

**Experiencia práctica con un grupo terapéutico de la “tercera edad”**

**Ana María Calcagno**

**Práctica Profesional V**

**Coordinadora: Denise Benatuil**

**Licenciatura en Psicología**

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

*Ana María Calcagno*

<b><u>EXPERIENCIA PRÁCTICA CON UN GRUPO TERAPÉUTICO DE LA “TERCERA EDAD”</u></b> .....	<b>1</b>
<b>ANA MARÍA CALCAGNO</b> .....	<b>2</b>
<b><u>PREFACIO</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>1.INTRODUCCIÓN</u></b> .....	<b>3</b>
<b>EL CENTRO DE ESTUDIOS GRUPALES</b> .....	<b>4</b>
CONSULTORIOS EXTERNOS.....	4
HOSPITAL DE DÍA.....	5
ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	6
EMERGENCIAS.....	6
LOS PACIENTES.....	6
<b><u>2.DESARROLLO</u></b> .....	<b>7</b>
<b>MI EXPERIENCIA EN LA INSTITUCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>EL GRUPO DE LOS MIÉRCOLES</b> .....	<b>8</b>
<b>LAS PARTICIPANTES</b> .....	<b>9</b>
<b>¿DEPRESIÓN?</b> .....	<b>10</b>
<b>EL INGRESO A LA VEJEZ</b> .....	<b>11</b>
<b>EL CUERPO</b> .....	<b>12</b>
<b>LOS DUELOS</b> .....	<b>14</b>
<b>AUTOCONCEPTO E IDENTIDAD</b> .....	<b>17</b>
<b>ILUSIÓN DE CONTROL</b> .....	<b>19</b>
<b>MOTIVACIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>PERCEPCIÓN</b> .....	<b>22</b>
<b>HACIA EL CAMBIO</b> .....	<b>24</b>
<b><u>3.CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>25</b>
<b><u>4.AUTOEVALUACION</u></b> .....	<b>26</b>
<b><u>5. BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	<b>28</b>

<b>APÉNDICE.....</b>	<b>31</b>
<b>GUÍA DE PAUTAS PARA LAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>31</b>
<b>DESGRABACIÓN DE LA ENTREVISTA EFECTUADA DURANTE EL MES DE OCTUBRE EN EL CENTRO DE ESTUDIOS GRUPALES.....</b>	<b>32</b>

## **PREFACIO**

En el presente trabajo relataré la experiencia realizada en el área asistencial de un Centro de Estudios como parte de las condiciones estipuladas para obtener el título de la Licenciatura en Psicología Clínica. Estos requisitos están fijados por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo y consisten en una práctica activa de 320 horas y un informe integrador de la experiencia.

Esta práctica tuvo lugar durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2002. Durante su transcurso pude participar de distintas actividades en la Institución mencionada. Aunque para esta tarea he decidido focalizar en lo actuado con uno de los Grupos Terapéuticos, este informe pretende condensar el resultado de la totalidad de la experiencia.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La elección del Centro como lugar del Practicum fue motivada principalmente por la primera experiencia que tuve en la Institución en ocasión de cursar Pasantías II. En esa oportunidad pude asistir a entrevistas de admisión y participar en las actividades de un grupo terapéutico bajo el formato psicodramático.

Ambas experiencias fueron muy movilizadoras y me mostraron el contraste entre mis fantasías acerca de la actividad terapéutica y el trabajo en concreto.

Más allá de la experiencia práctica en sí, al momento de la elección de mi inclusión han pesado seguramente distintas razones. Algunas de ellas, y ciertamente las más importantes, son las que tienen que ver con una determinada manera de trabajar. Creo firmemente en que la calidad del vínculo entre los individuos debe ser tenida en cuenta en todas las relaciones, y en especial cuando se trate de una relación terapéutica. Este modo de relación fue el que me atrajo de las personas que trabajan en el Centro. No podría afirmarse que la dedicación que ponen en su tarea sea producto de una recompensa pecuniaria, por el contrario, los problemas financieros no son un conflicto menor. No atienden a un grupo privilegiado de la Ciudad de Buenos Aires y sin embargo

lo atienden de una manera privilegiada, cubriendo las carencias con creatividad y dedicación.

Por estas razones, diré que cuando se me dio la posibilidad de elegir **mi** lugar para la práctica no tuve dudas: sería en **ese** lugar.

### ***El Centro de Estudios Grupales***

El Centro se encuentra en la Ciudad de Buenos Aires. En un departamento de la planta baja del mismo edificio tiene su asiento el Hospital de Día, destinado al tratamiento de pacientes con psicosis crónica.

Las actividades desarrolladas en el Centro tienen que ver con la docencia, investigación y asistencia en salud mental.

En cuanto al área asistencial, atiende a afiliados del INSSJP (Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) PAMI, de la Obra Social del Congreso de la Nación (DAS, Dirección de Ayuda Social del Congreso de la Nación), al Personal Superior de Mercedes Benz y a pacientes privados.

En los Consultorios Externos se hacen las admisiones de nuevos pacientes, los tratamientos psicoterapéuticos individuales, familiares o grupales y el seguimiento y control de medicación de los pacientes psiquiátricos.

El Hospital de Día, que funciona de 9 a 13 horas, es el ámbito donde se realizan actividades con los pacientes con diversos tipos de psicosis. Se trabaja con las personas que han sufrido una o varias internaciones con el objetivo de controlar el efecto de la medicación, seguimiento psicoterapéutico en el formato grupal y actividades complementarias. Estas actividades, tales como Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Arte y Habilidades Sociales contribuyen a la organización personal del paciente así como a su rehabilitación para un mejor desempeño en el ámbito familiar y social. Se fomenta activamente el mayor grado de independencia posible para que los pacientes puedan desarrollar sus habilidades más allá del etiquetamiento de “enfermo mental”.

En este lugar pude colaborar con el Lic. Marano en la coordinación del Grupo de Terapia de los días jueves. Esta ha sido una experiencia especialmente interesante, ya que era la primera vez que se me estaba dando la posibilidad de contactarme con este tipo de patologías. Esto me sirvió tanto para reforzar los

conocimientos adquiridos teóricamente como para cuestionarme algunos de ellos. Es cierto que los conceptos de la terapia tradicional (cualquiera sea la teoría que la sustente) no pueden ser aplicados sin más en este tipo de cuadros, pero no es menos cierto que los efectos de la labor terapéutica que se lleva a cabo en este lugar son altamente satisfactorios.

Aunque la tarea puede ser desgastante y a veces agotadora es muy reconfortante comprobar los resultados del esfuerzo. Más allá de las individualidades es palpable un sentimiento de pertenencia en cada uno de los pacientes que consideran al Hospital de Día como una parte importante de su rutina diaria. Considero que es en este lugar donde el concepto de psicoeducación se materializa ya que la tarea es fundamentalmente activa y los efectos de las intervenciones pueden ser monitoreados diariamente.

## ***Los pacientes***

Se atiende a los pacientes derivados por el respectivo médico de cabecera, por otros especialistas (neurólogos, cardiólogos, etc.), por instituciones sin fines asistenciales o simplemente por demanda espontánea.

Dado que el flujo principal de los consultantes proviene del INSSJP (PAMI) la mayoría de las personas que requieren atención pertenecen a la denominada "tercera edad".

Los motivos de consulta están referidos principalmente (no exclusivamente) a trastornos del estado de ánimo.

En este sentido es importante destacar que las dificultades socio-económicas, propias del momento que atraviesa nuestro país, parecen haber contribuido en gran parte al desencadenamiento de este tipo de trastornos a que hacíamos referencia. Del relato de los pacientes se desprende una cierta extrañeza por la aparición de estados anímicos a los que les cuesta encuadrar y para los que no encuentran una respuesta desde los canales ya conocidos. Es muy común escuchar la frase: "Yo es la primera vez que veo a una psicóloga, ¿a usted le parece que estoy muy loco/a?".

A partir de la evaluación que se hace en las entrevistas de admisión se produce la derivación para el tratamiento que puede consistir en psicoterapia individual, familiar o grupal. Estos tratamientos están en muchos casos acompañados del

seguimiento psiquiátrico. Nos encontramos con el fenómeno palpable de pacientes que están tomando psicofármacos desde mucho tiempo atrás y a los que los médicos clínicos repiten las recetas sin haber hecho anteriormente la derivación psiquiátrica.

## **2. DESARROLLO**

### ***Mi experiencia en la Institución***

Durante el transcurso de mi experiencia en la Institución tuve la posibilidad de participar en las admisiones de nuevos pacientes, en entrevistas individuales de seguimiento terapéutico y en encuentros de Grupos Terapéuticos.

Cada una de estas actividades ofreció particular interés por lo que se me hacía difícil la elección de un tema para cumplir con las exigencias de este trabajo. Pero entonces, y como muchas veces sucede, la decisión llegó de manera impensada. Un grupo de investigadores de la Universidad de Buenos Aires - que está estudiando las circunstancias en las que se produce el cambio - se acercó al Cento para recabar información de los participantes de grupos terapéuticos por medio de entrevistas. Tuve la oportunidad de estar presente cuando lo hicieron con el "Grupo de los miércoles" y posteriormente tener acceso al material grabado en esa ocasión. Unido ese material a notas y observaciones hechas por mí, se me ocurrió que podría elaborar una reflexión sobre las interacciones que me estaba dado observar en este Grupo para hacer posteriormente su relación teórica.

Los investigadores a los que hago referencia estaban liderados por la Licenciada en Sociología María Mancuso, miembro auxiliar del equipo del Profesor Jorge Franco – Proyecto UBACyT P 049 (Programación científica 2001/2003) "El proceso de cambio. Obstáculos y alternativas". La desgrabación de la entrevista se encuentra en el Apéndice del presente trabajo.

Cuando comencé a trabajar con el Grupo me di cuenta que no podría definirme como simple observadora. La razón principal es que las participantes tuvieron una apertura tal que hizo que me sintiera involucrada desde otra posición. Esto me llevó casi naturalmente a la elaboración de distintas hipótesis, todas ellas relacionadas con las experiencias de estas mujeres, con un rango de edad entre 66 a 87 años, y con una problemática común ligada a la soledad y la depresión.

Más adelante desarrollaré las ideas que fueron tomando cuerpo durante mi inclusión en estas actividades. Por el momento quisiera dejar constancia de mi agradecimiento por la generosidad demostrada por ellas y por la paciencia y entrega de todos los que trabajan en el Centro y principalmente a la Licenciada Margarita Robertazzi quien en su carácter de Coordinadora docente me guió lúcida y comprensivamente.

De esta forma, la tarea se fue desarrollando fluidamente, lo que me permitió familiarizarme con elementos valiosos para mi futura tarea profesional.

### ***El Grupo de los miércoles***

Mi participación en el Grupo, como asistente de la Coordinadora, tuvo en el comienzo ciertas características de expectación. Como deseaba aprovechar al máximo esta experiencia de aprendizaje, atendía atentamente al intercambio grupal y a las intervenciones de la Coordinadora. Con el paso del tiempo, y gracias a la actitud de sus miembros, mi inclusión fue transformándose en una participación más activa. En la medida en que me sentía más cómoda con mi lugar pude plantearme distintas posibilidades de concreción de la tarea a cumplir. Una vez que decidí focalizar mis objetivos en las actividades de este Grupo, este trabajo comenzó a tomar forma.

La riqueza de los temas que surgen en el intercambio me hicieron ver que necesariamente debía hacer un recorte. Trataré entonces de reflejar la manera en que ciertos conceptos básicos de interés en psicología, tales como autoconcepto e identidad, ilusión de control, motivación y percepción, están estrechamente ligados a los conflictos planteados en el Grupo.

Con el objetivo de mostrar la dinámica de la relación se transcribirán (en *itálica*) comentarios y observaciones textuales hechos por las participantes, intercalados con la articulación teórica.

### ***Las participantes***

P, nacida en 1918.

D, nacida en 1928.

T, nacida en 1915.

B, nacida en 1927.

N, nacida en 1921.

V, nacida en 1925.

C, nacida en 1928.

M, nacida en 1936.

A, nacida en 1924.

M E, nacida en 1926.

El grupo se reúne los miércoles de 13.30 a 15 horas. Todas sus integrantes pertenecen a la clase media empobrecida característica de esta sociedad, y esto es especialmente así pues están incluidas dentro de la denominada “clase pasiva”.

Llegan puntualmente, aunque la presencia está muy ligada a situaciones climáticas: hay mucho ausentismo los días de lluvia, de mucho calor o de mucho frío. La mayoría de las pacientes no están en condiciones económicas de costearse un taxi. A veces se organizan entre varias y pueden llegar juntas. Se les convida café o té, algunas veces traen algo dulce para compartir. Charlan, intercambian noticias, hacen preguntas, se ríen, hablan del tiempo, se ubica cada una en su lugar, miran a la coordinadora con afecto y esperan.

Hay días en los que los temas salen a borbotones, otros días están más calladas, como esperando que alguien comience a hablar. Siempre están involucradas en los temas que se plantean. La indiferencia no tiene lugar en este grupo. A veces se superponen cuando hablan, siempre se respetan.

Diez mujeres, un motivo común de consulta: **Depresión.**

### ***¿Depresión?***

Como resultado de mi participación en las entrevistas de admisión pude comprobar que la mayoría de las personas que consultaban derivadas por su médico de cabecera lo hacían con un diagnóstico previo de depresión. Si bien en una primera instancia este hecho no me resultó llamativo, se transformó



posteriormente en un motivo de interés complementario. Con el correr de los días, y más admisiones, quedó corroborado que la mayor parte de los consultantes habían tomado psicofármacos durante largos períodos y lo seguían haciendo al momento de la consulta.

No es mi intención polemizar con los profesionales médicos a cargo de la atención de estos pacientes. Sabido es que las obras sociales cuentan con una gran afluencia, que no suelen atender en las mejores condiciones, que no disponen del tiempo suficiente para dedicarle a cada paciente y otras muchas razones no menos importantes. Sin embargo, no puedo dejar de interrogarme en qué casos es acertado diagnosticar depresión en un viejo al cabo de una simple entrevista clínica. No se pueden dejar de lado los beneficios de una farmacología eficaz, pero en tanto y en cuanto la administración esté indicada después de un examen exhaustivo que no esté limitado a la sintomatología física.

Estos pacientes están buscando algo más que eso. Necesitan de una escucha integral que atienda a lo que tienen para decir más allá de lo estrictamente orgánico. Detrás de su angustia o ansiedad, de sus dificultades para conciliar el sueño, de su tristeza por las pérdidas de los seres queridos, sigue existiendo una persona con ganas de encontrar una salida. Si esto no fuera así ¿Por qué vendrían a la consulta?.

Creo que muchos de los casos vistos no pueden encuadrarse en el diagnóstico de depresión. Sí, es verdad que están tristes y que tal vez no sientan deseos de comer y que no duermen bien. Pero ¿qué se oculta detrás de estos síntomas?. Yo creo que la respuesta viene del lado de una cierta indiferencia social que, frente a la vejez y sus problemas, sólo sabe tal vez enviarlos a sus casas con una receta para un ansiolítico y una palmadita en el hombro (en el mejor de los casos). Por otro lado, no siempre es posible sacarles el rótulo con el que llegan y tampoco la medicación que están tomando, ya que tienen a veces un vínculo muy fuerte con su médico de cabecera y una cierta desconfianza al mundo "psi".

Los profesionales de la Psicología no deberíamos dejar pasar la oportunidad de replantearnos estos hechos. Si nos viéramos reflejados como en un espejo en la mirada cansada de estos pacientes puede ser que encontráramos los caminos para fomentar un cambio, tal vez no drástico pero no por ello menos importante.

No es poca cosa haber elegido una ciencia que se pregunta constantemente por los procesos mentales. ¿En virtud de qué proceso mental se pueden dejar de lado impunemente las necesidades de esta etapa vital?

## ***El ingreso a la vejez***

Si bien para el imaginario popular el envejecimiento es un proceso que se inicia con la vida misma, es a partir de la mediana edad que este proceso adquiere verdadera relevancia.

En este momento de la vida, el trabajo psíquico hace que percibamos el tiempo como finito al mismo tiempo que los cambios físicos son indicadores evidentes de que inexorablemente ya no somos los mismos.

Cuando nos encontramos con alguien a quien hace cierto tiempo no vemos, una de las primeras cosas que pensamos es “¡Cómo se le notan los años!”, pensando inmediatamente que afortunadamente a nosotros no nos ha pasado lo mismo. Y de pronto, al mirar disimuladamente nuestro reflejo en alguna vidriera, es posible que no nos reconozcamos. La imagen que nos es devuelta no es la misma que estamos convencidos de tener, y esto nos provoca no poca desazón. Es algo así como toparse con un otro que no conocemos, que se nos parece pero que no es, aunque conserve nuestros rasgos. Es entonces cuando la propia temporalidad adquiere un viso ineludible de realidad.

## ***El cuerpo***

En la mediana edad, las modificaciones en el esquema corporal producen vivencias de cambio y pérdida: lo conocido se empieza a tornar desconocido, difícil de aprehender. El modelo del propio envejecimiento no existe, eso es algo que les ocurre a los demás.

Tenemos que hacer una distinción entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo. El esquema corporal es una realidad de hecho, se trata de nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico; en tanto que la imagen inconsciente del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante, y esto antes de que el sujeto sepa decir “yo”. Estas autoimágenes narcisistas (inconscientes, estructurantes y singulares en tanto resumen la historia de cada sujeto) son también los soportes del sentimiento de sí, de la propia dignidad, de la autovaloración que merece la imagen que cada persona tiene de sí misma. (Dolto, 1986)

El esquema corporal es evolutivo en el tiempo y en el espacio; es el portador de la imagen corporal y se entrecruza con ella, gracias a lo cual podemos entrar en comunicación con el otro.

*“Hoy me encontré con el portero y me dijo: ¡Qué bien se la ve!, le queda mucho mejor el pelo así, más corto. Claro, si yo que era tan coqueta había dejado completamente de cuidarme. Andaba desarreglada, con los labios despintados, como si nada me importara. Y cuando escuchás que alguien te encuentra bien, por ahí pensás que te está mintiendo, que te lo dice para que te sientas bien. De todas maneras a mí me sirvió, después estaba en casa y pensaba: Blanca, no te tenés que dejar estar. Ahora lo que tendría que hacer es perder unos kilitos para poder estar más liviana y salir a caminar más seguido”. (B)*

*“Me da miedo cruzar la calle. Yo antes no tenía problemas para salir pero me caí y me rompí la rodilla, por eso tengo que usar el bastón. Y ahora tengo siempre miedo de caerme porque el cuerpo no me responde como antes”. (A)*

*“A mí al principio no me gustaba salir con el bastón, hasta que me di cuenta que estoy más segura cuando lo tengo. Entonces lo incorporé, es como un amigo más, y ya no me molesta usarlo”. (N)*

*“Yo a veces me asusto de mí misma. No me reconozco, sé que mi hijo se preocupa cuando no me ve bien. Me agito y no puedo caminar demasiado. No sé si son los años los que traen estos problemas”. (M)*

*“Pero si vos sos joven, ¡qué tendría que decir yo!. Claro que no es lo mismo, pero yo hago de cuenta que no me duele nada y salgo”. (P).*

Dado que es condición de lo vivo ser perecedero y estar sujeto a mudanzas, las pérdidas y las adquisiciones son también constitutivas de la historia del sujeto, su pasado, su presente y su posición frente al porvenir.

Sin embargo, pareciera que esta tarea no pudiera ser emprendida sin un esfuerzo psíquico considerable. Implica el recorrido por un proceso de duelo que lleve a la aceptación de las pérdidas insoslayables y de nuevas realidades. Estas nuevas realidades incluyen modificaciones biológicas y morfológicas del propio cuerpo que podrían conducir a una disconformidad con su propia identidad que se proyecta entonces al organismo y lo desequilibra.

Este proceso no es privativo de la vejez ya que en la adolescencia se instalan conflictos en relación con el cuerpo y con el lugar a ocupar en la sociedad. Sin embargo, lo que diferencia a los distintos actores tiene que ver con el proyecto.

Es así que, mientras para el adolescente el conflicto está relacionado con la posibilidad de concreción de los ideales, para muchos viejos está más bien ligado con la cancelación de los proyectos.

Según Cassel (1976) y Lewis (1976) la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre el individuo y la pérdida, ausencia, o no utilización de las Redes Sociales de Apoyo ha sido relacionada con enfermedad coronaria, accidentes, suicidio, úlceras y altos porcentajes de admisión en servicios psiquiátricos.

Las participantes del Grupo que nos ocupa parecen estar atravesadas por este conflicto, por lo que consideramos que es justamente en el ámbito de la dinámica grupal donde pueden ponerse en juego estas dificultades y de donde pueden surgir alternativas creadoras.

Se tratará entonces de facilitar las condiciones para que no acepten pasivamente la mirada discriminatoria del Otro que pretende ubicarlos en un “no lugar” o, en todo caso, en un lugar pasivo y de aceptación sin censura.

La lectura del Otro, en este caso nuestra sociedad, objetiva al viejo en términos de lo que ya no tiene, de lo que ya no es o de la enfermedad y lo antiestético. Basta ver las definiciones sobre envejecimiento con las que contamos en Gerontología: la mayoría de ellas se hacen sobre los aspectos deficitarios, sobre las pérdidas, presentes o futuras. (Salvarezza y Iacub, 1998, p. 267).

## ***Los duelos***

La experiencia del duelo ha sido estudiada extensamente por la Psicología ya que es vivido por la mayoría de los adultos. Los resultados de una investigación de Norris y Murrell (1990) indican que cuando muere una persona querida, la mayoría de la gente experimenta las siguientes reacciones: primero sobreviene una conmoción, un sentimiento de aturdimiento e irrealidad que dura horas o incluso días.

Esto es seguido de protesta y añoranza, a medida que la persona en proceso de luto reconoce más claramente su pérdida y añora a la persona muerta. Durante esta fase algunas personas tienen fantasías o alucinaciones de que han “visto” a la persona fallecida.

Una tercera etapa, de desorganización y desesperanza, puede durar un año o más. Durante esta etapa las personas dolientes se vuelven apáticas y deprimidas; la vida no parece vivir la pena sin el fallecido.

Para la mayoría de las personas esta etapa es seguida por el desapego, reorganización y recuperación. A medida que el individuo establece nuevos papeles, y recupera el sentido de un propósito en la vida, puede ir rearmándose psicológicamente. Aún durante esta etapa pueden recurrir ataques dolorosos de aflicción, en los cumpleaños, aniversarios y otras ocasiones que recuerdan a la persona doliente su pérdida.

Aunque hay acuerdo en general en que el duelo es una reacción normal a la pérdida, existe menos acuerdo en cuanto a la existencia de etapas universales de duelo y a la forma en que se pueden distinguir el duelo normal del patológico.

Las diferencias individuales y culturales influenciarán necesariamente en cómo se viva esta instancia.

*“Yo hace un año que perdí a mi esposo, estoy muy mal porque éramos muy unidos. Éramos muy amigos y ahora que me falta me falta todo. Y me siento muy mal, anímicamente mal, no tengo ganas de hacer nada”. (A)*

*“Llegué acá con un problema de cambio. Me mudé a Capital. Yo vivía en ....., en una casa. Y ahora vivo en un departamento. Me faltaba el aire, vio. Extrañaba mucho, añoraba...Y a los nueve meses muere mi esposo, entonces tuve un duelo de varios años. Ellas lo saben bien, varios años de duelo, porque yo no tengo hijos, entonces todo mi amor, mi cariño era para él”. (P)*

*“El problema que tengo yo es que tengo una hija desaparecida, por eso llegué acá a la miseria, temblando”. (N)*

*“...Perdí a mi esposo, me agarró un taxi, entonces el doctor me mandó acá y acá me fueron sacando muy bien. Cambié completamente...Me la pasaba llorando. Entonces el doctor mandó una carta y yo empecé a venir...” (B)*

*“Yo perdí a mi esposo cuando mi hijo era muy chiquito. Hay veces que voy al cementerio y le hablo. Le pregunto qué le parece cómo están las cosas. No sé, es una manera...no sé si estará bien o mal. Lo que sentí mucho fue cuando mi hijo se casó...” (D)*

El duelo por la pérdida de algo que hemos amado o admirado parece al lego tan natural que lo considera obvio. Para el psicólogo, empero, el duelo es un gran enigma,

uno de aquellos fenómenos que uno no explica en sí mismos, pero a los cuales reconduce otras cosas oscuras. Nos representamos así la situación: poseemos un cierto grado de capacidad de amor, llamada libido, que en los comienzos del desarrollo se había dirigido sobre el yo propio. Más tarde, pero en verdad desde muy temprano, se extraña del yo y se vuelve a los objetos, que de tal suerte incorporamos, por así decir, a nuestro yo. Si los objetos son destruidos o si los perdemos, nuestra capacidad de amor (libido) queda de nuevo libre. Puede tomar otros objetos como sustitutos o volver temporariamente al yo. Ahora bien, ¿Por qué este desasimiento de la libido de sus objetos habría de ser un proceso tan doloroso? No lo comprendemos, ni por el momento podemos deducirlo de ningún supuesto. Sólo vemos que la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos, aunque el sustituto ya esté aguardando. Eso, entonces, es el duelo. (Freud, 1984, p. 310-311).

Los objetos a los que se aferra la libido serían los que formaban parte de las realidades individuales de cada una de las personas a las que hemos observado en el Grupo de los miércoles. Familia, trabajo, lugares. Los sustitutos son al principio desconocidos y atemorizantes. Como decíamos antes, al no existir un modelo de envejecimiento, este se constituye en un recorrido a veces arduo y angustiante.

Un modelo social que privilegia los modos de ser y de conducirse de la juventud, excluyendo de manera casi total a la vejez, refuerza esta percepción hostil del medio.

La organización familiar actual excluye a los viejos que carecen de una función bien determinada y socialmente gratificante (...). Después de los 50 años suele efectuarse el balance existencial que ocasionalmente se vuelve crítico ante la imposibilidad de colmar determinados anhelos o de superar frustraciones graves. Por entonces comienzan a aparecer los signos y símbolos de la vejez, la serie de modificaciones que constituyen un motivo de duelo e implican un esfuerzo de readaptación en el mejor de los casos. Se realiza la cuenta insoslayable de lo realizado, de lo aún posible y de lo ilusorio. La depresión representa aquella visión condensada de la inexorable decadencia y muerte; revela el auge del odio y la hostilidad y la dificultad o incapacidad de manejarlos o volverlos pragmáticos y que pueden conducir al sujeto a la desorganización, a las "mutilaciones sucesivas" o a la autodestrucción final. En cambio, si las experiencias vividas han sido a la postre incorporadas al acervo vivencial y de una forma u otra han enriquecido las simbolizaciones, capitalizándose en mejores técnicas de comunicación, los dinteles de la vejez no reproducirán en el individuo el mismo pánico infantil que las habitaciones oscuras. (Yampey, 1973, p. 59).

Parecería entonces que es en las vías de la dependencia de los hijos que los viejos intentaran suplir la falta generada en el seno mismo de lo social.

*"Y yo sigo viniendo porque de vuelta tuve otro problema, mi hija se separó. Así que yo estoy en una cosa rara porque mi familia fue siempre muy unida. Y ahora con este asunto de mi hija estoy un poco triste. Mi hija está muy nerviosa." (C)*

*“Yo hace 31 años que soy viuda. Vengo de un matrimonio que no fue muy feliz. Al año de casada nació mi hijo y mi marido se enfermó y murió cuando mi hijo tenía cinco años. Entonces el se crió solo conmigo. Yo siempre estuve pendiente de él. Trabajaba en cuatro lugares para poder mantener la casa y a él. Aparte yo siempre soñé con tener una nena. Igual cuando nació mi hijo lo quise pero pensaba para cuándo la nena.*

*En ese tiempo mi marido se enfermó. Entonces pensé: cuando mi hijo sea grande y se case voy a tener una hija, ésa era mi ilusión.*

*Cuando mi hijo se puso de novio y se casó con una chica excelente, pediatra, con él se adoran. Pero no es como una hija, es como una nuera, igual me respeta, me habla muy bien, pero yo siento la distancia que hay entre las dos. Yo quiero que me llame por teléfono, que venga a casa a tomar mate, jamás lo hizo. Hace diez años que están juntos. Yo la quiero, pero igual mantenemos la distancia. Eso me pone muy mal.*

*Cuando se casó mi hijo todo eso hizo explosión y se me manifestó en la boca. Tenía un dolor terrible. Fui a la dermatóloga y ella me dijo que era psicológico y ella me mandó, tenía toda la lengua pelada. Entonces el médico de cabecera me dijo que vaya a PAMI 5 que me iban a derivar a un psicólogo”. (D)*

*“Miren chicas, cuando uno le está tan encima a la gente al final se cansa. Está bien que yo no tuve hijos y estoy sola desde que se murió mi marido, pero una siempre puede salir, dar una vuelta, charlar con una vecina. Porque cuando te quejás todo el tiempo la gente te evita”. (P)*

*“Eso es muy cierto”. (Todas)*

Para Bowlby (1983), la tristeza es una respuesta normal y sana producida por la pérdida de una persona amada, o bien de lugares familiares y queridos, o de papeles sociales. Si se puede buscar ayuda y consuelo en alguien en quien se confía aún quedan esperanzas de restablecerse. Así, la depresión se da cuando cesa el intercambio activo entre las personas y el mundo exterior, ya sea en el pensamiento o en la acción, y ésta continúa hasta el momento en que llegan a organizarse nuevos patrones de intercambio encaminados a una nueva meta.

Notamos que en el trabajo grupal con pares se ha construido un lazo altamente significativo, les ha permitido recordar su historia y regular recuerdos que podrían calificarse de sobredimensionados e ir ajustando el nivel de expectativas e ideales a aquello que resulte posible sin una inevitable pérdida de la autoestima.

## ***Autoconcepto e identidad***

El autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. El autoconcepto es base de la identidad por lo que es indispensable para integrar todo lo pasado, lo experimentado, lo internalizado y también lo desechado, con las nuevas exigencias del medio y con las urgencias instintivas.

Se puede afirmar que en términos globales existe una fuerte relación entre la imagen de uno mismo y las posibilidades de asimilación y acomodación a la realidad intrapsíquica y psicosocial. De esta manera, si las formas en las que un individuo se percibe a sí mismo son aceptadas en la configuración conceptual del self, estarán acompañadas de sentimientos que se experimentarán como adaptación psicológica (Casullo, 1990).

De acuerdo a Casullo (1990), la modificación del autoconcepto con la edad cronológica es un tema que aún no está suficientemente estudiado. En lo que se relaciona con la imagen corporal en los ancianos, Thompson (1972) concluye que éstos se consideran menos adecuadamente en su aspecto físico que las personas más jóvenes. Back y Gergen (1968) afirman que la hipótesis que sostiene que las personas mayores tienen mayor preocupación somática es falsa e invierte la realidad. Trabajos tales como el de Castro-Bolaño, Nuñez, Otero-López y cols. (1996), demuestran sin embargo que existe una estrecha relación entre la percepción del nivel de salud, el autoconcepto y la capacidad para enfrentar los problemas. De esta manera, aquellos ancianos que valoren su salud en forma negativa desarrollarán estrategias de afrontamiento más pasivas y presentarán un mayor retraimiento social.

*“Con mi marido siempre fuimos muy compañeros, salíamos de acá para allá. Yo trabajé 35 años en el mismo lugar, en una peluquería en Barrio Norte. Era manicura, pedicura y depiladora. ¡Si me habré reído con mis compañeras de trabajo!. Siempre me acuerdo de los desfiles en el día de la Primavera en la Avenida Santa Fe, que nos escapábamos del trabajo para verlos. Claro, todo esto cambió, ya no se festeja tanto y una tiene sus años. Hay veces en las que no me reconozco. Yo no me puedo quejar, estoy sana y tengo una familia que me quiere, aunque vivo sola. Pero están mis hijas y mis sobrinos que son muchos. Cuando recién vine aquí, lloraba y lloraba sin parar. Mis sobrinos me*



*llamaban por teléfono y yo lloraba. Después dejaron de llamarme, y ahora que ya estoy mucho mejor recuperé esas cosas que había perdido". (Blanca)*

*"Y, sí...claro que una no tiene el cuerpo que tenía antes. Lo que hay que hacer es salir, salir te mantiene ágil. Aunque más no sea hay que caminar unas cuadras y eso te hace bien. No hay que dejarse estar. Ahora que viene el buen tiempo hay que disfrutarlo". (Paulina)*

*"Tenés razón, si es tan lindo sentarse al sol y tomarse un cafecito. Hay muchas cosas que todavía se pueden hacer". (María Elena)*

*"Yo no dejo de arreglarme para salir, aunque más no sea me paso un peine y me pinto los labios. Me parece que estando arreglada y con una sonrisa una se comunica mejor con los demás. A mí por lo menos siempre me tratan con amabilidad". (Nieves)*

Para Erikson (1968), el problema clave de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, y por ello la identidad no significa para este autor un sistema interno, cerrado, impenetrable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial que preserve algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en su sociedad.

El incremento de las expectativas de vida ha hecho que la población anciana aumentara de una manera notable pero la organización social no lo ha hecho en la misma proporción. No hay un resguardo estructurado para ellos y sólo pueden hacerse de un lugar aquellos que por características individuales o circunstancias fortuitas lo busquen activamente. Para los otros, el panorama se presenta muy difícil ya que se ven ubicados dentro de un imaginario en el cual no encuentran un lugar.

Por otro lado éstos suelen ser personas muy estructuradas y demandantes ya que el medio social en el que crecieron tenía pautas muy diferentes de las actuales. Se refuerza entonces la idea de la falta de un modelo alternativo y por lo tanto del deterioro del autoconcepto.

### ***Ilusión de control***

La experiencia más básica del ser humano es la de ser agente causal de sus acciones, la de luchar por no verse arrastrado por fuerzas externas a sí mismo.

La agencialidad humana se ha definido en psicología de distintas formas: causalidad personal, autodeterminación, creencias de control, etcétera.

Se ha defendido que uno de los factores que facilitan el ajuste y la estabilidad mental es el que se ha llamado *ilusión o creencia de control* (Bandura, 1974), que se define en términos parecidos al concepto de causalidad personal o autodeterminación, es decir, tener la sensación de que se controla y se determina una acción. Así, por ejemplo, se ha visto que las ilusiones positivas de control promueven un estado de ánimo más positivo, que favorece las relaciones sociales, o el trabajo creativo, eficaz y productivo. Por el contrario, la pérdida de control inclina la balanza a favor del desajuste, la desorganización y parece que hasta predispone a la enfermedad y la muerte.

Seligman (1972) denomina “indefensión aprendida” al estado que surge cuando los individuos son sometidos a situaciones en las cuales no existe relación entre sus conductas y los resultados de ellas. Los experimentos realizados con animales demostraron que una vez que un animal que sufre un shock del que no puede escapar es sometido al mismo estímulo, pero esta vez con posibilidades de escape, no intenta hacerlo. La conclusión que se estableció es que la influencia de la primera experiencia es tan marcada que, como resultado de esta indefensión aprendida, el animal registra:

- pasividad,
- falta de apetito y pérdida de peso,
- afecto aplanado y conductas de miedo,
- bajo nivel de norepinefrina,
- desarrollo de úlceras,
- desarrollo de tumores agresivos.

En el caso de experiencias con humanos, y a consecuencia de aprendizaje de experiencias de fracaso en el pasado, se ha demostrado (Seligman, 1975) que este estilo atribucional de indefensión aprendida es un factor de riesgo para ciertos tipos de depresión y un factor fundamental en la pérdida de creencia en autocompetencia.

Este concepto podría ser aplicable en nuestro caso por cuanto las mujeres a las que nos referimos han sentido, en algún momento de su historia más o menos mediata, que no encontraban una manera de comportarse que las hiciera adecuarse a sus nuevas situaciones vitales. En otras palabras, se sentían indefensas y débiles.

Nuevos experimentos de Seligman y cols. (1981) demostraron que las experiencias con eventos controlables revierten estas creencias de falta de control y mejoran los síntomas de indefensión.

Las actividades del grupo tienden a la modificación de este estado de indefensión proveyéndolas a través de la interacción de nuevas herramientas con las que encarar esta etapa de su ciclo vital.

Debemos tener en cuenta sin embargo que la percepción de control no es un concepto que pueda aplicarse de manera lineal en nuestro caso. Es imprescindible considerar las características de personalidad de cada una. De tal manera, habrá algunas que habrán sido efectivamente más independientes en este plano mientras que otras pueden tener una historia de mayor dependencia de otras personas.

*“Estoy preocupada porque mi hermana, la que está en el geriátrico, está muy mal, el médico dice que puede ser cuestión de días o tal vez no. Hoy me puse a pensar que si le pasa algo yo no tengo los medios para encargarme del sepelio y...Díganme, ¿qué puedo hacer? Porque me dijeron que PAMI no se está encargando de los gastos de sepelio”. (B)*

*“¿Quién te lo dijo?. No hay que dejarse llevar por lo que te dicen. Hay que moverse, yo conseguí muchas cosas que me dijeron que no se podía pero fui, insistí y logré lo que quería. ¡Y mirá que yo tuve grandes problemas! Sin embargo se puede, tenés que insistir. Andá a la Avenida de Mayo, pedís hablar con los asistentes sociales y vas a ver que alguna solución te aportan”. (T)*

*“Tenés razón, voy a ir mañana mismo porque tal vez me puedan dar una respuesta positiva, si me quedo en mi casa la solución sola no me va a llegar”. (B)*

Las participantes del Grupo de los días miércoles parecen estar en un proceso que podríamos llamar “recuperar el control”. Existen factores reales que ponen límites a esta ilusión de control. Resulta imposible negar los obstáculos que se les presentan para la realización de ciertas actividades que pudieran serles gratificantes (disminución de su poder adquisitivo para obtener recursos materiales, limitaciones físicas y económicas, dificultades con sus coberturas médicas, elevado precio de los medicamentos entre otros muchos). A pesar de todo esto el trabajo grupal ha hecho que se produzca una resignificación de las actitudes propias y ajenas que les está permitiendo encontrar nuevas fuentes de motivación.

## **Motivación**

A la hora de definir qué es la motivación encontramos que en psicología el término se ha utilizado de diversas formas y que no existe un pleno acuerdo.

Para los griegos clásicos, la psique estaba constituida por distintos órdenes de funciones. El *nous* era el encargado de conocer las cosas como son, la realidad y la verdad, y la *orexis* tenía la función de entender y de vérselas con todo lo que tuviese relación con los deseos, en donde el *thymos* regulaba la dinámica de esos deseos. Curiosamente, los deseos se imponían a los hombres; todos los héroes míticos se veían empujados a querer y a buscar metas que se les sobreponían, que les tapaban la razón: formaban los deseos una especie de pasión arrebatadora y controladora. Desde ese momento, en nuestro mundo se impuso la dicotomización del ser entre razón y pasión. Cada teoría del hombre tomaba partido al respecto, algunas veces volcándose hacia alguna vertiente, otras equilibrándolas y, en algunos casos, olvidando o repudiando a una de ellas. En general, han sido más las teorías que se inclinaron por el predominio de la razón. Esto es claro en psicología, aunque hay que reconocer que hubo momentos en donde el papel de lo afectivo en la explicación del comportamiento humano tuvo su lugar (Huertas, 1998). En este sentido, podemos considerar paradigmático el enfoque psicoanalítico.

En cualquier caso, si nos centramos en los momentos más recientes de nuestra disciplina, es obvio que la psicología actual ha seguido prefiriendo supeditar lo afectivo a lo cognitivo. Pero, las razones que determinan una acción no son sólo motivacionales, hay otras causas: lo que sabemos hacer, lo que nos dejan hacer, lo que nos obligan a hacer, son también causas y orígenes de nuestro comportamiento. (Huertas, 1998).

En definitiva, la actuación del individuo se explica por determinantes sociales, cognitivos y afectivo-motivacionales, con sus reglas y sus peculiaridades cada uno.

En el intercambio las participantes pueden contrastar sus experiencias con estos determinantes sociales, cognitivos y afectivo-emocionales, permitiéndoles discriminar las diferencias individuales e integrar las coincidencias en las problemáticas grupales.

De esta manera se produce un enriquecimiento de la percepción individual y colectiva, que se constituye en el elemento imprescindible para el cambio.

## **Percepción**

La percepción es el proceso a través del cual interpretamos la información de los sentidos. Este proceso, entonces, sirve como enlace mediador entre el individuo y su ambiente. (Vander Zanden, 1986).

Dado que nuestra capacidad para procesar información es limitada (no podemos procesar todo el tiempo todos los estímulos) debemos necesariamente recortar del conjunto aquellos estímulos significativos para nosotros. Es por esto que, mientras los estímulos recortados se destacan, muchos otros pasan inadvertidos ante nosotros sin que seamos conscientes de su presencia. La atención que prestamos a los que sí atendemos está directamente influenciada por experiencias pasadas que son las que darán el “color” a lo que veamos.

Para Bruner (1987) si la información sensorial concuerda con lo previsible es probable que nuestra atención se debilite, incluso que se “duerma”. “Si todo concuerda, nos adaptamos e incluso podemos dejar de notar cosas, como dejamos de notar la sensación táctil que produce la ropa o la pelusa en el cristal de los anteojos” (página 56). Este mismo autor define a la sorpresa como reacción ante la transgresión de un supuesto.

La posibilidad de intercambio que se da en el seno del grupo introduce el elemento sorpresa de una experiencia diferente. Esto contribuiría a la modificación del “color” perceptivo.

Escuchar y escucharse, compartir problemas y logros, ofrecer un consejo, un parecer, desarrollar una idea, todo contribuye para evitar lo monocromo.

*“Yo en la mesa no hablo. Mi yerno a veces dice: la vieja está muda. Yo trato de no hablar porque tengo miedo de meter la pata. Cuando no vivían en mi casa era diferente pero ahora yo ya no siento que es mi casa. Y no es que yo no sea conversadora, pero en casa no hablo, prefiero quedarme en el cuarto y no salir”. (M E)*

*“¿Pero vos no decís que la casa es tuya? ¿Cómo no vas a hablar en tu casa? No se trata de pelear, pero vos tenés derecho de hablar. Por ahí pensás que vas a ocasionar un problema y te encontrás que es al contrario. Si vos decís que tus nietos te quieren, ¿Cómo no les va a gustar que su abuela hable con ellos?”. (T)*

*“Uno a veces cree que los demás piensan algo y piensan alguna otra cosa. Yo me he enojado muchas veces con mis yernos porque opinaban sobre alguna*

*cosa mía, pero en realidad estaban preocupados por mi bienestar. Ahora es algo que ya aprendí y si uno se apura en juzgar muchas veces se equivoca". (N)*

*"Uno no se tiene que quedar solo. Yo vivo sola, de la familia que me queda mejor ni hablar, así que salgo y hablo con alguna vecina o con algún comerciante del barrio, que muchos me conocen. Y así se va pasando el día, siempre se puede intercambiar alguna idea, a veces te enojás por algo y otras veces te divertís un rato". (P)*

Tanto desde el terreno de la Psicología (Bruner, 1991) como del de la Sociología (Berger y Luckmann, 1999) se destaca la importancia de las narrativas personales como constitutivas del sujeto. En esta etapa de la vida esa verdad narrativa, que permitiría sostener la integridad y también la dignidad de las personas, ya casi no puede ser sostenida, pues generalmente los otros ya no están o no desean hacerlo.

El espacio grupal permite a sus miembros una nueva construcción de sí mismo, del otro y de la realidad social.

### ***Hacia el cambio***

El cambio en el que pensamos no se limita estrictamente a la manera de encarar las actividades cotidianas sino que tiene otras pretensiones. Adherimos al concepto de satisfacción vital propuesto por Neugarten (1994) de acuerdo al cual es el grado en el cual un viejo:

1. siente placer en cualquier actividad que realiza en su vida cotidiana;
2. observa su vida con una mirada crítica y acepta su responsabilidad por lo que fue en el pasado;
3. siente que ha tenido éxito en haber alcanzado las metas más importantes de su vida;
4. posee una autoimagen positiva y se observa a sí mismo como una persona de valor pese a sus actuales debilidades; y/o
5. mantiene actitudes optimistas y de buen humor.

Para Greenberg y Pascual-Leone (1998), el cambio en terapia surge a partir de la construcción de un nuevo significado personal (afectivo y cognitivo). Las síntesis dialéctica de la emoción y la reflexión serían la clave del cambio terapéutico por oposición al uso exclusivo de la catarsis o del razonamiento.

Este cambio se verá facilitado en la seguridad de un entorno terapéutico respetuoso y empático.

Este Grupo reúne todas estas características, proporcionando el ámbito donde trabajar con nuevas posibilidades y alternativas. Lo que sigue son los proyectos, éstos son el motor fundamental para las acciones a tomar. Aún teniendo en mente lo perecedero del tiempo, es esta fugacidad precisamente lo que convierte la experiencia de vivir en un desafío en el que el éxito dependerá de la energía de los recursos personales y grupales.

Vemos así que las actividades del grupo van más allá de los encuentros de los miércoles, sus integrantes formaron un Centro que funciona en la casa de C. y en el que se reúnen para festejar los cumpleaños, organizar salidas recreativas grupales, tomar mate y charlar por el simple placer de estar juntas.

Llama la atención el afecto palpable que se ha desarrollado entre ellas, quienes se definen como “hermanas”, así como la actitud de apertura demostrada ante la inclusión de una nueva participante (M E) a quien aceptaron desde el primer momento.

*“El sábado festejamos el cumpleaños de P. Hice una olla grande de chocolate, una torta y muchas otras cositas ricas y nos divertimos muchísimo”. (C)*

*“Yo siempre digo que la casa de C es la más linda de todas. Seguro que es por el cariño que le pone a las cosas que hace. El sábado lo pasamos bárbaro. Comimos un montón y a mí no me cayó nada mal”. (P)*

*“Sí, es verdad, estuvo lindísimo. ¡Cómo comimos!” (N)*

*“Chicas, me tienen que disculpar que no fui pero tenía el cumpleaños de una prima que lo hacía en un salón”. (D)*

*“¡Vos te lo perdiste, no sabés lo lindo que estuvo! M también vino y estaba muy contenta”. (B)*

*“Sí, sí, lo pasamos muy bien”. (M)*

De acuerdo a Jung (1974) “La voluntad equivale a una cantidad limitada de energía que está a libre disposición de la conciencia” (p. 127). Sería por medio de la tarea en el grupo que se podrían hacer accesibles a la conciencia de las participantes los recursos internos de que disponen. Estamos convencidos que todas las personas pueden hacerlo y que la edad no debe ser un límite. La salud mental es la herramienta más importante para que esto pueda ocurrir por lo que

la importancia de la tarea preventiva es fundamental. En este sentido, el grupo es doblemente terapéutico: lo es por el efecto reparador en las situaciones donde existe un daño psíquico y porque facilitando la puesta en acto de los recursos de los que hablamos promueve una mejor calidad de vida.

### **3. CONCLUSIONES**

A pesar de haberle dedicado mucho tiempo y dedicación a este trabajo considero que las conclusiones serán necesariamente provisorias por lo acotado de las experiencias. Un tema como este no puede agotarse en un trabajo tan breve.

Estas personas no se conforman con solucionar un problema circunstancial, se ven y se sienten como integrantes de algo mayor que su grupo de pertenencia. Quieren pensarse a sí mismas y a los otros desde un nuevo punto de vista y también quieren pensar una realidad social diferente que las incluya. Por lo tanto, será tarea del profesional de la psicología que decida trabajar con esta población plantearse profundamente qué tipo de prejuicios y de estereotipos sociales le afectan. De esta manera, podrá ampliar la mirada y hacerla más abarcadora y comprensiva.

Esta nueva mirada deberá incluir la revisión crítica de los conocimientos profesionales. Sólo así puede pensarse en una tarea eficaz, puesto que si se pretendiera traspasar las experiencias de trabajo realizadas con otra franja étnica y cultural la efectividad terapéutica no sería significativa.

Este grupo de señoras me ha enriquecido enormemente. Me permitieron participar de sus vidas, me trataron con respeto y con afecto y serán una parte importante de mis recuerdos dado que esta experiencia ha sido la primera en mi futura carrera profesional.

### **4. AUTOEVALUACION**

Las exigencias de este trabajo incluyen la realización de una autoevaluación de desempeño. Debo confesar a este respecto que para mí se ha transformado en uno de los mayores obstáculos. Siempre resulta complicado autoevaluarse, y en



este caso en particular lo fue sobre todo por la ambivalencia de mis sentimientos en el comienzo de mi inclusión en la Institución. Como ya dije antes la actitud de la gente del Centro fue de extrema apertura, pero esta ambivalencia me hacía oscilar entre resguardarme tras la actitud del estudiante que ignora y el deseo de aventurarme como “casi” psicóloga.

Finalmente prevaleció mi interés de involucrarme activamente en las actividades. El compromiso con la tarea hizo que cumpliera escrupulosamente con la asistencia y los horarios pautados previamente y, lentamente, sentí que se me abría un espacio de participación.

A lo largo de la experiencia he podido darme cuenta de ciertas aptitudes personales que serán la fuente de motivación para mi futuro como profesional. Entre estas aptitudes se cuenta la disposición para escuchar al otro, aunque es un deber para mí reconocer que el esfuerzo es mayor con los pacientes psicóticos. No he tenido inconvenientes en intervenir y los resultados de las intervenciones me demostraron su pertinencia. Me fue posible establecer vínculos terapéuticos interesantes, que refuerzan mi decisión de dedicarme a la Clínica.

En lo que se refiere al “Grupo de los miércoles” en particular, he podido advertir que, a lo largo de mi participación durante el cuatrimestre, el lugar que se me daba se iba ampliando. Los indicadores para esta apreciación han sido los comentarios y la atención que se me prestaba, así como el respeto y la escucha atenta que se fue incrementando durante el tiempo.

En cuanto al personal administrativo y de secretaría la relación se deslizó por carriles de amabilidad y confianza.

Para finalizar, sentí que los terapeutas y los psiquiatras con los que tuve la oportunidad de compartir este tiempo me aceptaban con amplitud y consideraban mi cumplimiento eficaz. Cuando esta percepción fue corroborada por sus comentarios, sentí realmente que me había ganado un lugar.

**Ana María Calcagno**

## **5. BIBLIOGRAFIA**

Back, K. W. y Gergen, K. J. (1968): "The self through the latter span of life", en C. Gordon y K.J. Gergen (comps.): *The self in social interaction. Vol I: Classic and contemporary perspectives*, Nueva York, Wiley and Sons.

Bandura, A. (1974): en Bandura, A. y Walters, R. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Madrid, Alianza Editorial.

Berger P. L. y Luckmann, T (1999): *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.

Bowlby, J. (1983): *La pérdida afectiva – Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós.

Bruner, J. (1987): *Realidad mental y mundos posibles – Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*, Barcelona, Gedisa.

Bruner, J. (1991): *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, Alianza.

Cassel, J. (1976): The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 2:107.

Castro-Bolaño, C.; Nuñez, M. J.; Otero-López, J. M.; Freire-Garabal, M.; Pardiñas, M. C.; Saburido, J. L.; Ribeiro, P.; Losada, C.; Pereiro, D. y Mayán J. M. (1996): “La importancia del binomio salud-enfermedad en la utilización de estrategias de afrontamiento al estrés en la vejez”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31 (1), 17-23.

Casullo, M. M. (1990): *El autoconcepto – Técnicas de evaluación*, Buenos Aires, Psicoteca Editorial.

Dolto, F. (1986): *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós.

Erikson, E. (1970): *Identidad, juventud y crisis*, Buenos Aires, Paidós.

Freud, S. (1984): La Transitoriedad (1916), en *Obras Completas – Tomo XIV*, Buenos Aires, Amorrortu.

Ferrero, G. (1998): *Envejecimiento y vejez*, Buenos Aires, Atuel.

Greenberg, I. y Pascual-Leone, J. (1998): Un enfoque constructivista dialéctico del cambio vivencial, en Neimeyer, R. y Mahoney, M. J. (compiladores) *Constructivismo en psicoterapia*, Barcelona, Paidós.

Gross, R. (1998): *Psicología – La Ciencia de la Mente y la Conducta*, México, El Manual Moderno.

Huertas, J. A. (1998): *Motivación, querer aprender*, Buenos Aires, Aique.

Jung, C. G. (1974): *Arquetipos e inconsciente colectivo*, Buenos Aires, Paidós.

Lewis, J. M. (1976): *No Single Thread: Psychological Health In Family Systems*, Nueva York, Brunner and Mazel.

Neugarten, B. L. (1994): "Successful Aging in 1979 and 1990", en E. Pfeiffer (comp.), *Successful Aging: A Conference Report*, Center for the Study of Aging and Human Development, Durham, North Carolina.

Thompson, W. (1972): "Correlates of the self-concept", *Dede Wallace Center Monograph*, 6, 123-127.

Salvarezza, L. y Iacub, R. (1998): "El viejo y su viejo cuerpo – Un acercamiento a la psicósomática de la vejez", en Salvarezza, L. (compilador) (2000): *La vejez, una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires, Paidós.

Seligman, M. E. P. (1972): *Biological boundaries of learning*. New York, Appleton-Century-Crofts.

Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness: On depression, development and death*, San Francisco, Freeman. (Versión española: Debate, Madrid, 1981).

Seligman, M. E. P. (1981), en Garrido Gutiérrez, I. (1995): Motivación cognitiva y social, en A. Puente Ferreras (E), *Psicología Básica (Capítulo 16)*, Madrid, Pirámide.

Vander Zanden (1986), en Rodríguez Fernández, A. (Coordinador) (1999): *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*, Madrid, Pirámide.

Yampey, N. (1973): Prevalencia actual del suicidio entre las personas de edad, en Abadi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A.J.A., Rolla, E.H. y Yampey, N. *La fascinación de la muerte*, Buenos Aires, Paidós.

## ***APÉNDICE***

### ***GUÍA DE PAUTAS PARA LAS ENTREVISTAS***

Confeccionada por el equipo del Profesor Jorge Franco – Proyecto UBACyT P 049 (Programación científica 2001/2003) “El Proceso del Cambio. Obstáculos y Alternativas”

- 1) Conocer la razón que llevó al sujeto al tratamiento.
- 2) Si concurrió por propia decisión o fue enviado por alguien. Explorar expectativas.

- 3) Si experimentó cambios durante el proceso y, en caso de que conteste positivamente, si ocurrieron en el sentido deseado.
- 4) Precisar los indicadores que el sujeto toma para decidir si ha cambiado o no.
- 5) Saber cómo es visto por sus allegados y por el profesional tratante. (Podría haber coincidencia o discrepancia de percepciones respecto del proceso).
- 6) En el caso que el sujeto considere que ha habido cambios positivos, saber a qué los atribuye.
- 7) En el caso que el sujeto considere que no han ocurrido, explorar a qué lo atribuye y agregar preguntas concretas sobre su malestar para consignar la emergencia de indicadores de cambio no autopercebidos.
- 8) Interrogar sobre sus expectativas a futuro.

***DESGRABACIÓN DE LA ENTREVISTA EFECTUADA DURANTE  
EL MES DE OCTUBRE EN EL CENTRO DE ESTUDIOS  
GRUPALES***

Las preguntas de la investigadora están en negrita y las respuestas de las participantes en itálica.

**Vamos a empezar por lo primero, tratemos de hablar de a una, así después podremos escuchar la grabación.**

**En primer lugar, ¿hubo algún motivo o razón que las llevó a hacer el tratamiento?.**

*Hubo una razón. Es la primera vez que lo hago. Perdí a mi esposo, me agarró un taxi, entonces el doctor me mandó acá y acá me fueron sacando muy bien. Cambié completamente.*

**¿Vos tomaste la decisión?**

*No, el doctor porque me veía llorar día y noche. No salía adelante, entonces mandó una carta acá, me atendió la doctora Margarita, que es un amor, con mucha paciencia me hizo venir al grupo, conocí toda esta gente.*

**¿Tus expectativas cómo eran antes de empezar la terapia?**

*Negras. Me la pasaba llorando. Entonces el doctor mandó una carta y yo empecé a venir.*

**Entonces tus expectativas eran que no iba a pasar nada.**

*Yo no vine con mucha fe. Vine sólo para hacerle caso al doctor. Pero es tan grande el cambio, tan grande, pero no fue enseguida. (Hasta ahora no sé cual de ellas es). Es Blanca.*

**(Después vamos a hablar específicamente del cambio, ahora estamos viendo el tema de cómo entró).**

**¿Vos nos querés contar?**

*Yo hace un año que perdí a mi esposo, estoy muy mal porque éramos muy unidos. Éramos muy amigos y ahora que me falta me falta todo. Y me siento muy mal, anímicamente mal, no tengo ganas de hacer nada. (Amelia)*

**Vos cómo fue que llegaste, ¿fuiste al médico y el te mandó?.**

*El médico me mandó a hacer terapia porque me dolían mucho los intestinos y me dijo que la única forma de solucionarlo era haciendo terapia. Me dijo que era la única forma y resulta que todavía no encuentro la mejoría que tendría que notar. (Amelia)*

**¿Empezaste hace mucho?.**

*Hace 3 o 4 meses, hace poco. Yo me sigo sintiendo anímicamente mal, no me siento bien. Y aparte tengo problemas de colon irritable, peor todavía, me pone peor, más mal. (Amelia)*

### **¿Qué expectativa tenés en relación a la terapia?**

*Pienso que voy a salir bien, yo estuve un año sin salir a la calle. Y ahora salgo un poco, hago cuatro cuadras y vuelvo, porque me duelen mucho las rodillas. (Amelia)*

### **¿Y vos Celia, cómo llegaste?**

*Yo vine porque el doctor me mandó porque a mi nieta le agarró anorexia. Y toda la familia estaba muy mal. Entonces el doctor me mandó y me dijo que tenía que hacer terapia porque el dolor me estaba consumiendo por adentro. Entonces vino primero mi hija a hablar con Margarita y quedaron en que yo viniera acá. Margarita es una excelente persona.*

### **¿Estabas convencida de hacer terapia?**

*Si, después de pasar esa cosa espantosa con mi nieta. Ella no quería comer decía que estaba gorda y en realidad era piel y hueso. Hasta que la llevamos al psicólogo y al psiquiatra y ahora esta lo más bien, gracias a Dios. Hace tres años que trabaja y estudia. Y yo sigo viniendo porque de vuelta tuve otro problema, mi hija se separó. Así que yo estoy en una cosa rara porque mi familia fue siempre muy unida. Y ahora con este asunto de mi hija estoy un poco triste. Mi hija está muy nerviosa. Como dice Margarita está pasando por el luto. Por eso sigo viniendo. Me parece que soy una de la que hace más tiempo que viene.*

### **¿Hace cuánto empezaste?**

*Ocho años, porque siempre tengo problemas, entonces vengo hablo con Margarita y es más fácil salir adelante.*

### **¿Tenías expectativas con la terapia?**

*Sí. Porque con el asunto de mi nieta no quería salir, comer. Estaba en un momento muy crítico. Entonces el doctor me mandó y primero tuve una entrevista sola con Margarita y me dijo que tenía que venir al grupo a ver como funcionaba. Empecé a venir y es bárbaro, con ella es bárbaro.*



**¿Y vos Paulina, hace cuánto llegaste?**

*Ocho años. Llegué acá con un problema de cambio. Me mudé a Capital. Yo vivía en Santos Lugares, en una casa Y ahora vivo en un departamento. Me faltaba el aire, vio. Extrañaba mucho, añoraba.*

**Siempre habías vivido en Santos Lugares.**

*No, había vivido en un departamento en Floresta cuando recién me casé. Después me fui a Santos Lugares.*

*Tengo problemas psicológicos de hace muchos años, lo fui arrastrando pero venía bien.*

*Por PAMI estaba bien atendida, no me puedo quejar.*

*Y a los nueve meses muere mi esposo, entonces tuve un duelo de varios años.*

*Ella lo saben bien, varios años de duelo, porque yo no tengo hijos, entonces todo mi amor, mi cariño era para él.*

*Tengo hermanos y todo, pero siempre es distinto. Y sigo viniendo porque para mí es un apoyo muy grande. Creo en la psicología.*

*Yo creo que no podría vivir si me tengo que ir de acá. Me pondría muy mal.*

**¿Cuándo viniste la primera vez te había mandado alguien?**

*No, le pregunté a la doctora de cabecera qué era lo que podía hacer para sentirme mejor, porque me sentí muy mal.*

*Yo quería venir. Fui hasta PAMI porque también tenía que hacer otras gestiones, y ellos me dieron con Margarita. Hice un par de sesiones individuales y ella me dijo que el grupo me iba a hacer muy bien.*

**¿Tus expectativas eran buenas?**

*Muy buenas, yo creo mucho en la psicología.*

**¿Y vos Dora?**

*Yo hace 31 años que soy viuda. Vengo de un matrimonio que no fue muy feliz. Al año de casada nació mi hijo y mi marido se enfermó y murió cuando mi hijo tenía cinco años. Entonces él se crió solo conmigo. Yo siempre estuve pendiente de él. Trabajaba en cuatro lugares para poder mantener la casa y a él. Aparte yo siempre soñé con tener una nena. Igual cuando nació mi hijo lo quise pero pensaba para cuándo la nena.*

*En ese tiempo mi marido se enfermó. Entonces pensé: cuando mi hijo sea grande y se case voy a tener una hija, ésa era mi ilusión.*

*Cuando mi hijo se puso de novio y se casó con una chica excelente, pediatra, con él se adoran. Pero no es como una hija, es como una nuera, igual me respeta, me habla muy bien, pero yo siento la distancia que hay entre las dos. Yo quiero que me llame por teléfono, que venga a casa a tomar mate, jamás lo hizo. Hace diez años que están juntos. Yo la quiero, pero igual mantenemos la distancia. Eso me pone muy mal.*

*Cuando se casó mi hijo todo eso hizo explosión y se me manifestó en la boca. Tenía un dolor terrible.*

*Fui a la dermatóloga y ella me dijo que era psicológico y ella me mandó, tenía toda la lengua pelada. Entonces el médico de cabecera me dijo que vaya a PAMI 5 que me iban a derivar a un psicólogo.*

### **¿Empezaste enseguida a hacer el grupo?**

*La primera fue individual y después Margarita me dijo que el grupo me iba a hacer bien.*

### **¿Hace cuánto?**

*Hace un año o dos. No falté nunca. Me atrae venir acá, me siento bien. Yo les cuento a las chicas que cuando salgo de acá me siento otra, me siento muy bien. Margarita es un amor.*

### **¿Antes de conocer a Margarita qué expectativas tenías?**

*Yo quería curarme lo de la boca, porque me dolía mucho.*

### **¿Y vos Nieves, cómo fue?**

*A mi me dio como un ataque de pánico. Mi hija estaba desesperada entonces llamó a la ambulancia y ellos le dijeron que me trajeran acá. Y me atendió Margarita con otro doctor que no me acuerdo el nombre.*

*El problema que tengo yo es que tengo una hija desaparecida, por eso llegué acá a la miseria, temblando.*

### **¿Hace mucho?**

*Cuatro años.*

### **¿Tenés más hijos?**

*Tengo dos hijos más. La que desapareció fue la menor.*

**¿Te mandó el médico?**

*Sí, porque tuve ese ataque, parecía un lavarropas, temblaba como una hoja. Pero ahora desde que vengo acá soy otra. Cada vez que vengo salgo como nueva, renovada. Margarita es como una amiga más.*

**¿Vos creías que venir te iba a hacer bien?**

*Sí. Yo a las tres o cuatro veces que vine ya cambié.*

**Ahora vamos a hablar de eso.**

*Dora: Yo quería decirle que cuando era joven cuando escuchaba decir que alguien iba a la psicóloga yo decía, ¿como voy a ir a una psicóloga?, no tenía fe. Yo vine porque me mandó el doctor, y tuve que reconocer que estuve equivocada.*

*Cuando mi hijo tenía 8 o 9 años el tenía mucha alergia, siempre con la nariz tapada. Lo llevé a cualquier cantidad de otorrinos , pero siempre seguía igual. Hasta que uno me dijo que por qué no lo llevaba a una psicóloga para que le haga un estudio. Entonces lo llevé, que me hizo ir como cuatro semanas, a mí no me dejaba entrar, le hacía preguntas a mi hijo. Un día me dijo que sacara turno para el psiquiatra que el va a estudiar todo lo que el hizo y le va a dar un informe.*

*Cuando fui me dijo, porque yo me casé grande, me dijo: mire, el estudio de su hijo confirma lo que yo digo siempre, que los hijos de padres grandes son bochos. Así me dijo. Su hijo es un superdotado. Entonces con eso estaba tranquila, pero después aparece lo mío, cuando se casó.*

**Vamos a hablar específicamente del cambio, ¿qué indicador o qué cosa les muestra que se cambió algo? Todas me decían: bueno ahora me siento... ¿Pero qué es lo que indica que algo cambió?**

*Nieves - Primero que no estoy tan pesimista, que no estoy tirada en la cama como estaba antes. No hay que tener cama en la casa de la gente con depresión, si ves una cama te tirás.*

*Yo no me quería bañar, no me quería lavar la cabeza, entonces en el caso de una eso era un mal síntoma. En cambio ahora es diferente.*

**O sea que en esas cosas vos ves el cambio...en la relación con los demás.**

*Nunca tuve mala relación con los demás, aún estando enferma. Pero hubo un momento que me puse mala, con mi hija mayor que me trajo acá, ellos decían que no me iba a quedar más de 3 veces, me trajeron y me esperaron y después empecé a seguir viniendo sola, por el buen camino.*

**¿Vos en qué lo notás el cambio? ( a Dora)**

*Ahora estoy asumiendo todo lo que me está pasando, ya me estoy acostumbrando. Al principio me dolía terriblemente y ahora me duele menos, recién como que me estoy adaptando que la cosa es así.*

*Y desde que nacieron mis nietos estoy con ellos, 2 varones con los que me llevo muy bien.*

*El otro día le dije a mi nuera: “me tenés que dar una nena” y me dijo: “me parece que vas a tener que esperar”.*

**¿El cambio solamente lo notás en esto de que te duele menos?**

*Me duele menos, lo demás sigue igual. Mi hijo tuvo muchos contratiempos económicos, al principio me ayudaba, después dejó de ayudarme porque no podía, ahora está trabajando bien y algo me ayuda. Yo voy a la dermatóloga y me da algo para tomar pero igual me dice que es psicológico.*

**¿Pero igual sentís el cambio?**

*Sí, al principio no podía ni hablar, ahora ya estoy mejor. Igual sigo yendo al medico cada mes a mes y medio. Esto me ayuda a asumir lo que pasa.*

**¿ Y vos Blanca en que sentís el cambio?**

*Y bueno, yo en estos 3 años asumí que era tan coqueta y no quería salir, estaba tirada en la cama. Tengo muchos nietos y sobrinos que me llamaban y me dijeron después de mucho tiempo... porque me dejaron de llamar, llamaban y yo lloraba y lloraba.*

*Y me hablaron, y las cosas empezaron a cambiar, yo empecé a salir, las conocí a ellas.*

*El primer día no quería ni tomar café, ahora hablamos como si fuéramos hermanas, voy al centro de jubilados, y he cambiado mucho.*

**¿En que más lo notas?**

*Estoy más tranquila, antes miraba TV y lloraba, ahora me concentro en las novelas y películas. Me junto con mis vecinas que me llaman.*

*Estuve enyesada mucho tiempo, lo único que me faltaría para poder estar bien es rebajar de peso, me siento pesadita. Ahora estoy un poco más delgada, si hasta el portero me dijo como había cambiado, me dijo que estaba mas linda. Antes ni me lavaba la cara, ahora estoy mucho mejor, me siento mejor.*

**¿ Y vos? (a Amelia)**

*Antes venía Margarita a hacer terapia en mi casa y me recomendó que venga al grupo que me iba a hacer bien, me hizo bien porque ahora puedo salir a la calle, antes no.*

*Pero generalmente ahora me cuesta salir, pero como Margarita me dijo: “tiene que salir”, empecé a salir de a poco. Pero aparte tengo problemas de rodilla, pero me hizo bien. Lo que pasa ahora es que estoy un poco bajoneada. Tengo problemas de intestino, que me tiene bastante preocupada, pero pienso que voy a salir yo como salieron las demás.*

**¿Pero por lo menos sentís un cambio, cambiaste la actitud de abrir la puerta y salir un poco?**

*Sí. Venir los miércoles acá es muy importante.*

**Y Celia ¿vos como sentiste el tema del cambio?**

*Bárbaro, cambió todo porque también tenía mi problema, no quería salir. Cuando recién vine acá no quería salir, mirar vidrieras, por la cuestión de mi nieta, que me tenía completamente mal.*

*Pienso que cuando vine acá cambió todo. Salgo, camino, paseo, entré a un grupo de jubilados con los que hacemos paseos.*

**Y cuando tenes algún problema ¿qué sentís que cambió ante el problema?**

*Y, pienso que esto va a pasar. Mi hija se separó y ella estuvo bastante mal, así que pienso que esto va a cambiar, si lo pude superar yo, ella también... bueno para mí cambió mucho.*

**Y vos Paulina ¿ en que sentís el cambio?**

*Yo bajo mi condición de paciente psicológica pienso que el entorno es bueno porque ya dejé de llorar, ese duelo que fue largo, las chicas saben. Empecé a salir, pude ir a los clubes, esto fue un cambio también, comer al sol al mediodía. Psicológicamente digo que el cambio fue muy bueno. Hay algo que todavía no superé, que por las tardes hay un vacío que todavía no se ha llenado..., trato de escapar a eso y salgo a hacer compras.*

**Por ejemplo, si tenés un problema, ¿vos sentís que tenés la misma actitud que antes?**

*No, no, estoy mucho mejor, trato de superarme, de darme fuerzas.*

**¿Ustedes tienen alguna percepción sobre como lo ven los demás?  
¿Sienten que la familia, el entorno, incluso el terapeuta las ven cambiadas o perciben que no? (a la primera que comenzó respondiendo en la entrevista)**

*A mí me ven todos cambiada. Igual como dice Paulina todavía hay un vacío pero que se va a superar, si una estuvo casada mucho tiempo cuesta la comida sola*

**Los demás entonces las ven cambiadas.**

*Sí, completamente.*

**¿El terapeuta también?**

*Sí.*

**Y en relación a como ustedes notaban el cambio y como lo ven los demás, ¿es lo mismo?**

*Sí, hay acuerdo. (todas)*

*Paulina: Uno no se tiene que conformar con lo que le dicen los demás porque se tiene que conformar con lo que uno siente que es lo más importante. Porque te pueden decir que bien que estás y te estás muriendo. ¿Es verdad o no?*

**No, quería preguntar si es tan grande el cambio que afuera se percibe igual que adentro.**

*Si uno tiene hijos es muy distinto, yo pienso como yo pienso. Y bueno, los que tienen hijos piensan en otra cosa, nosotras que no los tenemos, nos volcamos siempre a lo que nosotros pensamos. A mí me dicen “estás mejor”. Sí, estoy mejor, pero realmente sé como yo me siento. (Paulina).*

*Dora: Cuando yo estaba tan mal y todavía trabajaba, mi hijo terminó la secundaria y después se recibió de contador, el soñaba con serlo. El es muy apegado a mí., me llama una o dos veces por día, yo no puedo decir nada, pero*

*mi nuera ahí... no puedo hablar de ella pero tampoco puedo decir que es mi hija.*

**¿Tu hijo te dice que cambiaste en algo?**

*El me escucha, me aconseja, es un divino.*

**¿Estos cambios que ustedes ven los atribuyen a algo particular?**

*Blanca: Nos ayudan a vivir, hace 10 años que mi hermana mayor está en un geriátrico, yo la iba a visitar todos los días, cuando pasó lo de mi marido venía de verla y me tiraba a llorar en la cama., ahora ya no lloro. Estoy sobrellevando este peso.*

**¿Y alguna de las otras chicas?**

*Paulina: Al tiempo que pasó, a la psicóloga, a la ayuda que nos dio.*

*Nieves: Mi yerno me controla para que vaya.*

**¿Y vos Amelia que sos la más nueva?**

*Yo me encuentro mucha mejoría, pero me falta. Bajar el cordón me cuesta. Con el tiempo se va a solucionar Estuve un año sin salir a la calle, a veces tengo mucha tristeza, le echo la culpa al estado en que uno está. Pero si los otros pudieron pienso que yo también.*

**Y el resto, ¿sienten que algo no cambió todavía?**

*Paulina: Por la tarde a veces te deprimís y no lo podés solucionar.*

*Amelia: Yo me encuentro que estoy sola, a mi hija la veo poco.*

**Para terminar, ¿Cuáles son las expectativas a futuro?**

*Dora: Yo lo único que espero es la aceptación de mi nuera, para mí sería la gloria, que me devuelva el amor que yo le brindo, que no le falte trabajo a mi hijo.*

*Nieves: Salud, para ver a mis nietos casados, ver a mis bisnietos, salud para sentirme bien.*

Blanca: *Poder salir, andar de aquí para allá, pido 5 años más para poder estar así.*

Amelia: *Yo quisiera salir de este encierro que tengo.*

(Las compañeras la alientan).

Paulina: *Que el futuro sea mejor, que se arregle el gobierno y que el banco me devuelva todo.*

Celia: *Trabajo, que a mi hija se le vaya el luto que tiene.*

**La verdad es que les quiero agradecer muchísimo.**

*Nosotras estamos muy agradecidas, estuvimos muy cómodas. APLAUSOS.*