición de reflejos primitivos.</p> <p>Hipo e hipertermia.</p> <p>Deshidratación.</p>
<p>Sentidos</p> <p>Vista:</p> <p>Fisiología alterada del vítreo y retina.</p> <p>Degeneración macular. Trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino.</p>	<p>Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad.</p>

<p>Oído: Disminución de la función de células sensoriales en el aparato vestibular.</p> <p>Gusto y olfato: Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Disminución en la producción de saliva.</p> <p>Tacto: Disminución de agudeza táctil y de temperatura. Receptores de dolor intactos.</p>	<p>Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares. Alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía. Disminución de la audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio. Disminución de la satisfacción gastronómica.</p>
<p>Aparato locomotor</p> <p>Estatura: Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco. Cifosis.</p> <p>Huesos: Los huesos largos conservan su longitud. Pérdida universal de masa ósea.</p> <p>Articulaciones: Disminución de la elasticidad articular. Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie.</p> <p>Músculos:</p>	<p>Descenso progresivo de altura. Osteoporosis. Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos. Limitación articular. Pérdida de fuerza muscular progresiva. Disminución de la eficacia mecánica del músculo.</p>

Disminución del número de células musculares.	
Aumento del contenido de grasa muscular.	

Fuente: Landinez, Contreras, y Castro, 2012, p. 566

En la anterior tabla se muestra los cambios físicos y fisiológicos por los que pasa el adulto mayor, el deterioro inevitable de cada uno de estos diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano y como afecta de manera notable e inevitable en la vida del adulto mayor y que ocasiona posteriormente enfermedades propias de la misma vejez.

2.2 Enfermedades propias de la vejez

Las enfermedades que se llegan a presentar en la vejez son el resultado de todo cambio y deterioro físico que se efectúa dentro del envejecimiento biológico. Hace mención Craig y Baucum (2001) que los ancianos dicen tener buena o excelente salud la mayor parte del tiempo, ya que con el paso del tiempo se van adaptando a la lenta aparición de la artritis o de los efectos secundarios de los medicamentos con que controla la hipertensión y otras enfermedades.

Por lo tanto, existen algunas enfermedades que ha cierta edad son frecuentes y que en ocasiones el estado de salud de los adultos mayores se ve amenazado.

Estas son algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor:

2.2.1 Enfermedad de Parkinson

Papalia, Olds y Feldman (2010) mencionan que “la enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad más común que involucra una degeneración neurológica progresiva, que se caracteriza por temblores, rigidez, movimientos lentos y posturas inestables”. (p.570)

La enfermedad del Parkinson se caracteriza por una movilidad voluntaria temblorosa, con disminución de la fuerza muscular, en partes del cuerpo que están en reposo. Con los años también se “ha consolidado la asociación de la enfermedad con la disfunción motora producida por degeneración extra piramidal del sistema nigroestriado o, lo que es lo mismo, de las proyecciones dopaminérgicas de la sustancia negra (núcleo situado en el mesencéfalo)” (Jurado, Mataró & Roser, 2013, p.124).

El Parkinson es una enfermedad crónica y progresiva del sistema nervioso central que lleva, en el cuarto o quinto decenio de la vida, a una sintomatología caracterizada por akinesia con disminución en la velocidad de los movimientos, rigidez de la musculatura, cada vez más hipertónica y contracturada, trastorno vegetativos como hipersalivación e hipersudoración, temblor de las extremidades y en ocasiones también de la cabeza, y trastornos psíquicos caracterizados por la aparición de un estado depresivo reactivo (Galimberti, 2009).

2.2.1 Diabetes

La diabetes es la enfermedad metabólica más frecuente, que generalmente aparece en adultos mayores de 40 años que son obesos y que rara vez requiere de insulina para su control. El problema fundamental de “la diabetes es la deficiencia absoluta o relativa de insulina, que afecta la utilización y el metabolismo de la glucosa, y que es la fuente de energía más importante en los seres humanos” (Malacara, 2003, p.5).

2.2.2 Hipertensión arterial

Timiras (1978, citado en Craing y Baucum, 2001) menciona que “la hipertensión arterial se basa en la deficiencia del sistema cardiovascular”, (p.557) el resultado es una reducción del flujo de la sangre que llega al corazón y que sale de este, así como un mayor tiempo de recuperación después de cada contracción acompañada en ocasiones de cefalea y de mareos.

2.2.4 Artritis

Burt y Harris (1994, citado en Feldman, 2007) dicen que “la Artritis es la inflamación de una o más articulaciones, que afecta casi la mitad de la gente mayor”. (p.602) La artritis ocasiona una hinchazón dolorosa en varias partes del cuerpo y llega a ser incapacitante. Quienes la padecen no pueden realizar las actividades cotidianas más sencillas, como desenroscar la tapa de un frasco o dar la vuelta a la llave en una cerradura. Aunque las aspirinas y otros medicamentos alivian parte de la hinchazón y reducen el dolor, no tiene cura.

2.2.5 Sexualidad en la vejez

Algunos prejuicios sobre los ancianos, es que “son esencialmente asexuados, es decir que son poco afectuosos y emotivos, pero que carecen de deseo o la capacidad para la expresión sexual” (Lefrançois, 2001, p.530).

Se menciona en Feldman, (2007) se indica que cada vez más evidencias señalan que:

Los seres humanos son sexualmente activos después de los 80 años e incluso después de los 90. Esto sucede a pesar de los estereotipos sociales que sugieren que es algo indecoroso que dos personas de 75 años tengan relaciones sexuales, e incluso peor, que alguien de 75 años se masturbe. (p.607)

Existen algunos cambios fisiológicos en los adultos mayores con respecto a su sexualidad, en Krassoieveitch, (2014) se menciona:

Diciendo que en cuanto al ciclo de la respuesta sexual también se produce cambios durante el envejecimiento; en mujeres disminución de la lubricación vaginal y en varones la respuesta eréctil es más lenta. En ambos sexos se reduce la tensión muscular (o miotonía). Es impórtate subrayar que ninguno de los cambios apuntados impide el normal desempeño. (p.79)

Todos estos cambios físicos que presenta el adulto mayor están relacionados con las teorías biológicas del envejecimiento, las cuales abordan los cambios progresivos que son propios del adulto mayor evidenciando cuales son los cambios físicos que se llegan a presentar y que suelen ser notorios en ellos provocando problemas de salud y enfermedades que generan un deterioro el adulto mayor en su calidad de vida.

Los cambios físicos y el deterioro a nivel físico que sufre el adulto mayor, se origina en cada uno de los sistemas de cuerpo humano cuando este empieza a envejecer de manera irreversible provocando así enfermedades, que hacen que disminuya su calidad de vida, con el tratamiento adecuado por médicos o médicos geriatras se lograría una mejora en esperanza de vida.

2.3 Cambios psicológicos en la vejez

Menciona Reyes (1996, citado en Hernández, 2005) que, en ciertos casos, la vejez implica cambios psicológicos que, desgraciadamente, no son fáciles de tomar en cuenta: en la vejez suele presentarse una deplorable soledad, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor a la muerte y depresión. Estos estados psicológicos provocan daños profundos en la salud mental y emocional del anciano y tiene repercusiones negativas al interior del ambiente familiar o entorno donde vive.

2.3.1 Salud Mental en la vejez

Al hablar de una salud mental en la vejez se debe empezar por entender y definir tal término. Dice Galimberti (2009) que “la *Salud* es una condición de plena eficiencia funcional que, en el hombre, abarca también funciones lógicas, afectivas, de relación, en contextos interpersonales y sociales”. (p.418)

Por otra parte, Cabildo (1991, citado en Hernández, 2005) define la salud mental como, un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre la realidad interna y externa del individuo, manifestada por medio de un ajuste flexible y constructivo a la vida, con relación empática, productiva, objetiva,

libertad y ponderación de juicio, así como estabilidad y positividad de la conducta y congruencia con su cuadro de valores humanos. Por supuesto, no todos los seres humanos pueden alcanzar este nivel de salud mental.

Así mismo en Hernández, (2005) se menciona que la salud mental del adulto mayor está determinada por aspectos de su historia clínica, “la incidencia de padecimientos que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral”. (p. 83) Las limitaciones en el estilo de vida la pérdida de autonomía, la muerte de personas significativas o de bienestar y estatus social, la pobreza y el aislamiento son factores de riesgo.

Cabildo (1991, citado en Hernández, 2005) señala que la salud mental del adulto mayor también dependerá de la satisfacción de las siguientes necesidades: casa y manutención aseguradas, protección a su salud física, compañía, atención, respeto, afectividad, tener una ocupación, responsabilidad, sentirse útil, esparcimiento, apoyo psicológico, filosófico, espiritual y o religioso.

En el presente apartado, se abordará los principales problemas a nivel psicológico que el adulto mayor puede presentar, a saber:

2.3.1 Trastornos Psicológicos

Se utiliza esta expresión para indicar las formas de “ciertas anomalías, frecuentes en los sujetos, es la alteración de la naturaleza funcional que modifica las condiciones normales de un sistema motor, nervioso y psicológico” (Galimberti, 2009, p.801).

“Los trastornos pueden ser considerados como el resultado de los intentos que realiza el individuo por lidiar con problemas” (Krassoievitch, 2014, p.46).

2.3.2 Ansiedad o angustia

Dos términos dados al malestar del adulto mayor que prevalecen latentes siempre, que lo hacen propenso a tener un desequilibrio emocional y psíquico.

La angustia, en el adulto mayor es comparable a la de los niños, porque su fuente principal es el temor al sufrir una pérdida y separación, y se refiere por lo tanto al mundo externo, a diferencia de la angustia del adulto más joven en que se representa habitualmente la señal de arma de un conflicto intrapsíquico, así mismo la reacción de ansiedad del anciano “se caracteriza por sentimientos anticipatorios de miedo y opresión, frecuentemente asociados con diversos síntomas físicos”. (Krassoievitch, 2014, p.46)

2.3.1.1 Depresión

La depresión es uno de los problemas más comunes en los adultos mayores en la cual se caracteriza por sentimientos de intensa tristeza, pesimismo y desesperanza. “Una razón obvia por la que las personas mayores se deprimen es que sufren pérdidas acumulativas con la muerte de conyugues y amigos” (Feldman, 2007, p. 603).

Galimberti, (2009) afirma:

Cuando la intensidad de la depresión supera ciertos límites o se presenta en circunstancias que no justifican, se vuelve ya un caso psiquiátrico en la que se distingue una depresión *endógena* que, como lo dice el adjetivo, nace desde adentro, sin remitir a causas externas y una depresión *reactiva*, que es patológica solo cuando la reacción ante acontecimientos luctuosos o tristes parecen excesivos. (p. 300)

Por otra parte, Kay y Bergmann (1980 citado en Krassoievitch, 2014) “señala que es posible que la asociación de la edad con los índices de depresión se debe más a la concentración de los cambios sociales que de la vejez misma”. (p. 117)

En cuanto al cuadro clínico, debe tenerse en mente que cualquier síndrome depresivo del anciano puede permanecer encubierto por quejas y signos somáticos o una autentica enfermedad orgánica. De no ser así, los principales síntomas son: tristeza pesimismo, falta de ánimo, pérdida del interés por el entorno, sentimientos de auto desprecio y de soledad, irritabilidad, fatiga, anorexia, insomnio y quejas

referentes a dificultades para el pensamiento, la concentración y la memoria. En este sentido, a veces es confundido con un síndrome demencial en su fase inicial. Ha sido señalado repetidas veces que el anciano no es frecuente que aparezcan sentimientos de culpa y en cambio suele presentarse una disminución importante de la autoestima (Krassoievitch, 2014).

Tomando en cuenta lo anterior acerca del duelo en los adultos mayores se tomara como referencia en esta aparta de la depresión para hablar acerca de cómo dentro de este mismo término, se puede ampliar de manera más puntual lo que sucede en la depresión, aquel adulto mayor que ha sufrido una pérdida significativa sin duda va empezar a afrontar un duelo, donde el adulto mayor se adentrara en un estado anímico de tristeza o depresión, este punto es el más importante ya que desde la perspectiva donde se abordara la depresión será el psicoanálisis, ya que se propone un trabajo terapeuta desde este enfoque, donde para el psicoanálisis aun cuando no acepta la depresión como una entidad clínica no deja de aportar respuesta para que se hable de este término. Por lo que aquel adulto mayor que no resolvió bien su proceso de duelo lejos de presentar una depresión va estar en un estado de melancolía. No toda persona adulta pasara por la depresión si no que, cuando existe un duelo no resuelto la melancolía va a surgir, por tal razón, la persona a sí misma no se podrá responder de manera consiente que perdió en sí, si no que se fue con aquello que perdió.

Para fines más detallados de este trabajo, se abordara el Duelo y la Melancolía desde una perspectiva como se mencionó psicoanalítica, donde Freud padre del psicoanálisis en 1917 escribe un texto en su tomo XIV que habla del Duelo y Melancolía, donde Freud va a estudiar la estos dos términos con el fin de explicarlos, por lo regular las personas que pasan por un duelo o melancolía no llegan a tomar en cuenta los síntomas y signos, predisponiéndose a verlo de manera natural y no hacer algo al respecto, logrando que a futuro puedan llegar a agravarse estos, se piensa que no es necesario una intervención clínica, y se deduce que después de cierto tiempo va estar la persona mejor.

En Freud se hace una comparación entre Duelo y Melancolía y se dirá que tiene un mismo ocasionamiento que es la pérdida de un ser querido o la abstracción (persona, libertad), donde frente a esto se desarrollara el duelo o una melancolía.

Por lo que el duelo y la melancolía para el psicoanálisis son puntos importantes ya que son estados muy similares y por lo regular se manifiestan en el sujeto con frecuencia, sobre todo en el adulto mayor donde por su estado anímico y su edad en la que se encuentran hace que con frecuencia atravesase pérdidas constantes en su vida.

Freud, (1917) menciona acerca del duelo y melancolía diciendo:

El duelo es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, como la patria, la libertad, un ideal, en muchas personas se observa, que en lugar de duelo existe una melancolía, la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autor reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (p.242)

Cada uno de estos dos procesos tiene sus particularidades entre sí, en la melancolía hay una desazón profundamente dolorosa, una pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda productividad, rebaja del sentimiento del sí y en la melancolía pasa exactamente lo mismo excepto que una que es la de rebaja de sí mismo, un empobrecimiento yoico.

En el duelo Freud, (1917, p. 243) menciona que “la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido”, esto quiere decir que va evocar casi siempre todo aquello que le recuerde al ser amado, pierda la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor para remplazarlo, “se diría, del llorado, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Fácilmente se comprende que esta, inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo”. (p.243)

Esto quiere decir que el sujeto frente a la ausencia del objeto impone el principio de la realidad, la persona piensa en el la persona amada y la evoca pero la realidad le dirá que ya no está, a comparación del melancólico el sujeto va tener un empobrecimiento del mundo exterior, esto quiere decir que todo lo del mundo exterior lo vuelve pobre, gris y vacío.

En Freud, (1917) al hablar de duelo menciona:

El sujeto ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. (p. 242)

Esto quiere decir que el yo retira la libido paulatinamente del objeto, por lo cual es un proceso que toma tiempo, energía y esfuerzo psíquico, pero luego del cual él es sujeto es capaz de volver a su vida anímicamente normal y es capaz de depositar su deseo y nuevamente su libido a otro objeto o a cualquier cosas del mundo exterior, el sujeto es consciente de lo que ha perdido.

(Freud, 1917) por otra parte menciona:

La melancolía pasa algo particular es evidente que también, puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor, existe una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida. En el duelo hallamos que inhibición y falta de interés se esclarecían totalmente por el trabajo del duelo que absorbía al yo. (p.244)

El melancólico entonces se muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, en si no sabe lo que ha perdido el melancólico, existe un dolor y retraimiento, ya que está perdida que tiene es inconsciente, si bien no sabe lo que ha perdido pero si incluso puede suponer que a partir de un suceso o de que una persona o de tal objeto, no puede decir lo que ha perdido de ese objeto, sucede entonces esta rebaja del sentimiento del sí, es la que va hacer haya un empobrecimiento del yo y que el sujeto se haga reproches, se castigue, siguiendo esta línea Freud, 1917) menciona:

Si uno se guía por las declaraciones del melancólico, da la impresión que no hay una pérdida del objeto si no hay una pérdida del yo, dice si se escucha bien todos estos auto reproches no se adecuan bien al enfermo (melancólico) sino más bien se adecuan más al objeto que el melancólico ama, ha amado y más bien todo estos auto reproches que se tiene más bien van dirigidos y rebotan al objeto de amor que ha perdido. (p.248)

Todo esto cobra importancia para entender un poco mejor el proceso por los que pase en el adulto mayor con referencia al duelo, melancolía y todas las pérdidas que sucedan en su vida, recordando que no solo se hace duelo si la persona amada falleció sino también de aquellas cosas abstractas.

2.3.1.2 Demencia

La National Research Council (1997, citado en Feldman, 2007) señalan que el trastorno mental más común en los adultos mayores es la Demencia, una categoría amplia de perdida grave de memoria acompañada por deterioro en otras funciones mentales, las cuales abarcan varias enfermedades. Aunque la demencia tiene muchas causas, los síntomas son similares: pérdida de memoria, disminución de las capacidades intelectuales y deterioro del juicio.

Existe una gran posibilidad de poder llegar a tener demencia a partir de la vejez, y una de las enfermedades más frecuentes relacionadas con la demencia se denomina el Alzheimer.

2.3.1.3 Alzheimer

Es un trastorno cerebral y es el más frecuente entre los individuos mayores que entre los jóvenes, entre los primeros síntomas de Alzheimer se encuentra “una pérdida gradual de la memoria” (Lefrançois, 2001, p.499)

En la Clasificación internacional de enfermedades, (CIE-10, 1994, p.27) que el “Alzheimer es de etiología desconocida, con unos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característico”. El trastorno suele tener un inicio insidioso y se desarrolla de forma lenta, pero progresiva, durante un período de varios años, la división actual de la enfermedad de Alzheimer se basa en subtipos y se puede llevar a cabo de dos maneras: la primera, tomando sólo la edad de inicio y catalogar la enfermedad como precoz o tardía, con un punto de corte aproximado a los 65 años; o la segunda, valorando cómo se ajusta mejor el individuo a uno de los dos supuestos síndromes de inicio precoz o tardío

Por otra parte, Craing y Baucum (2001) mencionan que el “Alzheimer produce un deterioro progresivo de las células cerebrales que comienzan en la corteza cerebral externa”. (p.569) No se conoce todavía las causas del padecimiento, aunque el elevado índice de familias con la misma enfermedad hace que algunos investigadores sospechen que hay un origen genético. Por lo regular los primeros síntomas son el olvido y pequeñas alteraciones del habla, a medida que va avanzando la enfermedad, ya no se recuerdan los lugares, los nombres ni rutinas, seguido de olvidar los hechos que acaban de ocurrir, se acompaña de un sentido de confusión y finalmente aparece la demencia.

Como se vio, existen ciertos cambios psicológicos en la edad adulta que afectan de manera significativa la vida emocional y psíquica. Si bien ningún el ser humano está exento de poder desarrollar ciertos trastornos psicológicos, se pueden prevenir yendo a terapia para afrontar de manera adecuada los conflictos psicológicos.

2.4 Cambios sociales en la vejez

Se menciona en Moraleda (1999) que la mayor parte de los psicólogos y sociólogos están de acuerdo en afirmar que muchos acianos pueden pasar de la edad adulta sin que este tránsito acarree para ellos graves trastornos en su adaptación social. También están de acuerdo que en esta edad los problemas de inadaptación son relativamente frecuentes.

Se señala en González (2000) que el anciano durante su vida, “adquiere un conjunto de roles, estatus y normas que le permite la propia sociedad y que le van marcando los criterios a seguir de forma más precisa según avanza en la edad”. (p.418) Además, para los adultos mayores es de gran importancia la vida social, porque, aunque se producen cambios biológicos, sensoriales, perspectivas cognitivos que pueden dificultar su actividad social, a su vez se debe potenciar la integridad en el ambiente para que se produzca una armonía en su desarrollo.

Se abordarán algunos de los roles sociales más importantes en donde se desarrolla el adulto mayor y que puedan de alguna manera darle sentido a su vida de una manera positiva o negativa.

2.4.1 Jubilación

En Tarner (1982, citado en Moraleda 1999) se menciona:

Los efectos de la jubilación en la personalidad del anciano dependen de las circunstancias de cada uno y sobre todo de su actitud ante la misma. Así, para algunos, puede ser motivo de satisfacción por haber hecho bien su trabajo y ocasiones de tranquilidad. (p.366)

En Atcley y Baruch (2004, citado en Feldman 2007) se señala que cual sea el motivo de jubilación existen etapas de la jubilación que son las siguientes:

- La jubilación empieza con un periodo de *luna de miel*, en el cual los antiguos trabajadores participan en varias actividades, como viajar, que previamente eran impedidas por el trabajo de tiempo completo. La siguiente

fase es la del *desencanto*, en el cual los jubilados concluyen que la jubilación no es todo lo que pensaban que sería. Extrañan el estímulo y compañía de su trabajo previo o encuentran difícil mantenerse ocupados.

- La *reorientación*, en la cual los jubilados reconsideran sus opciones y se ocupan en nuevas actividades más satisfactorias. Si tienen éxito, esto conduce a la etapa de *rutina de la jubilación*, en la cual se avienen a las realidades de la jubilación y se sienten realizados en esta nueva fase de la vida. No todos alcanzan esta etapa, algunos se sienten desencantados con la jubilación durante años.

- Finalmente, *la terminación*. Aunque algunos terminan la jubilación regresando al trabajo, para la mayoría la terminación resulta en un deterioro físico importante. En este caso, la salud empeora tanto que la persona ya no logra desenvolverse de forma independiente. (p. 641)

2.4.2 Familia

Dentro de este núcleo se encuentra gran parte de la interacción que tiene el adulto mayor con algunos miembros de la familia y cuanto influye estos vínculos y apegos que tienen, para ello existen algunos factores importantes que nos señala Moraleda (1999) y que a continuación se mencionan y nos darán una perspectiva más amplia sobre la importancia de la familia para el adulto mayor.

- La relación marido-mujer es uno de los elementos que más influjo puede ejercer en el desarrollo de la senectud. Los dos elementos de este binomio pueden ser de mutua ayuda para conllevar las dificultades de este estadio como prolongación de la colaboración que se ha presentado a través de toda la vida.

- Otro factor que puede influir en el desarrollo de la personalidad de los ancianos es el modo como logran estos vivir independientes y libres en su

hogar los ancianos, como todas las personas, desean gozar de una correcta independencia; les gusta la intimidad.

- Las relaciones de los ancianos con respecto a sus hijos también pueden sufrir un reajuste importante en esta edad, si viven con ellos. Las alucinaciones a la indiferencia de los y más generalmente el egoísmo de los jóvenes son frecuentes a lo largo del interrogatorio con los ancianos, ligadas a la indiferencia de mentalidad entre padres e hijos para con sus padres; habiendo escapado la tutela del poder, del que ya no tenía nada que esperar.

- Otro factor que puede influir en el desarrollo de la personalidad del adulto mayor es el modo de cómo vive sus relaciones con sus nietos y en general con los niños. Todo el mundo es consciente del papel positivo de asistencia ayuda y aliento que puede desempeñar el anciano en la crianza de los nietos; pero también a la inversa, este papel puede ser negativo, sobre todo cuando el anciano por sus mimos, rigidez y, sobre todo, intervencionismo inoportuno, llegan a anular modo de la autoridad paternal.

2.4.3 Matrimonio

En la actualidad, debido a los cambios demográficos que tienden a la disolución de los matrimonios y al divorcio, una tercera parte de los adultos mayores se casan, divorcian y volverán a contraer matrimonio a lo largo de su vida (Santrock, 2006).

Se comenta en Cerstensen y Gottman (1993, citado en Feldman 2007) que “la gran mayoría de las personas que siguen casadas al final de la vida reportan que están satisfechas con su matrimonio”. (p.644) Su pareja les ofrece compañía y apoyo emocional considerable. Como para entonces han estado juntos por mucho tiempo, se conoce bastante bien uno al otro.

“Aunque a esa edad algunos adultos ya se habían divorciado o separado antes de llegar a la vejez” (Santrock, 2006, p.693).

Así mismo en Durbin (2003, citado en Feldman, 2007) señala que buscar una relación se vuelve primordial para muchos hombres y mujeres que están divorciados o cuyos conyugues han muerto. Como en etapas anteriores de la vida las personas que buscan desarrollar una relación su variedad de estrategias para conocer compañeros potenciales, como unirse a organizaciones de solteros o incluso usar el Internet para buscar compañía.

2.4.4 Amistad

En Santrock (2006) se afirma:

La experta en envejecimiento Laura Castensen concluyó que los individuos, al envejecer, se decantan por los amigos cercanos antes que hacer nuevas amistades. Así, mismo parece sentirse satisfechos siempre que cuentan con algunas personas cercanas en su red social. (p.693)

Otra razón importante de las amistades en la vejez se relaciona con la mayor probabilidad, a lo largo del tiempo, de que uno carezca de pareja, cuando el conyugue muere, las personas por lo regular buscan la compañía de amigos para ayudarse a enfrentar su pérdida y también para mitigar su soledad (Feldman 2007).

Cada uno de todos estos factores que se involucran en gran medida a los cambios significativos que el adulto mayor atraviesa, hace ver que las relaciones sociales son de gran importancia ya que gracias a ellas se observa que aunque existen ciertas teorías sobre los vínculos sociales que tiene el adulto mayor, que en el primer capítulo se abordó, se ve que no solo es eso, si no que conlleva a algo más y ese algo más que se refiere a los lazos familiares, de matrimonio, amistades y jubilación que para ellos son de gran importancia tanto que si alguno de estos factores falta se convierte de algún modo en un conflicto que llega a repercutir emocionalmente, por lo tanto es de gran importancia darnos cuenta que las relaciones y todo cambio que repercute a nivel social tendrá gran impacto en la vida del adulto mayor.

En este capítulo se abordó algunos de los cambios físicos, psicológicos y sociales por los que el adulto mayor atraviesa. Empezado por aquellos cambios físicos que son los más visibles ya que evidencia el proceso de desgaste de la piel, los huesos, la motricidad y el mismo envejecimiento de los órganos vitales, que son inevitables pero que juegan un papel importante para el adulto mayor.

Todo cambio físico que se produce en el envejecimiento de manera natural provoca en el adulto mayor ciertas problemáticas de salud que vienen acompañadas de desgaste físico y emocional para él, el desgaste de ciertas funciones de los sentidos, así como la motricidad, la audición, visión, gusto, tacto se van deteriorando y es cuando el adulto mayor sufre algunos momentos angustiosos ya que se va apartado de las personas porque piensa que ya no es útil para ciertas ocupaciones.

Existen ciertas enfermedades que se involucran en el procesos de adaptación y más si llevan un tratamiento farmacéutico, donde el paciente debe estar pendiente de sus medicamentos, pero como en ocasiones la memoria puede fallar por su edad no recuerdan si el medicamento ya fue ingerido o no, entonces provoca que la recuperación sea más lenta o empeore, siendo esto un problema de orden físico y emocional por el cual el sujeto mayor tendrá que enfrentar.

Los cambios sociales, involucran la relación que el adulto mayor tiene con la sociedad, esta sociedad quien lo señala y etiqueta como una persona de edad avanzada, dentro de estos cambios se involucra el núcleo familiar, como también el trabajo y sobre todo la relación que tiene con sus seres más cercanos, que de cierta forma ven al adulto mayor como una persona que ya no puede brindar una función útil para la sociedad y peor aún para los mismos miembros de familia que los rechazan y les hacen ver que su jerarquía que antes tenían valla tornándose menos respetada.

No todo es malo porque dentro de estos cambios se da cosas positivas tales como que el adulto mayor llega de nuevo a enamorarse, profundiza y valora más las amistades y de tal manera vive su vida de una forma más hermosa con una calidad más agradable.

Los cambios psicológicos, que para efectos de este trabajo se considerara estos cambios los más importantes de este capítulo. Estos parten desde aquellos trastornos o problemas psicológicos que afectan directamente el sentir del adulto mayor, en la gran mayoría de los casos se trata de problemas psicológicos que surgen por tener miedos, abandonado por parte de familiares, problemas por relacionarse socialmente recordando que todo cambio es doloroso y esto le pueda ocasionar un malestar emocional que evidentemente está relacionado con la angustia que en el sujeto siempre va estar latente, y que se pueda lograr a desencadenar otros tipos de problemas psicológicos o trastornos clínicos como la depresión que sin duda abrió una tema importante como lo es el duelo y la melancolía para poder así abordar la perspectiva del psicoanálisis como parte fundamental de este trabajo.

Otros problemas psicológicos un poco más difíciles de enfrentar como son el Alzheimer y la Demencia estás pudieran ser las más graves y que evidentemente requieren de un mayor apoyo no solo psicológico también médica para que se trabajen en conjunto, para brindar una calidad mejor.

Hasta este momento, también se habla de los cambios psicosociales a los que pueden enfrentar los adultos mayores.

Estos cambios junto con los cambios físicos, expuestos en el apartado 2.1, puede ser detonantes para generar en el adulto mayor “un conflicto” o “una crisis” que a su vez pueden desencadenar situaciones emocionales con repercusiones en la vida de las personas, por ejemplo surgen algunas enfermedades o trastornos psicológicos de orden neurodegenerativo que suelen ser los más frecuentes a esta edad, tales como la demencia, también están aquellos cambios psicológicos que adolecen principalmente la psique del adulto ya que pude envejecer el ser humano pero la psique no, la angustia y las emociones prevalece en la vejez.

El ser viejo y envejecer son dos palabras que nos demuestran una etapa y un estado donde las personas necesitan ser escuchados y vistos por profesionistas que se dediquen al cuidado y atención de ellos.

CAPÍTULO III

LA LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO HACIA LOS ADULTOS MAYORES

En este capítulo se abordará de manera general acerca de la psicología clínica, así como la definición de que es un psicólogo clínico, cual es el tipo de trabajo que realizan, en que se puede especializar y conocer las terapias con las que se pueden trabajar con los adultos mayores y cuáles son las más adecuadas para una práctica clínica con ellos, proponiendo en este capítulo que la terapia más viable para trabajar con los adultos mayores será la psicoanalítica por lo que se dará una propuesta para la construcción de una terapia psicoanalista para adultos mayores.

3.1 Psicología clínica

En Hartley y Branthwaite (1997, citado en Gross, 2012) se comentan que la mayoría de los psicólogos trabajan en tres áreas principales: psicología clínica, educativa y del trabajo, por lo que el psicólogo es una persona que puede desplegar de manera apropiada sus habilidades especializadas en diferentes situaciones.

Para Buela, Sierra y Carrobles (1995) la Psicología Clínica es considerada como una disciplina independiente podría situarse que en “1906, cuando Lightmer Witrner fundo la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania (USA)”. (p.27) Desde entonces, ha ido desarrollándose y evolucionando según la influencia de las diversas escuelas o corrientes psicológicas.

En Douglas y Michael (1982) refieren que la psicología clínica es:

- Una rama de la Psicología que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido.
- Es la aplicación de los principios de la Psicología a la situación psicológica del individuo, para una mejor adaptación a la realidad.

- Se preocupa por entender y mejorar la conducta humana, consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.
- Es la aplicación de los principios y técnicas de la Psicología a los problemas del individuo. (p.5)

En Galimberti, (2009) se menciona que “el término 'clínico' se entiende: como un método o una disciplina aplicada que ocupa un lugar importante en el ámbito de la salud mental”. (p.861)

En Eisemberg, (1993) se menciona que “la psicología clínica se especializa en el estudio de tratamiento de la conducta anormal”. (p. 4)

En Morris y Maiston (2011) se mencionan que la psicología clínica se “interesa se interesa principalmente en los problemas normales de ajustes de la mayoría de las personas enfrenta en algún momento”. (p.7)

Para efectos de este trabajo se considera la aportación de Duglas y Michael, (1982) como la más apropiada para definir el concepto de psicología clínica, resaltando que la psicología clínica es una rama de la psicología, la cual podemos definir que se enfoca en el entendimiento de todos aquellos síntomas y problemas psíquicos que aquejan al sujeto donde se emplean algunas técnicas junto con teoría para poder dar un posible tratamiento al problema que le aqueja al individuo.

3.2 Psicólogo clínico.

Una vez definido qué es la psicología clínica, se debe definir cuál es la labor que ejerce el psicólogo en esta disciplina, la clínica.

En Coon, (2001) se señala que “el psicólogo clínico realiza psicoterapia y consejería personal, ayuda con problemas emocionales y de conducta, investiga problemas clínicos y elabora métodos de tratamiento”. (p.28)

Por otra parte, en Douglas y Michael, (1982) se mencionan que la idea generalizada de que el psicólogo clínico es un psicoterapeuta o un especialista en pruebas es, en el mejor de los casos como todos los estereotipos, parcialmente objetiva. La investigación, es un aspecto fundamental de esta especialidad, es poco conocida, y menos aún otras actividades de los psicólogos clínicos, como la enseñanza y la consulta.

“Así mismo emplean procedimientos psicológicos reconocidos en el diagnóstico y se basan en sus resultados para el asesoramiento o las medidas terapéuticas (Mietzel, 2003, p.51).

En Amoros, (1980) se plantea que el psicólogo clínico da diagnósticos, tratamientos e investiga los problemas que se refieren al comportamiento humano, su tarea principal, es la explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen prever cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificación la conducta. “Su campo en la patología de la personalidad, pero sin descuidar los recursos y potencialidad sanas de las personas”. (p.365)

Se puede concluir que un psicólogo clínico es aquel profesional que se especializo en clínica y se dedica a la investigación y a tratar el malestar emocional de todo aquel sujeto que demande su servicio ya sean niños, adolescente, adultos o adultos mayores donde su principal labor es emplear de manera adecuada técnicas y conocimientos teóricos para poder dar un posible tratamiento a lo que le aqueje al sujeto.

Para efectos de este trabajo se considera la aportación de Coon, (2001) como la más apropiada para definir el concepto de psicólogo clínico, afirmando que es aquel profesionista que realiza psicoterapia y consejería personal, ayuda con problemas emocionales y de conducta, investiga problemas clínicos y elabora métodos de tratamiento.

3.2.1 Funciones del psicólogo clínico

Existen ciertas funciones principales que el psicólogo clínico realiza, se dedican a una combinación de tres actividades: *evaluación, tratamiento, terapia investigación* (Duglas y Michael 1982, Amoros: 1980).

1. *Evaluación o diagnóstico.* Se orienta a la apreciación de las propiedades psicológicas y a determinar la naturaleza de la dolencia mental y de la personalidad, mediante la entrevista, observación del comportamiento y la aplicación de diversos test; como una connotación implícita para la evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados. (Amoros, 1980, p.365).
2. *Tratamiento.* La actividad del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian. La intervención puede llamarse Psicoterapia, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras, dependiendo de la orientación del psicólogo, y puede darse en múltiples combinaciones de pacientes y psicólogos. Tradicionalmente el tratamiento era individual, pero cada vez se hace más común que un psicólogo trate a grupos de pacientes, que o nada tienen que ver unos con otros, o tienen algún tipo de relación. El tratamiento puede durar desde una sola sesión, hasta un periodo de varios años dependiendo del enfoque que se trabaje (Douglas y Michael 1982, p. 10).
3. *Investigación.* Por tradición y entrenamiento los psicólogos clínicos se dedican mucho a la investigación, la investigación es uno de los aspectos que distinguen a esta rama, cuando se le compara con otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a los demás, hay quienes afirman que es precisamente en esta área donde los psicólogos clínicos han hecho sus aportaciones más valiosas. Hubo un tiempo, por ejemplo, que en la psicoterapia la teoría y la práctica se basaban sobre todo en los resultados del estudio de casos, en impresiones subjetivas de la eficacia que tenían determinados tratamientos (Douglas y Michael 1982, p. 10).

3.2.2 Dependencias de trabajo del psicólogo clínico

Señala Mietzel, (2003) que las posibilidades de acción del psicólogo clínico exceden en mucho a múltiples dependencias. Aquí solo son algunas de las tantas dependencias donde el psicólogo clínico labora.

- Departamentos de Psicología de facultades y universidades: Se desarrolla la investigación y la enseñanza en las diferentes áreas de conocimiento de la psicología,
- En hospitales médicos y psiquiátricos públicos y privados: Se atiende y se da seguimiento a los pacientes con algún trastorno para un tratamiento adecuado,
- En clínicas de salud mental municipales y privadas: Promover la salud psíquica, brindando atención psicológica a los habitantes del municipio donde se labore,
- En asilos y otras instituciones para ancianos: Implementar actividades recreativas como ayuda psicológica a los adultos mayores,
- En orfanatos: Orientar y brindar ayuda psicológica a los menores de edad,
- Consultorios privados: Brindar ayuda psicológica a todo aquel de demanda consulta o ayuda,
- Centros de tratamiento para alcohólicos: Brindar ayuda a los sujetos para la solución de sus problemas de adicción (Douglas y Michael 1982, p. 19).

3.3 Psicología de la vejez

Como se menciona la función del psicólogo clínico es muy amplia. Dentro de la psicología clínica se maneja algunas especialidades o subdisciplinas que ayudaran a conocer de manera más precisa al sujeto dentro de las diferentes etapas de la vida, para así tratar y trabajar con él.

En Fernández, (2001) se señala que la gerontología, cuyo objeto de estudio esencial es el envejecimiento donde el envejecimiento no puede ser estudiado plenamente sin la contribución de los hallazgos de un conjunto de ciencias biológicas, sociales y psicológicas. Por lo que el envejecimiento es estudiado desde la es una ciencia multidisciplinar que se aposenta en la psicología.

Desde este punto de vista surge la psicología de la vejez que como su mismo nombre lo dice se centra en la última etapa del ciclo vital del ser humano y que es definida como la disciplina que se ocupa del estudio de la edad involutiva y de los problemas vinculados a la vejez (Galimberti, 2009).

Por otra parte, se dice en Fernández (2001) que la psicología de la vejez o la Gerontopsicología “es una disciplina relativamente joven de la psicología cuyo objeto de estudio es, lógicamente, el estudio del comportamiento en sus variantes motoras cognitivas y psicofisiológicas o emocionales a lo largo del proceso de envejecimiento”. (p. 279)

3.3.1 Paciente anciano

Es necesario recordar que cuando se habla de la vejez se habla de una edad acompañada de pérdidas, estas se refieren a las relaciones con amigo, conyugue, capacidad económica, prestigio, autoestima, salud, las cuales desencadenan una respuesta de angustia en el paciente, donde pueden sentir que no les queda mucho tiempo para poner cierto orden en sus asuntos internos con respecto a los objetos que fueron significativos y mejorar así las relaciones internas con ellos, cabe señalar que algunos pacientes ancianos no acuden en busca de ayuda para curarse sino para que alguien les ayude a morir (Krassoievitch, 2014).

Considerando así que el paciente tiene la capacidad de transmitir enseñanzas valiosas para el terapeuta por su gran experiencia de vida.

3.3.2 *Psicoterapia en la vejez*

La terapia para adultos mayores no debería ser menos o más compleja en contraste con la de los demás grupos de edad siendo el objetivo central de la psicoterapia que el paciente logre darle a su vida un sentido más completo y digno donde se tienden a obtener cambios en los sentimientos los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad (Hernández, 2005).

Para Wayne (1953, citado en Krassoievitch, 2014) se dice:

La terapia orientada a la vejez debe ser directa y estar enfocada a la problemática presente, para lo cual en general es necesaria la intervención de otros profesionales (oftalmólogos, dentista, trabajadores sociales, internistas, etc.), por lo tanto, es importante agregara a la terapia el apoyo multidisciplinar. (p. 145)

3.4 Enfoques terapéuticos

Dentro la terapia psicológica existe diferente selección de enfoques que se ocupan para orientar y brindar ayuda a las personas que buscan resolver los problemas que puedan estar provocando un malestar en los pacientes, Al trabajar en terapia

Suelen ser numerosas las técnicas y los enfoques apropiados y destinados para el paciente anciano digamos que las más frecuentes son los siguientes:

3.4.1 *Enfoque conductual*

Este tipo de enfoque habla de la modificación de la conducta, con hace referencia que pretende cambiara ciertas conductas específicas que le aqueja al adulto mayor, más que resolver conflictos subyacentes o reorganizar la personalidad de los ancianos, los terapeutas conductuales manipulan las variables en el medio ambiente, donde se otorga una mayor importancia a los estímulos del ambiente que

pueden manipularse de manera experimental, como recompensas (Lawrence, 2000).

Este enfoque suele ser muy amable y acertado con los pacientes gerontes ya que se conduce a una serie de técnicas estructuradas, centradas en el presente y orientadas a la acción, este modelo es básicamente respetuoso con ellos ya que la edad es irrelevante para comprender y cambiar las conductas (Krassoievitch, 2014).

Para hablar específicamente del enfoque conductual debemos mencionar al psicólogo Jonh Watson, precursor de este enfoque, cuyas ideas influyeron bastante en la trayectoria de la psicología estadounidense, algunas de sus investigaciones se referían a la complejidad creciente en la conducta de las ratas y del desarrollo asociado al sistema nervioso central (Lawrence, 2000. p.128).

Watson (1924, citado en Pelechano, 1996) añade diciendo que “la conducta es observable por parte de los demás o, al menos, por parte de un observador imparcial (lo que representa una forma de contrastación) y debe ser susceptible de repetir los resultados alcanzados”. (p.120)

Otro precursor de la teoría conductual es Pavlov, fue un filósofo ruso que desarrollo un procedimiento para estudiar la conducta, como parte de su investigación trabajo en el estudio de las secreciones gástricas de los perros, coloco en comida en polvo adentro del hocico de un perro y midió la cantidad de saliva resultante, por coincidencia notó que después de varios ensayos, el perro comenzaba a salivar ante ciertos estímulos antes de que se colocara la comida en el hocico. En otras palabras, los estímulos que antes no producían esta respuesta (estímulos neutrales) ahora podían obtener la respuesta de salivación debido a su asociación con la comida en polvo que de manera automática ocasionaron la salivación del perro (Lawrence, 2000, p.126).

Por lo que la terapia conductual es una serie de técnicas estructuradas centradas en el presente y orientadas a la acción que parecen ser las más adecuadas para las personas mayores porque no exigen remover de las profundidades recuerdos infantiles, este modelo del que hablamos es vascamente respetuoso con la edad: la fase de la vida es que el individuo se encuentre es irrelevante para comprender y cambiar sus conductas (Hernández, 2005).

Esta teoría conductual que se utiliza en otras edades puede ser aplicada a los pacientes ancianos, con la salvedad que el tiempo requerido para obtener el resultado esperado es mayor. Las técnicas de la terapia conductual ha llegado a la población séneca a través de los hospitales psiquiátricos, donde fueron utilizados en enfermos mentales, unas de las técnicas que han dado resultado en los adultos mayores ha sido la economía de fichas que tiene como finalidad de reducir o eliminar conductas anormales e implantar conductas apropiadas, de esta forma ha sido utilizada en pacientes ancianos para disminuir las conductas agresivas, el aislamiento y la apatía y para proporcionar las interacciones sociales, los autocuidados los hábitos y el control de esfínteres (Krassoievitch, 2014).

Todas estas técnicas han sido de gran ayuda para los pacientes adultos mayores ya que se adecuan a las necesidades que en ese momento de su vida requieren.

3.4.2 *Enfoque humanista*

Este enfoque terapéutico es tanto de los más aceptados para abordar en la terapia individual a el adulto mayor, por su flexibilidad, en la consulta el terapeuta se centra más en los problemas presentes del paciente mayor.

Las investigaciones en la teoría humanista se remontan a los primeros trabajos de Rogers, quien como investigador desarrolló estudios que se enfocaron primordialmente en evaluar la efectividad del proceso terapéutico, los motivos de consulta y los beneficios de la relación terapéutica Gómez (2006, citado en Pelaéz, 2013).

Rogers creyó que la variable primordial en la terapia es el clima terapéutico, si los terapeutas pueden ofrecer tres condiciones en sus relaciones con los clientes, de una manera que fenomenológicamente significativa para ellos tendrá lugar el cambio terapéutico las tres condiciones formuladas por él cómo primordiales para el movimiento terapéutico son la congruencia o autenticidad, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática (Lawrence, 2000, p.135).

Cada uno de estas condiciones que se mencionan hablan de que esta terapia está basada y dirigida hacia el paciente, una de las mayores contribuciones de Rogers fue esta la terapia centrada en el cliente.

El humanismo pone un particular énfasis en la intensidad de las experiencias vividas emocionalmente de los adultos mayores. Este tratamiento se basa en los logros de autodeterminación, la creatividad y la autenticidad de cada sujeto, es un encuentro en la que dos iguales (terapeuta y paciente) despiertan sus potencialidades adormecidas, situándose en el “aquí y ahora” y favoreciéndose la espontaneidad (Krassoievitch, 2014).

3.4.3 Enfoque psicoanalítico

Este enfoque ha reflejado el cambio de valores en nuestra sociedad y ha jugado un papel importante dentro de este cambio. Se ha revisado la teoría psicoanalítica de Freud debido a la importancia que tiene en la cultura de la sociedad y a su importancia en la terapia individual (Lawrence, 2000).

Menciona Pelechano (1996) el precursor del psicoanálisis Sigmund Freud baso sus estudios principales en el estudio de la medicina influido por la teoría de Darwin y trabajo en el laboratorio fisiológico de Brucke donde le concedieron premios, tiempo después en 1895 trabajo en una investigación psicológica con el Dr. Breumer con quien publico el Estudio sobre la histeria, punto de arranque para su teoría que nació en 1900 tras la publicación de La interpretación de los sueños.

Freud considera que el aparato psíquico estaba compartimentalizado en tres instancias (el ello, yo y super -yo), cada uno de las cuales cumple una función particular en la vida anímica, pero no tiene una localización biológica y material concreta (Pelechano, 1996).

El ello representa la fuente de toda energía pulsional, la energía para el funcionamiento de una persona originalmente reside en las pulsiones de vida y muerte o en los instintos sexuales y agresivos, que informan parte del ello. En su funcionamiento, el ello busca la liberación de la excitación la tensión y la energía. Opera de acuerdo con el principio del placer, la búsqueda del placer y la evitación del dolor, el ello busca liberación total e inmediata, tiene la característica de un niño mimado: quiere lo que quiere cuando él quiere, el ello no tolera frustraciones y no tiene inhibiciones, no muestra respeto por la realidad y puede buscar satisfacción inmediata (Lawrence, 2000, p.149).

El super yo se desarrolla durante la infancia con la internalización de las recompensas y castigos que recibe el niño por parte de sus padres y sus educadores, que le transmiten tanto sus concepciones morales como las de la sociedad en el que vive, el proceso denominado identificación a través del cual el niño adopta los comportamientos del padre o la madre. La internalización de todas las experiencias de forma gradual hasta llegar a un punto en el que el autocontrol reemplaza al control ambiental o paternal directo estando entonces el super yo completamente desarrollado (Pelechano, 1996, p.134).

El yo, la función del yo es expresar y satisfacer los deseos del ello y las demandas del super yo mientras que el ello opera de acuerdo con el principio de la realidad: el yo es capaz de separar deseos de fantasía, puede tolerar la tensión y los acuerdos y cambiar con el transcurso del tiempo, por consiguiente, expresa el desarrollo de las habilidades perceptuales y cognitivas, la capacidad de percibir más y de pensar en términos más complejos, por ejemplo: la persona puede empezar a pensar en futuro y en lo que es mejor a la larga. Todas estas cualidades contrastan con las

características de demanda no realista y poco cambiante del ello (Lawrence, 2000, p.149).

Freud propone seis mecanismos de defensa más utilizados por los sujetos, todos ellos tienen en común ser irracionales, inconscientes (el individuo no es consciente de estar utilizándolos) y falsifican o distorsiona la realidad Pelechano, (1996), que son los siguientes

Represión: El yo consigue mantener en el inconsciente aquellos pensamientos que causan ansiedad, impidiendo que lleguen a la conciencia.

Desplazamiento: Sustitución de la satisfacción de una necesidad reprimida por la satisfacción de otra necesidad más segura.

Identificación: Tendencia a aumentar los sentimientos personales valorados mediante la afiliación con otra persona, grupo o institución percibidos como ilustres, sacrificando la propia identidad.

Proyección: Se reprime algo que es verdadero para el individuo pero que causaría ansiedad si se reconociera como propio, y se proyecta en alguna otra persona como perteneciente a esa tercera persona.

Formación reactiva: Se reprime los pensamientos desagradables y se expresan los opuestos de forma extravagante y más intensa de lo normal.

Racionalización: Los pensamientos o conductas que pueden causar ansiedad se explica o justifica de forma racional: se minimiza lo deseado, pero no logrado y se maximiza lo logrado, aunque no deseado en un primer momento.

Regresión: La ansiedad producida por un conflicto o frustración motiva que se regrese a un estadio anterior de desarrollo, realizando la conducta que fue más apropiada en aquel estado anterior. (p. 138)

Este enfoque permite el acceso a diferentes materiales inconscientes del sujeto, de esa manera al hacer consciente lo inconsciente y tener un conocimiento más completo de los mecanismos sobre todo los que operan en él. El tratamiento psicoanalítico se enfoca en el discurso del paciente donde la meta principal se ha logrado cuando el paciente ha aprendido a utilizar el instrumento terapéutico que el analista le ha ofrecido y por lo tanto puede proseguir sin compañía la labor psicoanalítica (Krassoievitch, 2014).

3.5 Actividades que realiza el psicólogo con los adultos mayores

Las actividades que realizan los psicólogos son amplias, aclaran Rodríguez, Valderrama y Molina, (2010) que en el caso de la psicología, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea.

Por lo que la psicología es una ciencia gerontológica en el sentido tanto de que se dedica al estudio de la influencia del envejecimiento sobre las funciones y procesos psicológicos como de la relevancia de estos en el propio proceso de envejecimiento. Por todo ello, la Psicología y los psicólogos deben estar atentos a los retos que presentan este fenómeno a nivel mundial, a los planes y de estrategias de los Organismos Internacionales están dictando y, a su vez con base en todo ello, ha de proceder a la planificación de la formación actualizada y permanente, la investigación y las vías profesionales que de todo ello se deriva (Fernández, 2001).

Rodríguez et. al. (2010) refieren algunas de las tantas actividades que el Psicólogo realiza con los adultos mayores:

- Involucrar al adulto mayor en actividades de ocio y recreación,
- Diagnosticar las principales patologías del adulto mayor,

- Fomentar la práctica de actividad física específicamente la de ejercicios pasivos,
- Diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor,
- Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor enfrentarse a problemáticas cotidianas,
- Re conceptualizar el significado de la vejez y de la calidad de vida en las residencias,
- Fomentar el desarrollo de una alta autoestima y auto concepto,
- Prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva,
- Fomentar el crecimiento espiritual,
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencias,
- Promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente,
- Desarrollar la comunicación asertiva,
- Desarrollar estrategias de autoeficacia,
- Preparar al adulto mayor en técnicas de autocontrol emocional,
- Guiarlo en las habilidades sociales,
- Fomentar la adaptación ecológica y social del adulto mayor,
- Entrenamiento en técnicas para el mejoramiento de la memoria,
- Facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos en donde se desenvuelve el adulto,
- Acercamiento del adulto mayor a la muerte,

- Promover las vistas de voluntarios para los adultos mayores,
- Facilitar la interacción positiva con familiares y amigos,
- Promover la participación del adulto mayor en espacios de socialización,
- Desarrollar una comunicación asertiva entre el cuidador y el adulto mayor,
- Fomentar una relación estable entre el adulto mayor y su cuidador,
- Establecer contactos frecuentes con familiares,
- Desarrollar una interacción eficaz entre los adultos mayores y sus familiares,
- Entrenar a los familiares en estrategias de resolución de conflictos,
- Educar al adulto mayor con relación a los cuidados que deben tener frente a las diversas patologías,
- Desarrollar hábitos saludables en el adulto mayor,
- Entrenar en habilidades de relajación y respiración para hacerle frente a situaciones que producen tensión,
- Evaluar la salud mental del adulto mayor,
- Promocionar y prevenir la enfermedad. (p. 255)

3.6 Los desafíos que se enfrentan la psicología de la vejez (gerontopsicología)

Como se comentó en los últimos años ha ido creciendo la población de adultos mayores por lo que varias disciplinas se han encargado de investigar sobre ellos tales como: la Medicina, Gerontología, Sociología, Psicología, Antropología, entre otras tantas.

La psicología se ha involucrado directamente con esta etapa de la vida, donde se dirige a entender el comportamiento de los adultos mayores como también sus cambios cognitivos y el malestar emocional.

Los desafíos para los psicólogos son amplios, por lo que se tendría que hablar de algunas propuestas para poder así darle una mejor apertura a la psicología de la vejez:

Mielgo, Ortiz y Ramos, (2001) mencionan que se “debería ampliar el estudio sobre rol del psicólogo con personas mayores como también se debe potenciar la investigación aplicada por los psicólogos de mayores, así como la difusión social de esta. (p. 409)

Lo importante en la opinión de Fernández (2001) es tomar conciencia de todos esos hechos y tratar de actuar en distintos frentes:

1. Actualización de los planes de estudios universitarios para una sociedad que envejece
2. Investigación en el amplio abanico de temas y problemas relacionados con la vejez y el envejecimiento
3. Formación continua y especializada del psicólogo
4. Demostración de la importancia del rol del psicólogo en los distintos contextos gerontológicos, y muchas otras actuaciones derivadas. (p.280)

La psicología clínica es una rama bastante compleja donde su principal objetivo es ver, observar, tratar y entender los síntomas y signos que el sujeto presenta, donde en cada etapa del ser humano se muestran conflictos psíquicos que llegan a afectar la parte psíquica del sujeto, en la vejez como en las otras etapas de vida se presentan situaciones emocionales que afectan al adulto mayor.

Donde el rol del psicólogo clínico se muestra como la profesión que se encarga de la salud emocional y psíquica del paciente, y la psicología de la vejez y dada la importancia que se tiene a la adultez que existe una especialización llamada

Psicología de la vejez que aún es muy joven, donde su principal objetivo es abordar y hablar de la vejez.

Los psicólogos, han propuesto terapias que puedan ayudar a las personas adultas, en sus pérdidas o duelos, por lo que las terapias dirigidas a los adultos es necesaria, algunas teorías como las que se mencionan en este trabajo aportan ideas con el fin de ayudar, pocos son los enfoques que se han dedicado a esta etapa de la vejez uno de esos enfoques es el psicoanálisis, que muestra una manera más adecuada de abordar los problemas psíquicos del paciente anciano.

3.7 Una propuesta para la construcción de una terapia psicoanalítica dirigida a los adultos mayores

Los enfoques más destacados por su flexibilidad en el trabajo con pacientes, son el psicoanálisis y conductismo, el psicoanálisis muestra ser un enfoque que puede ser aplicado en a la terapia con adultos mayores, siendo que algunos autores como Abram y Col (1980, citado en Krassoievitch, 2014) menciona que “la actitud del psicoanálisis con la vejez ha sido ambigua”. (p.64)

El motivo por el cual hacer una intervención clínica a los adultos mayores, es porque se vive en un mundo que envejece día con día y donde pronto serán los adultos mayores la población más extensa en el país. El psicoanálisis por su parte ofrece una perspectiva a nivel clínico diferente con aportaciones enfocadas al aparato psíquico del individuo, los terapeutas o psicólogos clínicos hoy en día se han enfocado en tratar a niños, adolescentes y adultos a nivel terapia y con respecto a la vejez, muy pocas veces se le ha brindado una terapia enfocada a ellos, si bien:

Freud había expresado que después de los 50 años de edad las estructuras psicológicas se rigidizan y no podía haber un avance a nivel psíquico, por lo que la acumulación de material psíquico dificulta ya su manejo, el tiempo necesario el restablecimiento resulta ya demasiado largo y la facultad de su nuevo curso a los procesos psíquicos comienza a paralizarse (Hernández, 2005, p.90).

Tiempo después el mismo Freud habría desmentido lo expresado “en 1903 y 1904 ya que el mismo empezó a tratar pacientes mayores de 50 años y empezó a proceder a su autoanálisis hasta el final de su vida” (Krassoievitch, 2014, p.54).

3.7.1 *Amenazas al yo en el adulto mayor*

Un punto muy importante que abordar es el yo en el adulto mayor, se sabe que el yo es el encargado de regular todas las amenazas del ello y del súper yo en toda persona, y que al mismo tiempo se considera al yo como la instancia del aparato psíquico, entonces qué pasa con el yo del adulto mayor, “el yo empieza a operar de manera diferente, ya que en el envejecimiento por sus características biopsicosociales representan una amenaza para la integridad y el buen funcionamiento del yo”, Krassoievitch (2014, p.56), el yo es un campo de batalla donde se resuelven las luchas entre el ello y superyó ha de satisfacer de forma efectiva los deseos del ello y que no violen los valores, el yo debe pensar, solucionar problemas, tomar decisiones y controlar las acciones de la persona. Sin embargo aunque parezca por lo anterior que es lo más importante lo cierto es que el yo tiene un mínimo papel decisorio a las ordenes siempre del ello, superyó y mundo externo. (Pelechano, 1996).

Señalemos que en primer lugar, en el anciano la energía psíquica en términos de energía del yo ha sufrido una merma, en otras palabras el yo dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios problemas y conflictos que se representan en el mundo externo e interno, este hecho tiene por lo menos tres consecuencias: (Krassoievitch, 2014).

1. Posible insuficiencia de los mecanismos de los mecanismos psicológicos de defensa habituales; la angustia se hace entonces invasora e intensa y puede precipitar una descompensación.
2. Al disponer de menor energía el aparato psíquico tiene que atender algunos asuntos considerados más urgentes en detrimento de otros. Es decir, los mecanismos para preservar el equilibrio operan en forma sucesiva en lugar de hacerlo simultáneamente. Este hecho, además de llevar en ocasiones la

descompensación, con frecuencia refuerza exageradamente algunos de estos mecanismos sobre todo los que los que requieren mayor energía para su funcionamiento como podrían ser los de tipo obsesivo.

3. Contraste entre las fuerzas biológicas que siguen presentes y, a veces, incluso están aumentadas, y los recursos para satisfacerlas que, en general, están disminuidas. A su vez, este aspecto puede llevar a utilizar profusamente los mecanismos protectores, en especial aquellos que refuerzan la presión. (p.69)

Cada proceso y funcionamiento genera un gasto de energía para el adulto mayor, es decir que en ellos se inhibe la gratificación de alguna pulsión, esto pasa muy a menudo porque empiezan a observar que poco a poco se están acercando a la muerte y esto les resta el impulso de seguir viviendo, todo esto se ve afectado con la pérdida gradual de algún funcionamiento físico y cognitivo aunado a las exigencias que ellos mismos se imponen, suelen exigir compañía y incluidos en su familia o en la sociedad misma, todo esto termina siendo muy exhausto a nivel energía psíquica empiezan a sentirse cansados, aburridos, la manifestación que esto ocasiona hacen que dé como resultado el surgimiento de la angustia la cual es una amenaza para la integridad del yo.

La angustia es la condición del hombre en el mundo, a diferencia del miedo que es siempre miedo a alguna cosa determinada, la angustia no se refiere a nada preciso, si no que designa un estado emotivo de la existencia humana que no es una realidad, sino una posibilidad, en el sentido de que el hombre se convierte en lo que es, basándose en las elecciones que efectúa y en las posibilidades que realiza, pero presenta la posibilidad de sí como la posibilidad de un no, por lo que el hombre ésta siempre expuesto a la nulidad posible de aquello que es posible, y por lo tanto a la amenaza de la nada, (Galinberti, 2009).

Por lo tanto la angustia es un estado doloroso que no se tolera por mucho tiempo y van surgiendo los mecanismos de defensa, su función de ellos es impedir controlar la angustia. La angustia esta por lo tanto muy presente en el anciano y va en

aumento por las percepciones dolorosos referentes a las declinaciones de funciones y capacidades, así como las proximidades de la muerte, todo esto hace que existan tres tipos de hechos: (Krassoievitch, 2014).

1. La pérdida de cualquier índole, desde la perdida personal (muerte del conyugue enfermo) hasta la perdida de la autoestima (por lo declinación propia del envejecimiento).
2. El ataque que consiste en cualquier agresión externa capaz de producir una herida con el consiguiente dolor.
3. La restricción que resulta de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de los impulsos y deseos. (p. 60)

Como se mencionó los mecanismos de defensa son todas aquellas operaciones puestas en marcha por el inconsciente para protegerse de la angustia, ciertos mecanismos son más recurrentes en la vida del psiquismo del adulto mayor, hace que su dinámica se vuelva diferente, unos de los mecanismos de defensa que son destacados a esta edad son la *negación*, *regresión*, *retramiento* *proyección*, esto quiere decir que no por eso los demás no suelen estar presente en la psique del adulto.

En Krassoievitch, (2014), La negación, en “el envejecimiento se presenta en que tanto el hombre como la mujer van hacer enormes esfuerzos por mantener una apariencia juvenil por medio de vestimentas o cirugías plásticas” (p.88) y lo más frecuente que se observa es la negación de la muerte de un ser querido, esto suele ser muy recurrente en el adulto ya a esa edad han pasado y vivido por pérdidas significativas, recordando que cualquier pérdida en la vejez provoca un ajuste en lo psíquico esto produce que todo adulto que enfrenta un pérdida recaiga en un duelo, esto quiere decir que cualquier tipo de falta o pérdida por ejemplo: el trabajo, la jubilación y la ausencia de algún ser amado va experimentar sentimientos desagradables o la angustia misma.

Regresión, “este mecanismo de defensa se observa a un sujeto muy egocéntrico, preocupado por sí mismo y por su cuerpo y despreocupado por el mundo entero Krassoievitch (2014, p.88), pero si bien esto se puede observar en los primeros años de la vejez ya que posteriormente se ve a un individuo con pocas ganas de salir o preocupado por sí mismo, en ocasiones ante situaciones de mucho stress se presentan regresiones mayores o dramáticas como los berrinches y pérdida de hábitos de alimentación e higiene, existe una dualidad propia del envejecimiento dado que el anciano no logra aun psíquicamente comprender la pérdida gradual de la memoria y esto logra hacer que el anciano se frustre y en tristeza por tales motivos la única manera para exigir atención del cuidador o de algún otro familiar o hacer en cuenta que aún pueden valerse por sí solos recurren a esto, a lo más primitivo de la infancia que en su momento era cubierta por los padres.

En “el retraimiento el anciano se aleja de los demás y se aísla por sufrir sentimientos de vergüenza y de inadecuación” Krassoievitch (2014, p. 89), este asilamiento que tiene es porque siente que sus funciones físicas como la de la escucha se van deteriorando y se sienten incómodos, por estar preguntando recurrentemente lo que otra persona acaba de expresar, el adulto mayor comienza a sufrir una frustración y tienen pensamientos de que ellos no son dignos de un afecto o estima.

La proyección es utilizada en el anciano para desembrazarse de la angustia ante las propias deficiencias, este hecho es bastante claro en la afirmación, característica en algunos viejos “los hombres de ahora no son como los de antes; antes eran mejores, más diestros” Krassoievitch (2014, p.89). Esto denota entre palabras veladas que ya no cuentan con las mismas capacidades de antes y que ahora en la actualidad sus capacidades han disminuido notablemente en lo cognitivamente y físicamente, por lo tanto se vuelven más hostiles y agresivos, estos sentimientos les provoca sentimientos de culpa o atribuirle a los demás esas culpas.

El optar por uno o más mecanismos de defensa para disminuir la angustia del anciano, dependerá de gran forma de los diversos factores, como las características individuales y las circunstancias del momento, ya que hasta el mismo yo, tiene sus

preferencias, ya que los mecanismo que el sujeto escoge inconscientemente con más frecuencia tiende a repetirse de manera mecánica y llega a convertirse en un habito que integra la personalidad del individuo; Freud por su parte menciona que los mecanismos de defensa que son más frecuentes y que menciona en sus ensayos son la condensación y el desplazamiento, por lo que nos hace ver que cualquier otra acción que el adultos o sujeto presente para actuar directamente y reducir la angustia debe ser tomado en cuenta para su análisis

Una parte muy importante en esto es que en la adultez las experiencias de las pérdidas son una constantes en la vida del adulto mayor (los duelos), los daños del yo que ha sufrido no permiten elaborar de manera adecuada la situación, todo esto pasa muy a menudo, pasa que los ancianos se enfoquen en nuevas actividades objétales que de alguna forma le ayuden al adulto a la elaboración de su yo, (a disminuirla angustia) esto hace que los mecanismos de defensa surjan y que le permitan al anciano estimular algunas situaciones vivenciales inconclusas del pasado que no fueron resueltas en su momento por ejemplo el fracasos con los hijos en su forma de educarlo y que no lo quieren volver a repetir esto hace que se hagan cargo de los nietos para no repetir la misma situación.

3.7.2 Tratamiento psicoanalítico y vejez

Los problemas clínicos de las personas en proceso de envejecimiento, se involucran con el sufrimiento y malestares íntimos por las pérdidas aparentes y reales ocurridas a lo largo de su vida permiten que se pueda dar paso a un tratamiento psicoanalítico, recordando que el cuerpo requiere de una escucha e inclusión de los malestares psíquicos, si bien como se menciona al principio de este apartado el mismo Freud afirmaba que era casi imposible el tratamiento dirigido al adulto mayor desde el psicoanálisis, por lo tanto el psicoanálisis se enfrenta a un reto mayor ya que al existir un cuerpo que habla hay un cuerpo que necesita ser analizado y es al caso de la misma vejez.

Cuando en 1895 Freud publica en colaboración con Breuer. Estudios sobre la histeria, da comienzo a los inicios del movimiento psicoanalítico a partir de una

nueva técnica que se abría paso ante la enfermedad neurótica que se alejaba de la sugestión y de la hipnosis, a partir de esta piedra fundacional, la cura por la palabra, obligaron a lo largo de la historia de todo el movimiento psicoanalítico a definir su marco de intervención y al mismo tiempo que se constituía como una disciplina inédita. (Barreira, 2013)

Recordado esto, Todos tienen un cuerpo hablante, que expresa relatos, historias que se habitan y en ellos la palabra se constituyen desde que se nace hasta que se muere se es cuerpo y narración, en este sentido es posible una análisis. Marcelo Viñar (2007, citado en Fernández 2007) menciona que “el psicoanálisis es esencial”, la escucha de la narración de una historia es siempre un momento re-creativo que permite la articulación o transformación de lo vivido en experiencia a través de la re-elaboración. Tomando la idea de Viñar los adultos mayores tienen mucho que hablar que contar por la vasta experiencia de vida que tienen, esto conlleva a que anciano de 60 años o más quiere ser escuchado, quizás si por los hijos o familiares que lo rodea pero más bien quieren ser escuchados por alguien que no los juzgue que los entienda y que comprenda su forma y estilo de vida que tienen.

En Freud, (1917) se plantea que “el análisis es semejante a un partido de ajedrez: solo los inicios y las salidas pueden estar altamente sistematizadas” (p. 258) Lo que esta analogía pretende es dar cuenta de la inconmensurabilidad de la clínica psicoanalítica. La singularidad de cada paciente hace que cada tratamiento tenga un valor único en sí mismo en la medida que no se puede anticipar qué va a suceder a lo largo de la cura, esto es, la manifestación de la transferencia, las asociaciones, las resistencias, etc (Barreira, 2013).

Menciona Freud (1914, citado en Klein, 2014) que los analistas deben realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado, se dispone a librar una permanente lucha con el paciente a fin de retener en un ámbito psíquico todos los impulsos que él querría guiar hacia lo motor, y si consigue tramitar mediante el trabajo del recuerdo algo que el paciente preferiría descargar por medio de una acción.

3.7.3 *Método Psicoanalítico*

Los métodos ocupados por Freud con sus pacientes son: la asociación libre, interpretación de los sueños, los mismos que pueden ser empleados por su flexibilidad en la terapia psicoanalítica para los adultos mayores siendo que el inconsciente no cuenta con un tiempo o edad predeterminada para ser analizada bajo este enfoque.

La persona que comienza a envejecer enfrenta una serie de cambios progresivos que se dan conjuntamente a nivel del cuerpo, la mente y la trama de vínculos sociales, por lo que el espacio analítico para el adulto mayor se vuelve entonces un espacio íntimo, espacio relacional, espacio de búsqueda y creación, espacio de elaboración, transferencia mediante, que recompone las posibilidades de volver a representar. Se trata de un espacio de palabra y afecto en un encuadre protector que inhibe el actuar y permite modificar la esterilidad del síntoma (Fernández, 2007).

Freud por su parte introdujo el diván a sus terapias y menciona que las resistencias como la transferencia van a ser lo más importante para lograr un análisis dirigido al sujeto, por tanto siguiendo esta línea de Freud, el análisis dirigido hacia el adulto mayor es viable para el tratamiento de los síntomas y malestares que tiene el adulto tomando en cuenta que el análisis para ellos sería rápido y apresurado en cuanto a tiempo se refiera ya que para los adultos lamentablemente su tiempo de vida se acorta (Barreira, 2013).

3.7.4 *Transferencia*

Según Freud, el análisis en la medida en que se convierte en objeto de transferencia del paciente, también experimenta un conjunto de reacciones inconscientes. Los mecanismos psicológicos activos en los pacientes sometidos a una forma de sufrimiento mental pueden considerarse una extensión de los procesos típicos de funcionamiento fisiológico de la mente humana (Paciuk, 2007).

El análisis enfocado al adulto mayor y la diferencia que reside a comparación con otra etapa de la vida es que en el modo en que se imparte el análisis debe ser de manera rápida y que con el mismo principio que se inicia un análisis, debe existir un trasferencia del paciente al analista, de este modo la transferencia que evoca el anciano al terapeuta se convierte en una parte fundamental y compartida para que exista el proceso de curación en el adulto mayor, es el resorte que empuja al paciente a cooperar permitiendo que exista emociones y pensamientos olvidados pero importantes en el anciano y donde la principal causa es la demanda y el deseo que se sostiene de ser escuchado por alguien más, mencionado que la transferencia en el instrumento más potente que posee el analista, ya que le permite sacar a la luz situaciones del pasado y recuerdos que producen efecto en el presente.

3.7.5 Interpretación de los sueños

Los sueños representan un material psíquico de inestimable valor para una comprensión más completa, integra y profunda del inconsciente, los sueños poseen gran significado coherente que puede comprenderse mediante un método de interpretación adecuado, el sueño es un jeroglífico que oculta una representación del inconsciente que expresa deseos, sobre todo de naturaleza sexual que se censura por considerarse inaceptables, puede también estar formado por recuerdos, fragmentos de hechos reales, o situaciones vividas por el paciente (Pelechano, 1996).

Todo individuo tiene un manifiesto onírico que se puede interpretar en análisis y que pretende descubrir los actos inconscientes que están velados en cada sujeto, este hecho no cambia cuando el anciano pretende entrar a terapia, los contenidos latentes inconscientes dependerán en gran medida del anciano, los sueños de los adultos mayores sirven de pronóstico y ayuda en el tratamiento psicoanalítico, la gran mayoría de los ancianos sigue soñando, sigue teniendo contenidos sexuales latentes no expresados y reprimidos, el reto es que los ancianos hablen de sus sueños ya que toman una actitud más reservada para expresar y abordar temas más íntimos que les causa conflicto, esto pasa con más frecuencia cuando tratan de hablar sobre su sexualidad aún latentes y que puede un tanto conflictual el

presente del longevo, menciona Krassoievitch (2014) que “es probable que exista un prejuicio con respecto a la actividad onírica de la senectud, ya que de otra manera resultaría inexplicable el poco interés que los psicoanalistas han mostrado hacia ella. (p.74)

De esta manera se encuentra que la interpretación de los sueños es una ayuda en la psicoterapia o análisis en el anciano, y brinda la oportunidad de obtener información valiosa para que logre encontrar la verdad de ciertos problemas que aún no ha resuelto.

Existen otras tantas técnicas como puntos de vista y crítica sobre la terapia psicoanalítica, si bien el impartir una terapia logra ser compleja, aun se hace más compleja la situación de abordar la senectud y desde este enfoque que trabaja periodos de tiempo largos para lograr una mejora en la calidad de vida del paciente, no es por lo tanto imposible el hacer una terapia enfocada a los adultos mayores que le permita hablar y expresar la angustia o cualquier otro malestar que le causa conflicto al adulto, es saber que ellos tienen cosas que decir que opinar y que resolver en terapia este trabajo pretende proponer una terapia dirigida a ellos, con el fin de ver y analizar los mismos métodos y técnicas que se ocupan en cualquier edad son viables también para los ancianos esta terapia psicoanalítica pretende de una escucha activa que habilite exponer la propia historia del sujeto (con sus aspectos reprimidos y separados) y reconcilie al sujeto el deseo propio en un cuerpo débil y mortal, como el de todos, dirigido a la responsabilidad que cada uno tiene respecto a sus acciones.

Conclusiones

Este trabajo parte de la realidad en la que se vive actualmente, donde el hablar de la vejez es pensar en la cúspide de la vida, es donde se obtienen logros y pérdidas, es una etapa con carencias y duelos, las personas que logran llegar a esta fascinante edad que empieza a los 60 años de edad, experimentan signos y síntomas de un proceso de envejecimiento con esto se quiere señalar que comenzaran cambios físicos, socioculturales y psicológicos notables tanto para el como para los que conviven con él y que todo esto le afectarán de manera notable e irreversible en la calidad y dinámica de vida que han llevado.

Estos cambios como se menciona son parte importante de este proceso de envejecimiento que va a ser gradual en el anciano observando que estas complicaciones de alguna manera van a afectar de manera significativa la historia de vida ya que los sucesos por los que han pasado, con todo esto provocara que se desencadenen problemas psíquicos más allá de las enfermedades psiquiátricas propias de la edad, en específico se resalta en la investigación las pérdidas que sufren los adultos de cualquier tipo llámese de tipo social (jubilación) o perdidas la muerte de algún ser querido, mencionando que cualquier de estos problemas hacen que en el anciano tenga sufrimiento.

Es importante darse cuenta que a esta edad es muy común las pérdidas que van surgiendo o que ya pasaron, no solo las más notables por sentido común que son las pérdidas (la muerte del conyugue, muerte, de hijos) que son importantes, hay que darle importancia también a aquellas que no son tan notables y son las perdidas por deterioro de algún funcionamiento cognitivo o físico esto quiere decir que cuando el anciano empieza tener u deterioro físico como el de oído recurre a aislarse de los demás y por consecuencia empieza a sentirse mal, esto ocurre por lo regular cuando se va perdiendo algún sentido o alguna función y es cuando se habla de una perdida dentro del proceso de envejecimiento que da como resultado un malestar a nivel psíquico (inconsciente), recordando que por cada perdida que exista se hará un duelo necesario para resolver o elaborar su situación.

Por lo que el hablar del envejecimiento y vejez es mencionar sin duda de las pérdidas o duelos por los cambios ocasionados por la misma vejez.

Otro punto de importancia para esta investigación es la labor de la psicología clínica, principalmente las funciones que realiza el psicólogo para enfrentar esta realidad latente en este proceso de envejecimiento y que radican en la investigación, evaluación, diagnóstico y un posible tratamiento para el paciente, se resalta aquí un punto importante que para hacer clínica y dar un tratamiento es conveniente el practicar o dar una terapia, es la terapia que logra ayudar al anciano y a su sufrimiento, de esto surge la perspectiva de abordar técnicas que auxilien al tratamiento del adulto mayor por lo que la terapia propuesta para abordar este tema de interés es el psicoanálisis como el más óptimo por su naturaleza y sus resultados en el malestar y sufrimiento que presentan los ancianos, por todos los prejuicios involucrados en otros enfoques terapéuticos, y el poco interés presentado a esta etapa el psicoanálisis se propone como enfoque una alternativa más para la clínica.

El psicoanálisis por su misma naturaleza teórica da una perspectiva basada en que todos los sujetos de cualquier edad pueden sin duda ser aptos a una terapia desde el enfoque psicoanalítico, ya que menciona que si hay un sujeto hay palabra hay inconsciente y esto no dependerá de la edad que se tenga ya que esto no es factor para no poder brindar una terapia a un adulto mayor, ya que reconoce que en la vejez el sujeto puede también ir a terapia siempre que exista un deseo por ir a analizarse y en caso de esta etapa aún existe ese deseo que los mueve para ir a terapia.

El crear una terapia dirigida a la vejez desde la teoría psicoanalítica es posible ya que el psicoanálisis aporta de una manera diferente un tratamiento donde la expresión vivencial, permitirá la construcción de otros sentidos que incluyen el analizar algo de lo inconsciente del anciano su historia y el presente de él y un futuro un tanto incierto, conlleva por lo tanto una ardua tarea para el analista donde se encuentra un sujeto con un sufrimiento que necesita ser también escuchado por el otro, se propone ver al anciano desde el psicoanálisis como una persona que su larga vida tiene latente síntomas como deseos por alcanzar como también deseos

reprimidos que lo llevan a angustiarse como cualquier otro sujeto pero lo que se puede resaltar en esto es que la angustia del anciano va dirigida por lo regular a situaciones no resueltas en su momento, sino también a comparación de las otras etapas los adultos mayores muestran un poco más de resistencia en la terapia un tanto por los mecanismos que ellos exponen hacen que haya una modificación de la psique en el anciano que pretender entender todos los cambios que no logra percibir por las historias y forma de vida que se han arraigado en él, recordando que el psicoanálisis es una clínica del sujeto, y como tal cuestiona la forma particular en que cada sujeto sufre, Es decir que, para el psicoanálisis, lo que está en juego en el sufrimiento del ser hablante.

El trabajo que realiza en terapia el psicoanalista hace con los ancianos es que el propio adulto mayor logre elaborar y renuncie a ciertos mecanismos de defensa que se ha creado y que en el mismo acto de hablar encuentre una reconciliación al joven con el viejo y logre cambiar su presente ya que tiene la capacidad aún de transformar la realidad (su realidad) y producir nuevas realidades tanto como socioculturales arraigadas, y resolver sus duelos y hacer nuevas cosas de los que aún le resta por hacer y comprender por las cosas que no se harán y responsabilizar al anciano de sus actos y acciones,

Con referencia a los duelos, pérdidas, o la misma melancolía, la manera más adecuada para resolver este conflicto psíquico, es elaborar, si hacer consiente lo inconsciente, hacer que la persona se dé cuenta de lo está sucediendo, recuperar la capacidad de amar en el sujeto, que propio sujeto pueda depositar su libido, su deseo en otros objetos o en mundo exterior (proyectos).

Con base en lo anterior se concluye que los adultos mayores necesitan de un espacio para hablar de los problemas que le afligen de cualquier tipo, pero como se menciona en el trabajo su motivo principal es tratar los duelos y pérdidas constantes en la vida de adulto, y que la posibilidad de una construcción de una terapia dirigida a la vejez desde la teoría psicoanalítica, es posible ya que esta teoría brinda una atención completa con el fin de mejorar los últimos momentos de vida que tenga el

adulto mayor y sobre todo fomentar una vida lo más digna posible a esta edad tan maravillosa que es la vejez, dejando como punto final .

BIBLIOGRAFÍA

- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 12 (2), 365-369.
- Barreira, J. (2013). Reflexión sobre análisis y la pasión del analista. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 8 (28), 41-71.
- Bordignon, N. (2005, julio). El desarrollo de Eric Erikson: El desarrollo exigente del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2 (2), 50-100.
- Buela, C., Sierra, J. & Carrobbles, J. (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27 (1), 25-40.
- CIE-10. (1994). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid España: Panamericana.
- Consejo Nacional de Población. (2010). *Cuadernillo dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf
- Coon, D. (2001). *Fundamentos de Psicología*. México: Thomson Learning, S.A.
- Craig, G. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- D'Hyver, C. (2006). Proceso de envejecimiento. En D'Hyver, C & Gutierrez, Robledo (Eds.) pp. 107-124. México: Manual moderno.
- Douglas, A. & Michael, T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica: Conceptos Métodos y Aspectos de la Profesión*. México: McGraw-Hill.
- Eisemberg, F. (1993). *Psicología General: Un Enfoque General*. México: Agt Editor, S.A.

- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México: Pearson Education.
- Fernández, B. (2001). Psicología y Envejecimiento: Retos Internacionales en el siglo XXI. *Revista Psychosocial Intetvention*. 10 (3), 277-284.
- Freud, S. (1917) Tomo XIV. *Contribución a la Historia del Movimiento psicoanalítico: Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galimberti, U. (2009). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo Veintiuno S.A
- González, E. (2000). *Psicología del Ciclo vital*. Madrid: CCS.
- Gross, R. (2012). *Psicología: La ciencia del Desarrollo y la Conducta*. México: El Manual Moderno.
- Gutiérrez, L. (1999, enero). El proceso de envejecimiento humano: Algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles Poblacionales*. 5 (19), 125-147.
- Hernández, Z. (2005, julio). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 7 (2), 79-100.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Resultados definitivos de la encuesta intercensal 2015*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales_2015_12_3.pdf
- Jurado, Á., Mataró, M. & Roser, B. (2013). *Neuropsicología de las Enfermedades Neurodegenerativas*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Kail, R. & Cavanaugh, J. (2011). *Desarrolló Humano: Una perspectiva del Ciclo Vital*. México: Cengage learning.
- Klein, A. (2014). El concepto de Cura en la Perspectiva Freudiana. *Revista Fundación Universitaria los Libertadores*. 9 (2), 25- 60.

- Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de cultura económica.
- Landinez, N., Contreras, V. & Castro, V. (2012, octubre). Proceso de envejecimiento: ejercicios y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38 (4), 562-580.
- Lawrence. A. (2000). *Personalidad: Teoría e Investigación*. México: El manual Moderno
- LeFrançois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson
- Lozano, D. (2011, julio). Concepción de vejez: Entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 13 (2), 89-100.
- Malacara, J. (2003, enero). El enigma de la diabetes Mellitus tipo2. *Acta Universitaria*. 13 (1), 5-17.
- Mielgo, C., Ortiz, M & Ramos, N. (2001). El Rol del Psicólogo que Trabaje con Personas Mayores: Definición y Desarrollo Profesional. *Revista Psychosocial Intetvention*. 10 (3), 395- 409.
- Mietzel, G. (2003). *Claves de la Psicología*. España: Herder.
- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*. 20, 1-13.
- Moraleda, M. (1999). *Psicología del Desarrollo: Infancia Adolescencia y Senectud*. México: Alfaomega.
- Moreno, Y. & Verjan P. (2009, octubre). Programa de envejecimiento saludable. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(4), 207-211.
- Morris, G & Maisto, A. (2011). *Instrucción a la Psicología*. México: Pearson Educación.

- Paciuk, S. (2007). Recordar, Repetir, Elaborar: Fondo de la Memoria. *Revista Universidad Uruguaya de Psicología*. 4 (28), 192-2012.
- Papalia, Olds y Feldman (2010, 11ª, Ed). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Peláez, M. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: la investigación en psicología humanista. *Revista Psicología desde el Caribe*. 30 (2), 416-448.
- Pelechano. V. (1996): *Psicología de la Personalidad*. Barcelona; Ariel, S.A.
- Rodriguez, U., Valderrma, O & Molina, L. (2010, junio). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. *Revista Psicológica desde el Caribe*. 25, 246- 258.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo: El ciclo Vital*. Madrid: McGraw Hill.