

# La Psicoterapia de grupos en la crisis vital de la edad avanzada

Margarita Robertazzi<sup>1</sup>

## Resumen

Este artículo se propone narrar algunos aspectos del recorrido realizado por un grupo psicoterapéutico constituido por mujeres de edad avanzada y que lleva, hasta la actualidad, diez años de funcionamiento.

Tomando como punto de partida esta experiencia, se desarrollan estos cuatro tópicos: el tratamiento grupal como una elección adecuada en las crisis vitales de la edad avanzada, algunas características de esta etapa evolutiva, las particularidades que la misma adquiere en un país como el nuestro y, finalmente, algunos prejuicios sobre la vejez que resultan obstaculizadores en el trabajo profesional con este tipo de pacientes.

**Palabras claves:** grupo terapéutico, ancianidad, etapa evolutiva, contexto, prejuicios.

## Abstract

This article intends to reflect the path followed by a therapeutic group which is formed by elder women that has been functioning for ten years up to the present moment.

This experience will be the point of departure to develop four topics: the group treatment as a right choice during the vital crisis of aged people, some characteristics of this evolutionary stage, the particularities that this phase takes in a country like ours and, finally, some prejudices about old age that become a strong obstacle for the professional work with this kind of patients.

**Key words:** Therapeutic group, aged people, evolutionary stage, context, prejudices.

---

1. Licenciada en Psicología. Magister en Metodología de la Investigación Científica. Doctorando en Psicología de la Universidad de Palermo. Profesora de la asignatura Interacción Social y Dinámica de Grupos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. Docente e Investigadora de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: marga@interprov.com

## Introducción

La experiencia grupal de la que trata este artículo se ha venido desarrollando desde el mes de marzo de 1994, en un barrio porteño de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en una institución<sup>2</sup> que presta servicios de salud mental para el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido en nuestro país como PAMI.

Este trabajo está planteado desde el punto de vista de la terapeuta que ha coordinado un grupo psicoterapéutico de mujeres de edad avanzada durante estos últimos diez años; debe señalarse, no obstante, que se cuenta con la expresa autorización de las pacientes para presentar esta publicación y que buena parte de las opiniones aquí vertidas ya han sido consensuadas y formarán parte de los temas que se seguirán desplegando en futuras sesiones del tratamiento.

Esta especie de co-autoría de las pacientes está indicando un dato de por sí relevante: las participantes sostienen respecto de su tratamiento una posición activa: hacen propuestas, toman iniciativas, solicitan cambios, presentan, aunque en menor medida, sus cuestionamientos. Su interés en presentar esta publicación se corresponde a la creencia colectiva de que han contribuido a construir un espacio que, en la medida en que ha resultado útil para ellas, también podría serlo para otros. En esta perspectiva, ubican a los posibles lectores, como lo han hecho antes con los incontables alumnos que las han visitado para realizar pasantías, residencias, o bien para realizar una experiencia clínica para un posterior trabajo monográfico.

Este espacio grupal es altamente valorado por las participantes, quienes se han convertido en difusoras de sus ventajas. En la medida en que se presenta esta posibilidad, recomiendan a otros, en general, con muy buen criterio, el tratamiento de distintos problemas y la conveniencia de trabajar grupalmente.

A partir del trabajo realizado sobre ellas mismas, ha aumentado su comprensión sobre la problemática del entorno familiar y, en ocasiones, ha sido posible visualizar importantes conflictos o patologías que afectaban a otros familiares –hijos, nietos, esposos, hermanos– quienes comenzaron su propio tratamiento o bien participaron de entrevistas familiares. Asimismo, comenzaron a observar con interés a amigos, conocidos y vecinos de edades similares, a los que muchas veces recomendaron con acierto tratamiento psicoterapéutico. En esta misma línea, debe consignarse que también construyeron con éxito un espacio grupal propio, a la manera de un Centro de Jubilados, en el que participan algunas de las pacientes del grupo y otros miembros externos a él.

---

2. Se trata del Centro de Estudios Grupales, institución que fuera fundada por el Profesor Dr. Juan José Morgan, en 1978, con la finalidad de ofrecer un espacio de docencia, investigación y atención en salud mental que resultara favorecedor para remover posiciones dogmáticas y propiciar la apertura a nuevos desarrollos teóricos y técnicos. En aquel momento, el tratamiento grupal era connotado como una opción heterodoxa y contestaria. En esa organización se formaron muchos profesionales, psiquiatras y psicólogos, entre otras especialidades. Recién a partir de 1993, se comenzó a trabajar con la primera obra social, el INSSJP. El grupo del que se ocupa este artículo comenzó a funcionar al año siguiente.

Pacientes y terapeuta fueron descubriendo juntas la importancia del lazo social en esta etapa de la vida: a ellas el paso del tiempo y las pérdidas de seres queridos –parejas, amigos, familiares, vecinos- las había sumido en el dolor y el aislamiento. En el mejor de los casos, había disminuido la riqueza de su vida social. Otras veces, era la falta de comprensión respecto de sus propios síntomas, o bien de las crisis familiares, lo que había provocado retracción y retraimiento. A la vez, la terapeuta tuvo oportunidad de descubrir y reflexionar sobre esta etapa de la vida y las características del lazo social, dado que, hasta ese momento, carecía de experiencia en la atención de pacientes ancianos y su práctica profesional con grupos siempre se había centrado en la atención de adultos jóvenes.

En función de lo expuesto, cabe aclarar que este artículo no está escrito desde el lugar del especialista en psicogerontología, sino desde el del terapeuta grupal que descubre, azarosamente, desde el trabajo clínico, una herramienta eficaz para el sufrimiento de algunas personas de edad avanzada y, finalmente, comprende que, en todas las etapas de la vida, se necesitan interlocutores y resultan indispensables los lazos sociales contenedores y amorosos.

Una vez planteada esta posición, se presentará una narración breve que describa las características que ha tomado este grupo psicoterapéutico y se propondrá este tipo de tratamiento como una elección adecuada y eficaz para el tratamiento de personas de edad avanzada.

A posteriori, se intentará describir la etapa evolutiva del envejecimiento desde la perspectiva de los propios viejos. En este marco, se hace indispensable pensar en los aspectos contextuales que hacen que no resulte igual envejecer en Buenos Aires o en otro lugar del mundo.

Finalmente, una última reflexión estará referida al sinnúmero de prejuicios existentes respecto de la vejez, que pueden convertirse en factores obstaculizadores para el tratamiento de este tipo de pacientes.

## **Breve Descripción del Grupo Psicoterapéutico**

Las características del trabajo realizado en el grupo terapéutico responden, en alguna medida, al modelo teórico-técnico al que adscribe la terapeuta, a su propios valores y criterios para conducir un tratamiento grupal, pero también a las sujeciones que impone el hecho de formar parte de una institución con sus propias vicisitudes.

El contrato que la institución mantiene con el INSSJP es del tipo capitado, es decir que compromete al prestador a ocuparse de la salud mental integral de un número fijo de afiliados, en el caso de que consulten por ellos mismos, o bien a pedido de sus familiares, su médico de cabecera, algún otro especialista, el juez, otra institución o cualquier posible derivador. Así como no existen demasiadas trabas burocráticas para la admisión del paciente, tampoco existen restricciones temporales respecto de la duración del tratamiento.

Este tipo de contrato parece provocar efectos que deben considerarse al describir la práctica profesional: gran número de consultantes no concurren por su propia decisión y, a la vez, parece imponerse, en oportunidades, un perfil de consultante que podría

caracterizarse como una especie de *paciente permanente*. Este es el que requiere a las distintas instituciones contratadas ser atendido en sus demandas, independientemente del contenido de las mismas, es decir, de que esté indicado o no el tratamiento, pues imagina que se trata de un derecho que lo asiste por ser afiliado a su obra social. De este modo, personas que, generalmente, se atienden por su prepaga, cuando se trata de tratamientos psicológicos o psiquiátricos eligen hacerlo por PAMI. Si se tomara como único indicador el monto de los ingresos mensuales que perciben como pensión y/o jubilación, no puede dudarse que las personas mayores se encuentran en un estado de vulnerabilidad y que se consideran avasallados en sus derechos. Podrían existir otras circunstancias agravantes en el propio entorno familiar o bien en el circuito de atención médica o en la vida social en su conjunto, ocurre que, en el espacio psicoterapéutico, debería poder transitarse desde la queja o las quejas múltiples al deseo de hacer algo con ellas, y no siempre es posible este tránsito con los denominados *pacientes permanentes*. El grupo terapéutico que se describe en este artículo, con mayor o menor éxito, intenta poner un límite a la admisión de este tipo de pacientes, porque resultan frustrantes para ellos mismos, los otros participantes y también los terapeutas.

Las particularidades de esta cobertura médico-social, y la falta de restricciones al tiempo de atención para la salud mental del afiliado, resultan de mucha utilidad para los pacientes que presenten problemáticas crónicas o bien que se caractericen por un fuerte deseo de realizar un trabajo psicoterapéutico sobre ellos mismos, pero resultan un obstáculo para el trabajo del terapeuta en otros casos.

La institución se asegura mediante la cápita cierto monto relativamente fijo de ingreso mensual de dinero y de pacientes. La política seguida por el INSSJP -y por el país en general- hace que ese ingreso de dinero sea cada vez menor y más esporádico, mientras que el flujo de pacientes resulte prácticamente vertiginoso.

La consulta en salud mental -cuando se trata de pacientes ancianos- parece estar absolutamente instalada dentro del denominado *modelo médico hegemónico*.

Los motivos de consulta de los ancianos son de diversa índole: una caída accidental -y su posterior rehabilitación- pueden provocar cambios en la vida cotidiana y, a partir de allí, inseguridad, pérdida de la autonomía, sentimientos de inutilidad y hasta falta de deseos de vivir. Las secuelas de accidentes cerebro vasculares, los fallas de la memoria, las descompensaciones en personas con cuadros de demencia senil, los conflictos con familiares directos y, en casi todos los casos, la soledad. Muchos de estos pacientes llegan a su primera entrevista de admisión ya medicados psicofarmacológicamente, a veces desde hace ya tantos años que no recuerdan quién lo hizo, generalmente, ellos mismos o sus familiares regulan la administración de antidepresivos o ansiolíticos. Es muy frecuente que porten el rótulo de padecer de *síndrome depresivo*, diagnóstico de elección de los médicos de cabecera, independientemente del tipo de cuadro que el sujeto padezca. Estos rótulos resisten el cambio y suelen tranquilizar tanto a las familias, a los profesionales intervinientes y, en oportunidades, al propio anciano.

Para ingresar al grupo terapéutico, las pacientes han tenido una entrevista de evaluación realizada por la coordinadora del grupo, destinada a considerar los criterios

de derivación de la institución, la patología de los consultantes y las ventajas o desventajas de incluirse en un tratamiento de este tipo.

Se considera que un criterio de admisión indispensable es el deseo de los pacientes para participar de un trabajo compartido que requiere cierta tolerancia a la frustración y compromiso para obtener el cambio positivo buscado. Es un criterio de exclusión el hecho de que se deposite toda la expectativa en la función del médico y de los psicofármacos. Muchas de las pacientes del grupo terapéutico al que se está haciendo referencia, se encuentran medicadas por diferentes psiquiatras o médicos de cabecera, no se plantea una confrontación con este tipo de tratamientos sino una complementariedad. Con el paso del tiempo, y en algunos casos, son las mismas participantes quienes dejan de tomar una medicación que ya no les es necesaria.

Desde su inicio, el grupo terapéutico funcionó en la misma banda horaria con una frecuencia semanal y con una modalidad abierta al ingreso o egreso de pacientes. El hecho de que sus participantes sean mujeres no fue previamente planificado, la razón debe buscarse en que mayoritariamente pertenecen al género femenino las personas que consultan por problemas de salud mental en la institución.

El grupo se ha reunido dos horas a la semana, durante cinco años y desde 1999 se ha comenzado a trabajar con una frecuencia quincenal. Este cambio obedeció a la necesidad institucional de dar altas y renovar la circulación de pacientes. Las integrantes del grupo -ya muy mejoradas, considerando sus motivos de consulta y el proceso terapéutico realizado- no deseaban, sin embargo, despedirse del grupo y sostuvieron su deseo de continuar, conduciendo a la terapeuta y también a la institución a volver a pensar la conducta terapéutica a seguir.

Se trata de un grupo abierto respecto de su encuadre, aunque, en la práctica, habría escasa movilidad debido a la estabilidad y el compromiso de sus miembros, por lo tanto, dicha apertura está francamente limitada.

En el momento actual, el grupo está constituido por once mujeres, con una edad promedio de 79 años. Siete participantes tienen un largo recorrido en el proceso terapéutico, cuatro de ellas pueden considerarse fundadoras y, entre las cuatro señoras que ingresaron más tarde, la última lleva, aproximadamente, tres meses de tratamiento.

Todas ellas podrían encuadrarse dentro del genérico rótulo de pacientes neuróticas, en sus diversas variantes, pertenecen a la clase media empobrecida característica de esta sociedad, lo que se hace sentir con más intensidad por estar incluidas dentro de la denominada *clase pasiva*. La problemática socio-económica está presente en el discurso de todas las participantes, con distintos niveles de gravedad.

A lo largo del proceso terapéutico hay pacientes que han dejado de concurrir por distintos motivos: una integrante se encuentra internada en una clínica de rehabilitación por las secuelas de un accidente cerebro vascular, otra fue internada en una institución geriátrica por padecer demencia senil, una tercera, luego de su segunda operación de cadera está imposibilitada de salir de su domicilio; otras personas han dejado de concurrir por haberse mudado de domicilio y ya no podían trasladarse hasta la institución. Asimismo, en la historia de este grupo, se han producido algunas -pocas- despedidas

de compañeras, quienes, luego de un trecho compartido, han manifestado su deseo de dejar el grupo, es posible encontrar un factor común en algunas de estas participantes, la imposibilidad de modificar posiciones narcisísticas o fachadas que les impedían establecer lazo social genuino e implicarse en procesos de cambio psíquico. Eligieron por otros grupos donde no se hablara de problemas, donde se pudieran entretener y así lo manifestaron al despedirse. Hasta el momento, la única baja por fallecimiento, paradójicamente, se ha producido con la participante de menor edad en el grupo. Es de destacar que las participantes contemplan, a veces, muy reflexivamente, esta posibilidad para ellas mismas.

Un párrafo aparte merece la posición de la terapeuta al iniciar el grupo: si bien ya había coordinado muchos grupos terapéuticos, suponía, que en este caso, se trataba de pacientes *especiales*: ¿qué podría hacer con gente de tanta edad?. La primera decisión fue trabajar con un modelo lo suficientemente flexible, que permitiera utilizar las herramientas habituales, sin dejar -al mismo tiempo- de centrarse en el tema de consulta para la resolución de los problemas, pues suponía *poca vida* para el grupo en cuestión. A la luz del tiempo transcurrido no se puede dudar de calificar de prejuiciosos a estos presupuestos con los que inauguraba la tarea.

El dispositivo grupal con el que se trabaja actualmente atiende a la salud mental del paciente *viejo* sin perder de vista la singularidad, pero considerándola incluida en una crisis vital propia de *algunos*, conjunto al que todos perteneceremos en el futuro, si llegamos a vivir tantos años.

A pesar de los prejuicios iniciales, se aceptaron pacientes con problemáticas sumamente heterogéneas, la única homogeneidad estaba referida a la edad y el grado de disfunción que la misma podría acarrear. La relación entre pacientes y terapeuta se ha servido de la palabra, no se han planteado temas permitidos o prohibidos; el discurrir del discurso ha ido surgiendo a partir de los intereses de las participantes. El rol de la coordinadora ha consistido en escuchar, acompañar e intervenir sobre el discurso, evitando todo tipo de juicio valorativo y/o normativo. Se ha apuntado tanto al aquí y ahora, como a la elucidación de conflictos emocionales inconscientes de larga data.

Se ha propiciado, en todos los casos que resultara necesario, la coexistencia de tratamientos combinados: ya sea incluir sesiones de psicoterapia familiar, de pareja, individuales, con los acompañantes o los cuidadores o bien de control psicofarmacológico. No obstante, siempre se ha mantenido la autonomía del espacio grupal y el respecto por el encuadre y las fronteras establecidas, como un modo de favorecer la contención, la confidencialidad y los vínculos de confianza, necesarios para el trabajo psicoterapéutico.

No sería honesto, sin embargo, dejar de señalar que el trabajo profesional en este grupo ha presentado ciertas particularidades que se han podido identificar a lo largo del tiempo:

- La presencia de las pacientes ha estado vinculada a situaciones climáticas: hay mucho ausentismo los días de lluvia, cuando hace mucho calor o mucho frío. La mayoría de las pacientes no están en condiciones económicas de costearse un taxi, en oportunidades se organizan entre varias y pueden llegar juntas a la sesión.

- La coordinadora debe tener presente el hecho de hablar en voz bien alta y ser bastante expresiva en sus intervenciones para asegurarse que todas puedan escuchar: varias de las pacientes tienen limitaciones en la audición, algunas usan audífono o deberían hacerlo, lo que ocasiona dificultades atencionales.
- La anterior recomendación debe extenderse a todas las participantes, a los alumnos y jóvenes graduados: cuando se habla en voz muy baja es frecuente que se organicen subgrupos, se conversa con quien se encuentra sentado próximo, porque no pueden escucharse y se hace necesaria la intervención de la coordinación para lograr una puesta en común.
- El ingreso de nuevos pacientes ha generado los mismos problemas que en cualquier otro grupo, pero aquí se agregaría una dificultad adicional. Es común que quien ingresa necesite ser escuchado casi con exclusividad, en función de las situaciones de aislamiento que muchas veces padecen estos pacientes, provocando así irritación en las otras participantes y en el mismo ingresante, en función de los límites que -muchas veces- se le han impuesto. Ha sido durante esas primeras sesiones del tratamiento -sino luego de la primera- donde se produjeron más frecuentemente las deserciones.
- En el transcurso de una sesión han sucedido momentos de desorden, en general, referidos a la necesidad de una o más participantes de recurrir a *andamiajes externos*, o instalar una memoria auxiliar, *la memoria de papel* para retener algunos datos de interés: nombre, teléfonos, direcciones. En un caso en particular, esta limitación ha sido particularmente dramática dentro del grupo<sup>3</sup>. Se suman y complican las dificultades para escuchar, retener, movilizarse o también para escribir.
- Una característica, tal vez mucho más marcada que en grupos terapéuticos de pacientes de otras edades, es la relación social extragrupal, intensa y sumamente relevante para las participantes.
- La relación transferencial, obviamente, ha ido sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo, sin embargo han sido frecuentes los momentos de idealización de la terapeuta y del grupo en general; se considera este espacio como muy valioso y debe ser preservado; no obstante son frecuentes las situaciones en que ellas, desde su lugar de madres o abuelas experimentadas, intentan *cuidar a la terapeuta* y la aconsejan respecto de la alimentación, del descanso, o

---

3. Esta afirmación está referida a una paciente que hace tiempo ya no pertenece al grupo y se encuentra actualmente internada en una institución geriátrica, sus fallas mnemónicas provocaban angustia e impotencia en el resto de las participantes porque no sabían de qué modo ayudarla. Se trataba de ayuda concreta, por ejemplo, poder saber el lugar al cual se dirigía la paciente cuando finalizaba el grupo, dato que muchas veces ella no recordaba. Esta situación da lugar a dos cuestiones, por lo menos. La primera referida a lo ya expuesto respecto de la importancia de que exista una homogeneidad respecto de las disfunciones de las participantes. La segunda apunta a la red familiar y a las dificultades que a veces surgen para lograr su participación en el tratamiento de las personas de edad avanzada.

cuestiones de la vida en general. Algo similar puede registrarse con la presencia de estudiantes dentro del grupo, como ya fuera señalado.

- El vínculo con la institución está también valorado positivamente. Estos años de proceso terapéutico han sido atravesados por los vaivenes del INSSJP y del país en general. Las pacientes son muy conscientes de las inserciones institucionales que han ido perdiendo, de la paulatina disminución de los servicios sociales y están al tanto de la compleja situación económica de todos los prestadores, quienes por las deudas que el PAMI tiene con ellos continúan trabajando en situación de incertidumbre. Están entrenadas en realizar una lectura crítica de la información que proporcionan los medios de comunicación de masas respecto de los temas que les competen, en función de la distancia entre lo que las distintas autoridades de la obra social han proclamado y proclaman y lo que sucede efectivamente. Se sienten agradecidas con la institución que no les ha retaceado tratamiento.
- En todas las sesiones se ha incluido un momento de esparcimiento consistente en tomar té o café o algún refresco. A la vez, habría sesiones especiales que se corresponden con festejos que organizan las propias pacientes, referidos a cumpleaños o fechas especiales. En este marco, un acontecimiento especial ha sido siempre la llegada del fin del año y el más celebrado y emotivo fue el año 2000.

La psicoterapia de grupos requiere del terapeuta un esfuerzo importante por sostener el encuentro grupal sin interrupciones, o, por lo menos, con las mínimas posibles, en función de que no podría cambiarse el horario de la sesión con la misma facilidad que se haría con un paciente individual. En los grupos formados por miembros de distintas edades, es conveniente respetar tiempo y espacio una vez establecidos, la co-terapia es una buena solución, cuando se presentan dificultades inevitables en la vida del coordinador. En este grupo, además, la inclusión de una co-terapeuta ha favorecido el descentramiento de una transferencia idealizada sobre la coordinadora y la apertura de una nueva mirada sobre el grupo y sus participantes. Esta situación -que ha reportado un enriquecimiento para la tarea en general- no había estado planificada: durante el segundo cuatrimestre de 2002, una alumna de la Universidad de Palermo se incluyó en el grupo terapéutico con la finalidad de realizar su residencia, así como también habían hecho otros anteriormente. Podría sintetizarse diciendo que se ha tratado de una elección recíproca, desde entonces el grupo cuenta con la presencia, el interés y la atenta escucha de la ahora Licenciada en Psicología Ana María Calcagno, incorporación que ha favorecido la divergencia, el amable disenso, la apertura de nuevas perspectivas para todos, sin poner en riesgo la cohesión.

## **La ancianidad como Crisis Vital**

No puede sostenerse que todos los ancianos sean iguales, así como no puede decirse algo similar de los adolescentes o de los niños, sin embargo pueden describirse cuestiones que son más o menos típicas de cada etapa del ciclo vital.



Como ya fuera señalado, en este espacio grupal se intenta mantener la cohesión - una de las principales tareas de la coordinación, junto con la de conducir el tratamiento- a la vez que se estimula la diferenciación. Es entre mujeres, con sus particularidades, que se ha ido construyendo un discurso colectivo y, en esta narración conjunta, cada señora va ocupando su lugar y haciendo escuchar su palabra y sus preguntas, que son siempre propias.

Es muy difícil sostener que las personas ancianas constituyan un conjunto homogéneo, esta experiencia grupal, justamente, ha mostrado la diversidad. No todos envejecemos del mismo modo ni al mismo tiempo. Hay acuerdo en la bibliografía consultada respecto de que los 65 años constituyen una convención que indicaría la llegada de la ancianidad, sin embargo este parámetro no se ajustaría demasiado a la realidad de muchas personas de 65 años, absolutamente vitales, independientes y en plena capacidad; lo mismo vale para personas de 80 años o más que aún llevan su vida adelante sin mayores signos de deterioro. En este aspecto, debe considerarse el aumento en el nivel de expectativa de vida y son los cambios demográficos los que dan cuenta de ello. Asimismo, pareciera que, dentro de la población anciana, las mujeres estarían en una media superior en siete años más de vida que los varones. *“En el año 2000, la mayoría de los países industrializados tendrá una población mayor de sesenta y cinco años del 15%, y en las primeras décadas del siglo XXI puede llegar a constituir una cuarta parte de su población”*. (Moragas, 1991, p. 49)

Estos datos corresponden a poblaciones de países industrializados, en sociedades como la nuestra, la desigual distribución de los recursos, probablemente, genere que el nivel de expectativa de vida esté en relación con esas diferencias, sin embargo habría coincidencias entre los autores respecto de que los avances científicos y tecnológicos, la mejor atención de la salud, una correcta alimentación y un aumento de la calidad de vida en general han hecho posible que más personas puedan llegar a viejas, sin que dependa exclusivamente de que se trate de sujetos con una dotación privilegiada.

Es evidente que las personas, en la actualidad, tienen un proceso de envejecimiento diferente, viven mucho más tiempo y se configuran así sistemas familiares mucho más complejos, donde es factible encontrar hogares de cuatro y cinco generaciones y, por lo tanto, conflictos novedosos:

*“En el siglo XVII se era viejo a los 40 años. Al término de nuestro siglo muchas personas se sienten todavía jóvenes a los 60 o a los 70 años. Esto significa que muchos de nosotros, después de haber sido padres y abuelos, engrosaremos la cohorte de los millones de bisabuelos”*. (Camdessus, Bonjean y Spector, 1995, p.13).

Para tratar de circunscribir esta etapa evolutiva, el criterio cronológico no parece ser el más indicado, Kaplan y Sadock (1996) sostienen que se llegaría a viejo al ingresar en un estado de dependencia o de semidependencia, pero se ven obligados a diferenciar así entre *viejos activos* y *viejos frágiles*, porque el criterio funcional tampoco sería adecuado, en la medida en que no siempre vejez y limitación irían juntas. Moragas

(1991), en este marco, prefiere incluir a las personas senescentes formando parte de una etapa vital en la que pueden establecerse características comunes, las que no son necesariamente negativas.

Si se define a la vejez como un momento del ciclo vital, es posible considerar que conlleva asimismo una crisis evolutiva como evento esperable, la que será transitada por cada persona según los recursos disponibles. La ya clásica definición eriksoniana situaba al sujeto en el último período de la vida enfrentando el dilema de la *integridad del yo versus la desesperanza*. La resolución de este versus dependería siempre del modo en que se hubieran atravesado las fases anteriores.

A partir de la experiencia acumulada en estos diez años, podría decirse que, en el trayecto de esta crisis vital, pueden tener un mejor pronóstico las personas capaces de aceptar los cambios -y aún la dependencia- sin renunciar a su identidad. Aquellos que conserven el interés por los otros, que puedan flexibilizar posiciones egoístas y narcisistas, es decir que no permanezcan centrados en sí mismos, que puedan aceptar lo que les ha sucedido en la vida y también la inevitable llegada de la muerte.

Sintetizando, podría decirse que se envejece como se ha vivido, no obstante en el grupo terapéutico han surgido tópicos favorecedores de la agrupabilidad porque involucraban a la mayoría de las participantes: muchas de ellas han ingresado al grupo siendo viudas o sus parejas fallecieron durante el tratamiento; a la vez, en los últimos años han perdido otras relaciones significativas con hermanos, amigos, vecinos, inclusive hijos. El duelo, el debilitamiento del lazo social, la ausencia de vínculos amorosos y de compañía es un tema central en esta fase de la vida y, muchas veces, trae como consecuencia el aislamiento. Las pérdidas más frecuentes corresponden a los vínculos entre pares, es así que las relaciones intergeneracionales comienzan a complicarse, una "solución" habitual para este problema es depositar en hijos y nietos todas las expectativas de relación amorosa y gratificación. En algunos casos, se ha intentado reproducir con los hijos la relación que se había tenido con los propios padres cuando estaban viejos, sin embargo los cambios en la vida social de las últimas décadas hacen que los hijos se encuentren muy ocupados en sus propios asuntos, con dos trabajos o más, haciendo horas extra, sin tiempo o con muy poco para la vida familiar. Algunos están desocupados o casi desocupados y experimentan culpa por no poder ayudar económicamente a sus padres, dificultándose así la relación. En los hechos, son muchas veces las pacientes "dependientes" las que tienen que sostener económicamente a estos hijos, ya sea recibéndolos en sus casas, cuando se quedan sin vivienda y cuando ellas ya se encontraban bastante adaptadas a vivir solas.

Entre las pérdidas debe contarse cierta disminución, en algunos casos, de la funcionalidad, ya sea de la marcha, de la vista o de la audición, al dejar la vida laboral también se producen cambios en los roles sociales y se cuenta con menores ingresos debido a la jubilación. Respecto de estas cuestiones en las que coinciden con sus diferencias varios miembros de este colectivo, la respuesta inadecuada puede provenir del entorno familiar en su conjunto, otras veces es la propia persona de edad avanzada que no acepta los cambios e insiste en querer seguir viviendo del mismo modo, no

aceptando cuidadores cuando son necesarios, oponiéndose al uso del bastón o no comprendiendo que ya no se está en condiciones de seguir viajando solo en colectivo. Otras veces son los otros los que tienen más limitaciones para aceptar la llegada de la vejez en un miembro de la familia y se complica la búsqueda de soluciones que resulten beneficiosas para todos, incluido el viejo. Algunas familias no permiten que la persona mayor se angustie frente a este nuevo ciclo de la vida y proponen soluciones que terminan siendo disfuncionales, asimismo, se presentan situaciones –afortunadamente no mayoritarias- en que algunos parientes tienen un comportamiento francamente abusivo respecto de los ancianos y utilizan sus recursos sin miramientos para el propio beneficio, como si el anciano ya no pudiera decidir sobre su propia vida y su patrimonio.

### **La Psicoterapia Grupal. Una elección posible para pacientes de edad avanzada**

Parece haber acuerdo en que el espacio grupal sería el más adecuado para el tratamiento del sufrimiento psíquico de los ancianos, es un buen sostén para atravesar las crisis vitales de esta etapa evolutiva dado que posibilita la reconstitución del lazo social empobrecido, desdramatiza situaciones, facilita el humor como recurso, ayuda a la comprensión.

A pesar de reconocer las complejidades del proceso de cambio psíquico en ese *intrincado intercambio de experiencias humanas* que es el grupo terapéutico, Yalom (2000) identifica once factores curativos que, desde luego, funcionan de modo interdependiente: el infundir esperanza, la idea de universalidad, el obtener información, tanto del terapeuta como de los otros miembros del grupo, encontrar un espacio donde ejercitar el altruismo, el aprendizaje interpersonal, la imitación y el desarrollo de técnicas de socialización, donde expresar emociones y afectos, donde enfrentarse con las preguntas existenciales y donde poder revisar los vínculos ya internalizados de los primeros años de vida, en un marco de cohesión, siendo éste uno de los factores tal vez más relevantes.

El mismo autor reconoce cierta arbitrariedad en este listado de factores terapéuticos, los que podrían nombrarse de otro modo o valorarse según el criterio de quien lo estime. En la práctica grupal con pacientes de tercera edad todos ellos y otros han jugado conjuntamente una importante función curativa y dado como resultado un instrumento altamente eficaz.

La bibliografía consultada acerca de la salud mental en este período de la vida otorga al grupo la misma potencia. “*La psicoterapia grupal en los distintos ámbitos donde se encuentre la persona mayor es considerada como el principal motor de restablecimiento de las redes sociales*” (Antonuccio, 1992, p. 249).

A la vez, Kaplan y Sadock (1996) consideran que se trata de una modalidad de tratamiento especialmente eficaz en función de problemáticas tales como el aislamiento social, el anonimato o los sentimientos de inadecuación. Para revertirlos, el compañerismo, el feed back interpersonal, las alternativas cognitivas y la posibilidad de expresar las emociones son una importante alternativa que el grupo ofrece a las personas de cierta edad.

Si bien es un tema que aún provoca controversia, porque, aparentemente, las *evidencias científicas* no serían suficientes, algunos investigadores aseguran que estar en contacto con otros permitiría mantener la mente más ágil. Una nota de divulgación científica, que reproduce el diario Clarín de un artículo originalmente publicado en el New York Times, da cuenta de un debate entre investigadores de la Universidad de Michigan que plantean este tipo de afirmaciones, pues suponen que la interacción tendría mucha más utilidad que ejercitarse en la resolución de problemas matemáticos o de crucigramas, actividades a las que muchas veces recurren los ancianos cuando viven solos. Sin embargo, estos científicos no podrían aún decidir si se trata de una causa o de una consecuencia, dado que es probable que personas más sociales se conserven mentalmente mejor. A la vez, -continúa la nota- Jerry Johnson, presidente de la Sociedad Geriátrica de USA y jefe de Geriátrica de la Universidad de Pennsylvania, sostiene que, si bien muchos profesionales intuitivamente acordarían con los resultados de ese estudio, no habría aún conclusiones definitivas.

La autora de este artículo se encuentra entre quienes opinan intuitivamente -aunque en función de la práctica clínica realizada- que estar en contacto con otros ayuda a mantenerse inquieto y que la inquietud es una buena perspectiva para los integrantes del grupo terapéutico.

Desde 1991, la participación en calidad de co-directora en un equipo de investigación<sup>4</sup> que estudiaba los efectos de la terapia de grupo, permitió abordar en profundidad el grupo terapéutico de referencia. Se trataba de una investigación clínica que incluía otros diez grupos, en la que se trabajaba con un modelo del tipo antes-después de aplicar el tratamiento y con la finalidad de obtener cierta base empírica que avalara o refutara los supuestos beneficios de la clínica grupal sobre algunas variables previamente estipuladas: el Autoconcepto, la Autobiografía, la Responsabilidad en la acción y el Ejercicio de los propios derechos.

Los instrumentos para la evaluación fueron: la Escala de Autoconcepto, Escala Peri, Escala de Valores, Escala FA -1/+7. Los datos cualitativos se obtuvieron mediante entrevistas semi-dirigidas a pacientes -futuros integrantes de los grupos terapéuticos- y a terapeutas. Finalmente se administró un cuestionario transcurridos los doce meses de tratamiento a todos los pacientes para evaluar los cambios producidos. Las modificaciones en las variables ya citadas, junto con la ponderación de los terapeutas y los pacientes, serían considerados índices de mejoría. (Franco y Amido, 1995)

Los datos que produjo esta investigación no estaban referidos exclusivamente a pacientes de edad avanzada, pues entre los once grupos investigados sólo seis estaban compuestos por mayores, no obstante se menciona esta experiencia porque los resultados obtenidos en pacientes gerontes fueron iguales o aún mejores que en el resto de la muestra (Franco, Khoury y Leo, 1996).

---

4. "Efectos de la terapia de grupo. Su evaluación cuantitativa y cualitativa. Nuevos instrumentos terapéuticos y de evaluación", Programación Científica UBACyT 1991-1993, Código y Nro. P009, Directores: Jorge Franco y Margarita Robertazzi. Sede: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.

Debe destacarse que estas posibilidades que el grupo ofrecía a los pacientes de edad avanzada despertó mucho interés entre los miembros del equipo de investigación y colaboró para despejar algunos prejuicios. Lo que en su momento se calificó de *eficacia de los grupos terapéuticos en ancianos* fue tema de presentación en distintos eventos científicos como el XXV Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, en 1995, en Puerto Rico y el VII Congreso de Gerontología y Geriatría en el mismo año, en Buenos Aires.

Sin que se llegara a abrirse una línea de investigación específica, fue posible, no obstante, hipotetizar sobre los recursos psicológicos de los ancianos y el valor del desarrollo personal en esa etapa del ciclo vital, tanto sea desde una perspectiva psicoterapéutica como educacional. Múltiples estudios, como el de Powell (1994), entre otros, señalan la importante correlación entre ausencia de vida social y deterioro cognitivo; tanto como entre educación y demencia, considerando un bajo nivel educacional como un factor de riesgo para el inicio de síntomas en dicha patología.

Desde entonces se comenzó a considerar indispensable partir de una teoría o hipótesis que ofrezca posibilidades al anciano, es decir, que considere posible el desarrollo de la persona de 70 o más años, en síntesis, que piense a la vejez como una crisis vital en la que aún quede margen para el crecimiento. Este cambio de creencias fue modificando favorablemente la práctica clínica profesional y la clínica grupal fue convirtiéndose en un instrumento privilegiado.

## Envejecer en Argentina

Ya se ha mencionado que las integrantes del grupo de referencia pertenecen a la clase media empobrecida de nuestro país, afortunadamente, la mayoría de ellas son propietarias de sus viviendas, sin embargo no es así en todos los casos. La concreción de un contrato de locación, el conseguir una garantía o bien obtenerla mediante los servicios sociales del PAMI, puede transformarse en un conflicto de envergadura que, tal vez, no deje espacio para otra cosa; la búsqueda de soluciones requiere de quien tiene que atravesar esta situación todo tipo de destrezas y conocimientos para sortear obstáculos burocráticos y conseguir el dinero necesario; el terapeuta también se va convirtiendo en un experto en los vericuetos del sistema médico-legal-social.

Muchos ancianos dejan de ser pacientes ambulatorios y son internados en geriátricos por carecer de vivienda o tener limitaciones económicas severas, si bien no se han dado casos tan extremos en el grupo terapéutico, son problemas harto conocidos entre los que trabajan en los consultorios externos o en los tratamientos domiciliarios que realiza la institución. La comunidad no se encuentra preparada para asistir a esa población o bien las respuestas adecuadas de tan circunscriptas son casi inexistentes.

En el grupo, casi todas las señoras perciben una suma de ingresos que no se eleva demasiado del monto de la jubilación mínima. Se trata de un dinero insuficiente –aún para aquellas que poseen además un ingreso adicional como pensionadas– para sobrevivir en el Buenos Aires posterior al default. Estas mujeres han ido desarrollando diferentes

recursos y habilidades, y aunque muchas de ellas cuentan con el apoyo económico de otros miembros de la familia, son también quienes, en ocasiones, deben dar el mismo sostén a parientes, amigos o vecinos que se encuentran en peores situaciones, en oportunidades, deben decidir entre comprar medicamentos, comida u otras cuestiones indispensables para la vida.

En la medida en que va transcurriendo el proceso terapéutico y pueden notarse en las pacientes signos positivos, por ejemplo disminuyen las quejas centradas en problemas físicos, se afianzan los vínculos entre pares, mejoran las relaciones intergeneracionales y aparecen entonces deseos y proyectos, el dinero –o mejor dicho la falta de dinero- es un límite.

Las preocupaciones por la falta de trabajo o las pésimas condiciones en las que trabajan otros miembros de la familia más jóvenes son también tópicos constantes en el discurso grupal y en la Argentina de esta época.

Habría que aclarar –no obstante- que en el clima de las sesiones abunda el buen humor, los elogios, las demostraciones de afecto, la solidaridad, los festejos, por lo menos entre las pacientes que ya llevan un buen trayecto recorrido dentro del grupo. La idea es no quedarse con las limitaciones y aprovechar las oportunidades que se presenten y todos los recursos disponibles. Este clima no es obstáculo para abordar el dolor, recordar sucesos traumáticos e intentar consolar y consolarse.

Se acuerda con los autores consultados en que hay temas repetitivos en los grupos de pacientes de tercera edad: la soledad, los problemas intergeneracionales, la confusión de roles, la identidad, los duelos, la sexualidad; debe agregarse, sin embargo –en este grupo en particular, que funciona en este momento y en este lugar- el problema social y económico como uno de los temas más reiterados y preocupantes.

## **Prejuicios obstaculizadores en el trabajo con pacientes de edad avanzada**

Pareciera haber un firme acuerdo entre los especialistas respecto de que los prejuicios o las ideas preconcebidas sobre los ancianos son siempre un obstáculo. Ya sea que estas ideas previas funcionen en un sentido positivo o negativo entorpecen el abordaje clínico: puede pensarse que en esta etapa vital sólo se encuentran personas sabias o espirituales, que ya han abandonado intereses más mundanos o bien que, en todos los casos, las personas de edad avanzada han perdido sus competencias o siempre son dependientes.

Para Stefani (2000) se trataría de una de las formas que toma la violencia social contra las personas ancianas, quizá porque siempre se asocian vejez y muerte.

A partir de la experiencia transitada junto con el grupo, se puede concluir que el peor y más frecuente prejuicio es el de suponer que, frente a cualquier dolencia psicológica, el paciente de esta edad debe ser medicado. La insistencia respecto del diagnóstico de depresión en los pacientes de tercera edad es un tema para interrogarse: ¿los pacientes están deprimidos o son las condiciones en que viven las que resultan deprimentes?

¿Es el paciente quien se encuentra desubicado cuando sufre por una pérdida o el profesional que supone que no debería estar sufriendo?. Esta misma pregunta es válida para el entorno familiar cuando resulta el principal obstaculizador de los procesos de duelo en los ancianos, es decir cuando a la desgracia ya sufrida debe sumarse el tener que mostrarse en buenas condiciones frente a hijos o nietos para no angustiarlos. ¿Quién está en condiciones de decir cuánto tiempo es el adecuado para penar por un amor que ya no tenemos o una cálida compañía que nos falta?.

Las familias, frente a la crisis evolutiva del envejecimiento, esperan de los profesionales que se ocupan de la salud mental que puedan restablecer la situación en lo que consideran el equilibrio deseado, sin pensar que puede ser que haya que pensar en nuevas soluciones que los involucren, en mayor o menor medida, a todos. Es posible que la crisis comience a hacerse evidente en el marco familiar cuando aparecen los primeros signos de falta de autonomía y dependencia en algunas cuestiones de la vida cotidiana, a pesar de ello es poco frecuente que este desequilibrio se manifieste en todos los órdenes de la vida de modo abrupto. Aún en plena crisis de la tercera edad, las personas mayores conservan sus conocimientos, experiencias, gustos, puntos de vista y modos de obrar.

El espacio grupal es ideal para expresar sentimientos y emociones vinculados al dolor, a la añoranza y el propósito de quien lo expresa es, muchas veces, sólo ser escuchado, no se pretende encontrar soluciones mágicas. Es un lugar donde se puede sostener la propia posición sin dejar de formar parte de lo que colectivamente se construye.

## **A modo de conclusiones provisionarias**

Para concluir con la narración de esta experiencia, sería conveniente dejar planteado que la clínica grupal con pacientes de edad avanzada se encuentra con dos tipos de problemas que existen en nuestro medio, por un lado el escaso y poco extendido uso del grupo como una herramienta eficaz para atender el padecimiento de los seres humanos entre los profesionales que se dedican a la salud mental (Robertazzi, 1995) y, por otro, la poca valoración que estos mismos profesionales tienen acerca de las potencialidades de los pacientes senescentes para lograr cambios psicológicos deseados a partir de poder aumentar la comprensión sobre sus propios conflictos.

En pocas palabras, el propósito de este artículo sería ofrecer un argumento más que demuestre que el espacio psicoterapéutico, para los pacientes ancianos, en este caso el grupal, resulta mucho más conveniente que las frecuentes visitas que suelen hacer estos pacientes a los médicos de cabecera. No es necesario pensar estas cuestiones en términos dilemáticos pero no puede dejar de señalarse que, en nuestra cultura, está muy aceptado que un viejo concorra frecuentemente al médico para las más diversas consultas, no necesariamente de problemas orgánicos, sin embargo no sucede lo mismo con la psicoterapia porque se sostiene la creencia de que los ancianos ya no podrían cambiar.

La narración de esta experiencia no intenta ser moralizante ni normativa respecto de cómo deberían ser tratados estos pacientes, ya se ha dicho que no todos los viejos son

iguales y que quien escribe no lo hace desde el lugar del experto. Simplemente, se trata de ofrecer una mirada sobre un espacio que hizo posible la reflexión sobre un tema algo descuidado y que ha resultado atractivo, novedoso y rico para todos los implicados, pacientes y terapeutas, a quienes los diez años transcurridos no les han pasado en vano.

## Bibliografía

Antonuccio, O. (1992) *La Salud Mental en la tercera edad. Psicogeriatría*. Buenos Aires: Arcadía.

Camdessus, B., Bonjean, M. y Spector, R. (1995) *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.

Franco, J. y Amido, G. (1995). Un nuevo instrumento de evaluación en el tratamiento de los grupos terapéuticos, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 4, 209-215.

Franco, J; Khoury, D. y Leo, S. (1996). Efectos de la terapia de grupos, en *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Año 1 N° 1, Buenos Aires: UBA, 87-97.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1996) *Terapia de Grupo, 3ª. Edición*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Moragas, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

Nagourney, E. (2002. 1 de noviembre) Comportamiento. Diario Clarín. Recuperado el 27 de agosto de 2004, de <http://old.clarin.com/diario/2002/11/01/t-467587.htm>.

Powell, D. (1994). *Profiles in Cognitive Aging*. Londres: Harvard University Press.

Robertazzi, M. (1995). Relevamiento sobre Psicoterapia grupal en nuestro país, en *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 4, 357-365.

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Stefani, D. (2000). Prejuicios hacia la vejez: una forma de violencia social, en *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5 (2), 115-124.

Strejilevich, M. (1990). *Temas de Psicogeriatría*. Buenos Aires: Editorial 1919.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.