

LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VEJEZ EN UN CONTEXTO RESIDENCIAL ASISTIDO. EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

Raquel Vidal Arandes¹

RESUMEN

Presento las características de un Grupo de Psicoterapia de orientación Psicoanalítica constituido dentro de una Residencia Asistida; el Grupo se reúne semanalmente en una sala de la institución, durante una hora y quince minutos. En el contexto institucional, trabajamos con personas que se encuentran en la última etapa de su proceso de envejecimiento: la Ancianidad. La media de edad está por encima los 85 años y el grado de dependencia es elevado debido a las discapacidades y enfermedades. El objetivo principal de la Psicoterapia de Grupo se centrará en asumir y consolidar la Integración, a través de la elaboración de las pérdidas constantes e ineludibles características de esta etapa y la consolidación y afirmación de aquello que ya se ha logrado a lo largo de los años. Elaboraremos las ansiedades que se generan con el impacto del envejecimiento y que a menudo promueven la activación de defensas psíquicas desorganizadoras; en este sentido, la psicoterapia tiene un valor preventivo en las demencias no orgánicas. En un marco institucional nos movemos entre una pluralidad de grupos realizando un trabajo Coral. Hablaré también de los aspectos transferenciales y contratransferenciales que se producen al trabajar con personas ancianas que viven esperando la muerte en un futuro próximo.

PALABRAS CLAVE

Grupo, Vejez, Integración, Pérdidas, Trabajo Coral, Demencia, Institución.

SUMMARY

I'm presenting the characteristics of a Psychoanalytic Psychotherapy Group within an Assisted Residence; the Group meets weekly, for an hour and fifteen minutes. In the institutional context, we work with people who are in the last stage of their aging process: Elderly. The average age is above 85 years and the degree of dependence is high due to disabilities and diseases. The main objective of our Group Psychotherapy will be to assume and consolidate the Integration, through the elaboration of the constant and unstopable losses characteristic of this stage and the consolidation and affirmation of what has already been achieved over the years . We will elaborate the anxieties that are generated with the impact of aging and that often promote the activation of disorganizing psychic defenses; in this sense, psychotherapy has a preventive value in non-organic dementias. In an institutional framework we move among a plurality of groups performing a Choral work. I will also talk about the transferential and countertransferential aspects when we are working with elderly people who live waiting for death in a near future.

KEYWORDS

Group, Elderly, Integration, Losses, Choral work, Dementia, Institution.,

¹ Correspondencia: Raquel Vidal Arandes. C/ Marià Vayreda 2, 2º piso, puertas 2 y 3. 17800. Olot (Girona) E-mail: vidalarandes@yahoo.com, raquelvidalpsico@gmail.com

LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VEJEZ EN UN CONTEXTO RESIDENCIAL ASISTIDO. EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

1. INTRODUCCIÓN. UN ESBOZO EVOLUTIVO.

En 2014 según el IDESCAT, la esperanza de vida en Cataluña era de 83'4 años. En el caso los hombres, era de aproximadamente 80'5 y en el de las mujeres, de 86'1. En su ciclo vital, una persona recorre varias etapas: la infancia, la adolescencia, la edad adulta. A partir de un cierto momento, comienza a envejecer. Esta última etapa, según indica el Dr. Formiga (2014) no se inicia en el mismo momento para todos; ni siquiera los órganos de la misma persona envejecen a la vez. Es difícil concretar qué es envejecer porque no se trata sólo de una pérdida: con la edad, las personas adquieren conocimiento y experiencia, que son valores positivos. Hay que entender el envejecimiento como un fenómeno global: físico y psicológico que se produce dentro de un contexto social. Es cierto que, desde el punto de vista estrictamente biológico, parece que sí hay órganos que empiezan a perder funcionalidad, pero no se puede generalizar y se ha de valorar cada individuo: algunas personas envejecen más rápidamente y otros lo hacen más lentamente.

El envejecimiento se trata de una parte más de la vida. La que nos acerca a la muerte. Podemos pensar que envejecemos desde que nacemos, pero el envejecimiento es el proceso en el que la mayoría de funciones -físicas y mentales- empiezan a disminuir más que a crecer: tenemos menos neuronas, menos fuerza muscular. A partir de cierta edad el cerebro ya no tiene la plasticidad para aprender tantas cosas. Aunque hay otros factores a tener en cuenta, la mayoría de enfermedades se asocian a la edad y, por tanto, al envejecimiento. En las personas mayores el porcentaje de cáncer, de insuficiencia cardíaca o de demencia es más alto y, a medida que la edad aumenta, el porcentaje sube al menos hasta los ochenta años. Sin embargo a partir de los ochenta y noventa encontramos gente que ha escapado a estas enfermedades, por razones genéticas o debido a las buenas condiciones ambientales. Envejecer conlleva una serie de connotaciones negativas debido al declive inherente a la etapa; también conlleva algo productivo y positivo: el desarrollo es un proceso evolutivo que interactúa con la experiencia y esta experiencia puede convertirse en productiva.

Erikson (1950) puso el acento en que en la vejez siguen habiendo periodos de cambios potenciales; aún existe la posibilidad de influir en la vida mental. Coltart (1992) habla de la experiencia psicoterapéutica exitosa con un paciente de edad avanzada de tendencias suicidas. Segal (1986) describe el tratamiento que siguió un paciente de 73 años después de haber sufrido un brote psicótico. Las personas con una percepción bastante fuerte de sí mismos van adelante a pesar de las complicaciones y las enfermedades graves que tantas veces conlleva el hecho de envejecer, mientras que aquellas con un patrón de dificultades relacionales a lo largo de su vida parece que se descompensan con facilidad en la recta final de la existencia. Las posibilidades de los cambios dependen, no sólo de los factores intrapsíquicos del individuo consolidados a lo largo de las experiencias adquiridas en su infancia y determinados también por la propia constitución genética, sino también del contexto social, económico e histórico en que este individuo se encuentra. Envejecer manteniendo las capacidades psíquicas significa ser capaz de elaborar las ansiedades neuróticas que surgen, lo cual no es lo mismo que estar absuelto del terror existencial que afecta a todos los seres humanos cuando se plantean la existencia -sobre todo cuando esta se acerca a su fin.

Erikson (1950) diferenció ocho etapas en la evolución del hombre. Cada una de las etapas conlleva un conflicto nuclear que se pondrá de manifiesto y que el individuo gestionará y

elaborará dentro del marco psicosocial correspondiente. Este hecho le permitirá crecer y evolucionar. Cada una de las etapas se influencia la una con la otra a medida que pasa el tiempo. Con la voluntad de complementar las teorías freudianas y no de contradecirlas, las dos asunciones básicas del modelo son, por una parte que la personalidad del individuo se irá desarrollando a medida que éste logra la capacidad de compromiso y adaptación a un abanico más amplio y complejo de interacción social y, por otra parte, que la sociedad se construye con el fin de promover esta interacción con el objetivo de preservar y fomentar la evolución. De hecho, se puede afirmar que uno de los frutos de esta interacción dentro de nuestro contexto social, ha sido la creación de centros especializados para acoger a personas mayores en su última etapa de la existencia: las llamadas Residencias Asistidas.

Parece interesante la visión del autor con respecto a la evolución permanente del individuo. Se puede establecer un paralelismo entre las cinco primeras etapas descritas y las etapas del desarrollo psicosexual descritas por Freud (1905). Erikson añade tres etapas más dentro del marco de la adultez; la Vejez se enmarcaría en la última de las etapas. Debido a que a medida que pasa el tiempo se alarga la vida de la población, la Vejez, en consecuencia, se alarga también considerablemente, hasta tal punto que se puede pensar en diferentes estadios con rasgos propios y diferenciales dentro de esta etapa. Las ocho etapas del hombre según Erikson (1950), con sus equivalencias freudianas a las cinco primeras, son las siguientes:

1. Confianza básica vs Desconfianza, asociada a la virtud de la esperanza y que equivaldría la Etapa Oral de Freud.
2. Autonomía vs Vergüenza y Duda, asociada a la virtud del poder de voluntad y que equivaldría a la Etapa Anal de Freud.
3. Iniciativa vs Culpa, asociada a la virtud de la capacidad de resolución y que equivaldría a la Etapa Fálica de Freud.
4. Trabajo vs Sentimientos de inferioridad, asociada a la virtud de la competencia y que equivaldría al Período de Latencia de Freud.
5. Identidad vs Confusión de roles, asociada a la virtud de la fidelidad y que equivaldría a la Etapa Genital de Freud.
6. Capacidad de intimar vs Aislamiento, que corresponde cronológicamente hablando a la Juventud y está asociada a la virtud del amor.
7. Generatividad vs Estancamiento, que corresponde cronológicamente hablando a la Madurez y está asociada a la virtud de la atención.
8. Integración vs Desesperación, que corresponde cronológicamente hablando a la Vejez y está asociada a la virtud de la reflexión y la sabiduría.

Además de una secuencia de etapas, este modelo nos habla de un desarrollo progresivo. El autor nos habla de crisis pero no considera que el desarrollo sea únicamente una serie de crisis. Más bien el crecimiento se produce como una serie de encuentros decisivos entre el individuo y su entorno. Hay momentos cruciales de crecimiento psicosocial, puntos de inflexión a partir de los cuales se produce o bien una integración y un avance, o bien una regresión del individuo.

El crecimiento y el desarrollo es un hecho físico, psíquico y social y no se hace de una manera constantemente lineal y cronológica en el tiempo y el espacio. De esto ya hablaban también Freud, Klein y Bion. Las estructuras mentales que se forjan en una época de la vida, están presentes a lo largo de toda la existencia y juegan un papel primordial a la hora de ir integrando vivencias y adaptarnos al entorno. Si en las primeras etapas de la vida surgen dificultades

graves, éstas pueden afectar más adelante tanto al desarrollo psíquico del individuo como a su capacidad de adaptación. Esto hay que tenerlo muy presente, ya que cuando las dificultades se van presentando a lo largo de la vida, se producen movimientos psíquicos regresivos. El grado de capacidad de hacer frente a las pérdidas durante la Vejez, la encontramos ya en las primeras capacidades de la persona para afrontar la propia realidad psíquica. Una persona que ha sido capaz de lograr en los primeros momentos de su vida un grado de confianza adecuado, tiene muchas posibilidades de desarrollar una vejez integrada.

Se hace referencia a una sesión psicoterapéutica de grupo celebrada en abril de 2013. El grupo hablaba en clave de humor y riendo de manera defensiva recordando episodios de la infancia. Narraban como los padres iban "a golpes" con los hijos con el fin de imponer su autoridad y de hacerlos obedecer -ahora son ancianos de más de 80 años-. La intervención de Sra. V. hizo cambiar el tono del grupo cuando comenzó a explicar emotivamente el recuerdo tan diferente que ella tenía de su propio padre, que no la había golpeado nunca. Detallaba con voz temblorosa lo feliz que era cuando ella lo acompañaba a bailar sardanas y concluyó, con lágrimas en los ojos, que incluso ahora "cada día lo recuerdo por el cariño que me dio; hay veces que lloro evocando su rostro".

En el trabajo psicoterapéutico en el ámbito de la vejez nos movemos siempre con una fuerte tensión entre:

- a) Hacer conscientes las cuestiones específicas correspondientes a la última etapa de la vida y;
- b) Comprender todo lo que se revive desde las primeras etapas de la existencia.

Erikson (1950) habla de una integridad del ego en contra de la desesperación que el envejecimiento conlleva. Garner y Ardern (1998) destacan también la importancia de mantener la integridad y el sentido del self a pesar de las imágenes negativas que se proyectan en los ancianos. El objetivo de esta última etapa de la existencia debería ser la aceptación de la propia existencia y la integración de los aspectos emocionales que nos configuran. Sin esta integración, el individuo se ve afectado por la desesperación que generan las pérdidas progresivas, abrumadoras e ineludibles de capacidades físicas y mentales y la vivencia de la proximidad de la finitud de la vida. Envejecer conlleva irreversiblemente una herida narcisista potencialmente fatal.

Garner, en la última parte de su artículo *Growing into old age: Erikson and others* en el libro *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults* (Evans, S., Garner, J. et al., 2004) dice que la palabra Integración nos conduce a los procesos integrativos de los que habla Klein y que se caracterizan por una aceptación de objetos queridos y valorados que pueden ser destructivos y también cariñosos al mismo tiempo. Crecer bien en la Vejez no significa esforzarse por ser joven sino que implica aceptarse a sí mismo y a la propia vida en todas sus complejidades, aceptar al otro con sus aspectos positivos y negativos, aceptar la pérdida y las discapacidades, dándonos oportunidades para nuevas experiencias y desarrollando un equilibrio y una integridad más allá de la desesperación de envejecer.

Como se menciona al inicio del artículo, en estos últimos años se ha incrementado la esperanza de vida de la población. La Vejez se alarga y esto quiere decir que, dentro de esta población envejecida, hay rasgos y características diferentes según la edad que consideramos. No es lo mismo hablar de una persona de 60 años que de una que tiene 93. La Vejez no es una categoría homogénea. El sociólogo y psicólogo Torres (2017), habla de tres estadios que encontramos en la Vejez teniendo como referencia los cambios y rasgos diferenciales que se han ido observando en cada uno de ellos:

- a) Pre-Vejez (de los 55 a los 65) que sería la antesala de la etapa vital en que las funciones corporales ven mermada su capacidad para seguir trabajando como antes. Se altera el patrón del sueño, la retención de grasa en el cuerpo y las digestiones. Las hormonas se modifican y esto tiene consecuencias emocionales. A un nivel psicológico, se cambia la manera de pensar y empezamos a ver y valorar la existencia a través de los recuerdos, de lo que vivimos en un pasado. A menudo la estructura familiar cambia con la independización de los hijos, lo que puede dar lugar a sentimientos de tristeza y vacío relacionados con esta pérdida.
- b) La Vejez "pura" (de los 65 a 79) etapa en que se consolida el debilitamiento de funciones biológicas como un estilo psicológico basado en la revisión del pasado y la experimentación con recuerdos. A un nivel físico aparecen problemas posturales y debilitamiento de huesos; aumenta el riesgo de experimentar cáncer. La visión y la audición se resienten, lo que conlleva un riesgo de aislamiento, dado que cuesta más esfuerzo relacionarse. A un nivel psicológico, se consolida el declive del nivel de inteligencia. La inteligencia fluida, que tiene que ver con la agilidad mental y la generación de nuevo conocimiento partiendo desde cero, es la más afectada. La inteligencia cristalizada se preserva mucho mejor en la mayoría de adultos sanos de esa edad.
- c) La Ancianidad (de los 80 en adelante), es la última etapa de la vejez y supone un cambio cualitativo tanto en aspectos físicos como psicológicos. En esta fase las alteraciones posturales y la fragilidad de huesos y articulaciones se acentúan, lo cual puede llevar a reducir significativamente la autonomía de las personas. A un nivel psicológico, el peligro de aislamiento social se acentúa: por un lado, la cantidad de amistades decae debido a la frecuencia con la que se dan las muertes, y por el otro la falta de autonomía suele hacer que las salidas del hogar y los encuentros se den más raramente.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS: EL TRABAJO CORAL EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA. CUANDO APARECE LA DEMENCIA

Dentro del contexto de una Residencia Asistida, trabajamos con personas que se encuentran en la última etapa de su proceso de envejecimiento: la Ancianidad. La media de edad está por encima los 85 años. Las personas que ingresan en una Residencia Asistida suelen tener un grado de dependencia elevado debido a las discapacidades y enfermedades mencionadas.

Cuando una persona mayor ingresa en un centro asistido busca, entre otras cosas, un entorno más seguro y confortable del que tenía antes del ingreso; por tanto, la Residencia debería permitir mejorar su calidad de vida. Así lo recoge el modelo de atención a las personas mayores en residencias asistidas del ICASS del año 2000. La Residencia Asistida, en tanto que acogedora de una persona mayor con un determinado grado de discapacidad, debe ir más allá del respeto de los derechos de la persona acogida y debe promover y facilitar el ejercicio activo de los mismos. Entre los objetivos de las Residencias Asistidas está el de atender los conflictos de los residentes, previniendo el aislamiento y previniendo y/o tratando las alteraciones emocionales, afectivas, cognitivas o mentales. Los psicólogos y/o psicoterapeutas de las instituciones de personas mayores, tienen un papel fundamental. Entre sus funciones, se encuentran las de reforzar el grupo o el sentimiento individual de pertenencia al grupo.

Esto incluye tanto la coordinación de actividades de dinamización social y cultural conjuntas con otros profesionales, como la creación de grupos psicoterapéuticos de ayuda mutua orientada

por un lado a reforzar las relaciones interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo mencionados y por otro lado a tratar las dificultades que surgen como consecuencia tanto del envejecimiento y la dependencia progresiva de la persona mayor como del ingreso en la institución. Nos movemos en lo que podríamos llamar una pluralidad de grupos realizando un trabajo coral.

Este constituye pues el marco de trabajo de nuestro Grupo psicoterapéutico. Nuestro Grupo de Psicoterapia de orientación Psicoanalítica se ha constituido dentro de una Residencia Asistida; se trata de un grupo que se reúne semanalmente en una sala de la institución, durante una hora y quince minutos. Los miembros de nuestro grupo tienen una serie de rasgos particulares que hay que considerar:

- Viven la muerte de los otros miembros de la institución que van muriendo y también viven la regeneración del grupo mediante el ingreso de nuevas personas que se incorporan de la misma manera que se incorporan a la institución.
- La media de edad es de 88 años.
- Se trata de un grupo abierto con miembros estables que si dejan de asistir a las sesiones habitualmente es por motivos insalvables, como por enfermedad grave o por muerte. La media de asistentes es de 17 personas.
- A lo largo del tiempo, habrá miembros que iniciarán y desarrollarán una demencia; su permanencia dentro del grupo dependerá de los rasgos personales del individuo y de la evolución de la enfermedad; la demencia per se no es motivo de exclusión del Grupo de Psicoterapia. Hay personas que mantienen conservados algunos o muchos de los aspectos emocionales, sociales e incluso cognitivos. La pertenencia al grupo conlleva generalmente un beneficio tanto para quien sufre la enfermedad como para el resto de miembros del grupo.

En una de las sesiones del Grupo Psicoterapéutico que se hizo el 13 de marzo de 2017, la Sra. M., de 84 años, diagnosticada con enfermedad de Alzheimer con un grado de deterioro moderado (GDS 4)², verbaliza su malestar, el sufrimiento y el miedo que siente. Nos habla medio llorando y nos cuenta que ella hoy se quedará a dormir por primera vez el Centro. Hasta ahora ha venido al Centro de Día pero su demencia hace que esté desorientada y a partir de hoy se quedará a vivir con el resto de residentes. Conmueve al grupo cuando nos cuenta con mucha rabia, los puños cerrados y lágrimas en los ojos lo siguiente:

² La GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg es una Escala que sirve para ver el estado en que se encuentran nuestros pacientes. El GDS 4 corresponde a un Deterioro Cognitivo Moderado que equivale a una Demencia Leve. Entre otros síntomas de este estadio están: un déficit en el recuerdo de la propia historia personal, defecto de concentración y una incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante.

“Siento dejar mi casa; yo allí estoy muy bien... no lo puedo ni decir porque me pongo a llorar; todavía no me hago a la idea. La Sra. I la intenta consolar diciéndole: "M., no debes preocuparte; hasta ahora ¿Cómo has estado aquí? Te vemos muy bien con nosotros... lo que importa no son las cosas, ni los libros, ni los muebles... ¡Lo que importa somos las personas! ¡El hogar está allí donde estamos nosotros!" La Sra. M. se debate girando la cabeza de derecha a izquierda, llorando, y golpeándose las piernas con los puños apretados. La Sra. TS y la Sra. MO intentan también consolarla: "Ya verás como todo irá bien" le dice la Sra. MO, que será su compañera de habitación. "Si has estado bien hasta ahora, no tiene por qué ser diferente" dice la Sra. TS y sigue: "Los primeros días quizás echarás de menos la cama... o a veces, a mí lo que me pasaba es que por la mañana cuando abría los ojos no sabía dónde estaba”

Es sorprendente el grado de conexión emocional que manifiesta la Sra. M. a pesar de sufrir la enfermedad de Alzheimer. Su asistencia al Grupo de Psicoterapia le proporciona aún ahora, un espacio donde poder elaborar su sufrimiento ante dos pérdidas abrumadoras: la de la propia salud mental y la de su hogar. Este hecho en sí mismo es ya contenedor. La ayuda de los compañeros de Grupo, que con una actitud de escucha y apoyo se pone de manifiesto, tiene un valor incalculable de contención: la Sra. M. puede comunicarse y eso la está preservando -al menos por ahora- del aislamiento a que las personas diagnosticadas de demencia son condenadas.

El grupo ofrece, entre otros aspectos, la oportunidad de reconocerse los unos en los otros. Cuando un miembro proyecta aspectos disociados que no puede asimilar, el grupo proporciona la oportunidad de reconocer estos aspectos como si fuera un espejo e introyectándolos de nuevo, restaurando de este modo lo que no podía ser digerido. De esta manera el *ego* se fortalece y se mejora como consecuencia la capacidad de hacer frente a lo que está pasando. Reflejarse en el grupo permitirá al *Narciso demenciado* de la Sra. M. elaborar progresivamente las ansiedades que se despiertan a medida que avanza la enfermedad. Son unas ansiedades aterradoras, abrumadoras e invalidantes. A menudo el grupo devuelve las proyecciones de unas emociones arcaicas de modo que éstas puedan ser introyectadas de nuevo por el paciente que las vierte con un intento desesperado de deshacerse de lo que tanto dolor genera. De hecho, retornando a la sesión del 13 de marzo, la Sra. M. acaba verbalizando de manera concreta su miedo e indefensión. La tensión y la rabia que mostraba al inicio del encuentro, cede su lugar a la tristeza cuando reconoce que no puede estar sola y que se desorienta con mucha facilidad.

Posteriormente, se tranquiliza. Expresa:

Además, yo me desoriento mucho y pierdo la memoria; ya sé que no puedo estar sola; a veces me levanto por las noches y voy a tuestas porque no sé ni dónde estoy "(hace el gesto con las manos y nos explica que va tocando las paredes de la habitación con la luz encendida como intentando reconocer con el tacto lo que no puede reconocer). Como terapeuta, yo me siento conmovida por esta confesión. Le digo: "Parece pues, que una parte suya sí que necesita estar recogida aquí, Sra. M., y quizás también puede usted escuchar esta parte, ¿verdad? "Ella asiente con lágrimas en los ojos que ahora fluyen de manera más tranquila. Sonríe incluso"

3. OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE GRUPO EN LA RESIDENCIA ASISTIDA. PÉRDIDAS. DUELOS.

Uno de los objetivos principales de la Psicoterapia de Grupo en la Vejez se centrará en la elaboración de las pérdidas constantes e ineludibles características de esta etapa. El otro será la consolidación y la afirmación de aquello que ya se ha logrado a lo largo de los años. De esta manera, se pueden ir elaborando las ansiedades que se generan con el impacto del envejecimiento y que a menudo promueven la activación de defensas psíquicas desorganizadoras. En este sentido, la psicoterapia tiene un valor preventivo en las demencias no orgánicas (se habría de profundizar en el efecto y repercusión en las que sí lo son). Esto ayudará a mantener la Integración del self de que habla Erikson (1950) en esta etapa a la que asociamos también la palabra Sabiduría. Al respecto, Evans (1998) en su artículo *Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life and depression* expresa que la esencia de la sabiduría está en el saber dejar marchar las grandes ambiciones, aceptando la propia mortalidad al tiempo que mantenemos una actitud de equilibrio hacia la vida.

Muchos autores han descrito ya los cambios intrapsíquicos que se producen en los ancianos. Los problemas específicos de los pacientes que han centrado en la etapa de la Vejez giran alrededor de las pérdidas y/o la amenaza de estas pérdidas. Se movilizan emociones y sentimientos depresivos de tristeza -en el mejor de los casos- y también de rabia vinculados a esta vivencia de pérdidas ineludibles. Hay miedo. Hay también mucha confusión ante la disminución de las capacidades y de los cambios en la sexualidad... En un contexto institucionalizado, se añade un sentimiento de abandono y desprotección que se une al terror de ser cada vez más dependientes. Ciertamente los abuelos y abuelas institucionalizados se encuentran particularmente desposeídos.

El psicoterapeuta centrará a menudo sus intervenciones en torno a los procesos de duelo, y si bien es cierto que a lo largo de nuestra existencia vital vamos encadenando duelos consecutivos de una manera intermitente, las pérdidas que se producen en las personas mayores que conviven en una Residencia Geriátrica Asistida son tan abrumadoras que nos acercan irremisiblemente y de forma acelerada a sus aspectos más frágiles y las defensas psíquicas se ponen en funcionamiento fruto del horror que genera envejecer lejos de la familia y del propio hogar. En estas circunstancias extremas, a menudo el individuo invierte su narcisismo en las funciones del propio cuerpo, reemplazando el vacío que siente de una mirada cariñosa (materna) con una preocupación hipocondríaca hacia su cuerpo. Esto afectará a su potencial capacidad de recuperación. En términos freudianos, la libido se desplazará hacia el *ego*, empobreciendo la vida del afectado.

Haciendo referencia al artículo *Vora Mort*, se recuerda una sesión de grupo en la que las quejas y las lamentaciones se sucedían unas tras otras. En un momento dado, la Sra. T. que había perdido una hija recientemente, verbalizó lo siguiente, haciéndose portavoz de las ansiedades grupales:

Allí en el hospital explicaban que a un hombre lo operaron de las tripas y las sacaron y las pusieron sobre la mesa para poder sacarle el mal. Lo dejaron vacío... y luego lo volvieron a llenar sin el mal. De una manera o de otra te sacan el mal, pero qué maneras! (Vidal, 2016, p. 97).

Mediante la metáfora de estas tripas, se observa que estamos ante un grupo lleno de dolor, vacío y que se siente con las tripas encima de la mesa. Resulta más fácil hablar de los intestinos que forman parte del cuerpo físico que del dolor y el vacío que conlleva la pérdida de la hija a un nivel emocional y mental. El impacto emocional del envejecimiento en una institución genera tanta ansiedad que activa ferozmente la desorganización de las defensas mentales, estimulando por ejemplo mecanismos de negación que pueden incluso desencadenar y promover algunos de los procesos de demencia de los que psicoterapeutas y trabajadores de instituciones geriátricas somos testigos.

En un marco institucional, se evidencia ferozmente que se ha perdido la juventud y con ella, el esplendor del cuerpo y de la mente, las capacidades cognitivas, sexuales y locomotoras. Los hábitos de siempre se ven modificados y la persona debe adaptarse a nuevos modos de vida y convivencia. Se pierden familiares, amigos y también animales de compañía. Se han perdido los trabajos y todo lo que giraba alrededor de ellos como el estatus económico o el rol social. Se ha perdido la independencia. En última instancia, se pierde la vida y se va evidenciando que la muerte forma parte de un futuro próximo. El futuro se acorta de forma alarmante. Hay una dimensión fuertemente traumática en los aspectos de las pérdidas de las personas mayores que viven institucionalizadas.

Mediante el tratamiento psicoterapéutico, vivencias emocionales como el desespero, la rabia, el miedo, la hostilidad o la impotencia que generan todas las pérdidas abrumadoras características del anciano y anciana que viven en un Centro, pueden irse elaborando y transformando. El psicoterapeuta debe ser capaz de ofrecer un marco seguro y de confianza donde poder elaborar y dar voz a las emociones que surgen y que incapacitan e invalidan la vida del paciente.

La vida podrá continuar siendo vivida lo más plenamente posible a medida que se puedan aceptar las limitaciones que surgen y se pueda conectar con el mundo emocional más íntimo. En definitiva, conectar con lo que en psicoanálisis denominamos el objeto interno y con sus aspectos depresivos. De esta manera el paciente irá acercándose y aceptando lo que es ineludible.

A menudo en la psicoterapia con personas mayores surge el recuerdo y mediante su evocación, el individuo tendrá una oportunidad para valorar de una manera cuidadosa los éxitos alcanzados y para revisar también los puntos más conflictivos del su recorrido vital y su nueva existencia.

Es muy curioso, pero tal y como describen Ardern, Garner & Porter (1998) en el artículo *Curious Bedfellows: Psychoanalytic Understanding and Old Age Psychiatry*, esta “carrera a contratiempo” que parece que inicia el individuo cuando empieza un proceso terapéutico en una institución geriátrica, a menudo es un factor positivo en la evolución de la terapia; en muchos casos los cambios se producen de una manera más rápida en los pacientes más viejos que en los más jóvenes.

Por otra parte, es interesante y hay que tener en cuenta y apreciar en el ejercicio de nuestro trabajo como terapeutas lo que apunta Van de Sande (2013) en su artículo *Adventures of the old Narcissus*: debido a que las personas mayores están confrontadas de una manera real con la pérdida de los objetos queridos, les es menos fácil hacer una negación de las reacciones depresivas. Este hecho nos abre como psicoterapeutas una vía saludable para poder tratar el duelo y el dolor. Esta confrontación con la pérdida real y con la disminución de vitalidad de los mecanismos de defensa, suponen una ventaja en la alianza terapéutica. La inestabilidad emocional en la vejez no siempre significa fragilidad y debilidad; también conlleva una movilidad emocional saludable.

4. LA MUERTE Y EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO EN LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

La muerte y las ansiedades que su presencia despiertan, forman parte de la vida en un Centro Geriátrico. La muerte se convierte en algo habitual. Tal y como se detalla en el artículo *Vora mort* (Vidal, 2016, p.102):

Parece que la muerte sea algo innombrable: su carga y su pensamiento son devastadores. Dentro del espacio grupal, como psicoterapeutas deberíamos encontrar el momento para hablar de la muerte y de sus cualidades. La muerte, al fin y al cabo, es la protagonista real. Los miembros del grupo hablan de «la negra», «la parca», «la de la guadaña »... esta es la manera que tienen de llamar la muerte. Si podemos verbalizar la muerte, lo que sentimos ante este hecho irreversible, también podremos aligerar la carga terrorífica que abruma el pensamiento y alimenta las fantasías más escalofriantes que incluso llegan a anularse, porque son abrumadoras. Si puede ser vivida como proceso de involución (Folch et al., 2012), la muerte encontrará un lugar diferente dentro del mundo interno de los miembros del grupo, y se producirá una tolerancia y una aceptación más grandes del paso del tiempo, así como la aceptación de lo que es irrecuperable.... El principal objetivo psicoterapéutico grupal debería centrarse en la elaboración de una idea de muerte como proceso involutivo (Folch et al.2012). Una representación más adecuada al hecho real de dejar de existir. La muerte como consecuencia del hecho de vivir en nuestra transitoriedad.

Los Dres. Oriol Esteve, Folch e Isern (2013) en su artículo *Problemática y psicopatología de la senectud (Vol. II)* especifican cómo pueden aumentar las ansiedades terminales el sentido de la muerte que cada individuo ha concebido a lo largo de la vida y las fantasías generadas alrededor de este hecho ineludible. ¿Nos acercamos a la muerte sintiendo que es una condena, un castigo o una venganza? ¿Su proximidad hace sentir por encima de todo las realizaciones truncadas? ¿Es la muerte el resultado de malos tratos recibidos? ¿Representa la caída en el vacío en la ausencia de los objetos protectores?

Intermitentemente, nuestro Grupo de Psicoterapia sí habla de la muerte y de las fantasías que se han ido forjando a lo largo del tiempo a su alrededor. Es una realidad que hemos ido alcanzando con el tiempo, pero no siempre es así. A veces, la muerte se expresa de manera contenida. A veces, se niega directamente.

Ilustrando las ansiedades de muerte, se transcribe un fragmento de una sesión que se celebró el 13 de marzo de 2017 en la que la Sra. A. se encontraba a mi lado. La Sra. A. es una mujer de 94 años, con las facultades mentales conservadas y que presenta, dentro de la *escala de Reisberg*, un GDS 2³ (que corresponde a un deterioro cognitivo muy leve normal por la su edad). Va en silla de ruedas y tiene un nivel muy alto de dependencia física ya que no puede caminar. Se encuentra ingresada en el centro desde hace dos años después de haber sufrido una caída en su domicilio en una gran ciudad. Desde entonces no puede valerse por sí misma. Vivía sola y nunca se casó ni tiene hijos. Tiene sobrinos y hasta hace poco, tenía un hermano que murió también en la Residencia Asistida que ahora la acoge a ella misma:

³ La GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg es una Escala que sirve para ver el estado en que se encuentran nuestros pacientes. El GDS 2 corresponde a un Deterioro Cognitivo Muy Leve. Entre otros síntomas de este estadio están: el olvido de la situación de objetos familiares o el olvido de nombres de familiares y amigos. El paciente manifiesta preocupación por los síntomas.

La Sra. A. está dormida; de una manera peculiarmente profunda y desconectada. La sesión anterior no vino y me notificó que se quería dar de baja del grupo ya que no siente nada. Es muy sorda y verbalizaba que se sentía muy impotente de no poder escuchar nada de nada de lo que se habla en el espacio de psicoterapia. Se siente impotente y dejará de venir; esto es lo que ha decidido (esto me lo dijo el último día, de forma individual, cuando salíamos de la sesión de psicoterapia grupal). Le dije que lo más adecuado sería que habláramos en la siguiente sesión (es decir, la de hoy) con todos los miembros del grupo. La sesión pues, acaba de empezar y lo que acabo de narrar es el primero que detecto.

El grupo observa silenciosamente a la Sra. A. Posteriormente piden que la despierte. Todos los miembros me lo piden diciendo -con un tono angustiado- que últimamente la Sra. A. tiene esta actitud de desconexión. Se duerme pero no saben si está muerta. Respondiendo al grupo, intento despertarla. Primero con la voz: "Sra. A., Sra. A." digo con firmeza y al mismo tiempo suavemente. Después me acerco a su oído y alzo el volumen. Finalmente -y después de que uno de los miembros del grupo me lo proponga- la sacudo suavemente... pero nada... ni siquiera se mueve. El grupo primero se ríe... todos sonrían... La Sra. M. me pide si la Sra. A. respira... y yo intento de nuevo que la Sra. A. se despierte. Mi intento es vano... La Sra. A. sigue durmiendo y así lo hará a lo largo de la sesión. Está con nosotros "de cuerpo presente" y parece la personificación de la muerte.

Este fragmento ejemplifica con mucha claridad la ansiedad de muerte. Los miembros del nuestro grupo viven en la institución hasta que les llega el final. La presencia abrumadora de la muerte se manifiesta intermitentemente de una manera invasiva y moviliza los sistemas defensivos individuales y los del grupo de trabajo. Las ansiedades de muerte son abrumadoras. Las defensas también lo son: es difícil poder hablar de lo que genera tanto terror.

La Sra. A., desde el principio de la sesión de hoy, escenifica en el contexto grupal lo que ha sucedido hace dos días en el Centro: dos residentes de la casa murieron. De ello hoy no se habla; el grupo no puede hablar... pero la Sra. A. parece que esté muerta. La Sra. M. dice: 'a ver si respira', pero el grupo, a un nivel consciente, no va más allá. No se habla de las muertes de los dos Residentes.

Posteriormente se hace un abordaje particular e indirecto hablando de la muerte de una persona que no vivía en el Centro; es decir: se desplaza la muerte fuera de la Residencia. Mientras tanto, la Sra. A. con su presencia, escenifica la realidad.

5. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA. ASPECTOS NARCISISTAS. DE NUEVO EL TRABAJO CORAL.

Trabajar con personas que viven esperando la muerte a corto plazo puede estimular a un nivel contratransferencial sentimientos de impotencia, de hostilidad y frustración. El psicoterapeuta de ancianos que viven en una Residencia Asistida deberá aceptar que los pacientes se deterioran física y mentalmente. Irreversible y progresivamente. En este contexto, estos pacientes van adquiriendo unos niveles cada vez más altos de dependencia y verterán en el psicoterapeuta sus necesidades más arcaicas. Nos encontramos ante un proceso involutivo en el que la persona retorna al inicio de la vida en lo que se refiere a sus necesidades de ser atendido/a y parecería que todo lo que ha ido adquiriendo a lo largo de su recorrido vital, no sirve de nada.

El incremento del grado de dependencia -a veces física, a veces mental, a veces ambas a la vez- acerca paradójicamente al anciano/a a la primera etapa de la vida. Pero ¿hasta qué punto podemos pensar y hablar de similitudes entre ancianos/as y bebés? ¿Es lícito pensar, y acercarnos a la vejez mediante esta imagen del bebé dependiente o bien este hecho responde a una fantasía colectiva que permite -desde la juventud- neutralizar las ansiedades que nos despierta la Vejez y la proximidad de la muerte? Parecería que entre los miembros de los equipos de trabajo de los centros geriátricos, acercarse a los residentes bajo la fantasía de que las necesidades son similares a las de un recién nacido, neutraliza las ansiedades que la Vejez despierta.

Un paciente que no mejora puede generar -entre otros- sentimientos agresivos y sádicos acompañados de ansiedad, sentimientos de culpa y de depresión. Al mismo tiempo genera una serie de heridas de carácter narcisista y deseos de reparación. El psicoterapeuta de gente mayor apenas se siente gratificado en el marco del tratamiento. Para empezar, todos los pacientes acaban muriendo. Ésta es una de las heridas más importantes que tendrá que ser revisada a lo largo del tiempo a través de las supervisiones. Sin embargo existen otros aspectos y sentimientos contratransferenciales que provocan estos pacientes, como el miedo que podemos sentir a que ellos puedan convertirse en dependientes de nosotros o el miedo a que nosotros mismos lleguemos a ser como ellos.

No parece que se equivoque uno afirmando que si bien para ser psicoterapeuta se requiere -entre otros requisitos- un grado elevado de empatía, para convertirse en psicoterapeuta de personas mayores, se requiere un grado aún más elevado. Según la propia experiencia, mientras que las facultades físicas y mentales van disminuyendo debido al envejecimiento, la memoria afectiva permanece. El afecto permanece. La emoción permanece. El lenguaje emocional se hace evidente con el paso de los años y adquiere un relieve especial en las demencias, cuando las otras facultades se desvanecen progresivamente. Las pérdidas vividas por la gente mayor como consecuencia de los años, tanto a un nivel físico como mental, a menudo provocan la sensación de vivir en un estado de desintegración casi permanente. Los sentimientos de ambivalencia pueden llegar a ser insoportables en el marco de una Institución, porque a menudo los abuelos y abuelas institucionalizados sienten que han sido abandonados y este hecho incrementa el sentimiento de indefensión: "A mí me dejaron aquí como si fuera un paquete. Nadie pidió mi opinión y cuando ellos quisieron y lo decidieron, me llevaron aquí sin ningún miramiento" repetía una y otra vez la Sra. O. a lo largo de las sesiones grupales de psicoterapia a las que asistió. Hay un sentimiento unánime -que generalmente responde a una realidad- de que las familias no han tenido suficiente capacidad de hacerse cargo de la persona que han tenido que ingresar.

Conjuntamente con el amor y el afecto, el paciente siente malestar, tristeza, rabia y desesperación: "Todavía no entiendo por qué estoy aquí. Yo en casa estaba muy bien. No entiendo por qué mi hija ha acabado trayéndome aquí. Yo ya me conformaba viniendo aquí durante el día y yendo a casa a dormir. No entiendo porque quieren que me quede". Esto lo decía la Sra. M. llorando en una sesión grupal cuando, después de un período de más de un año de venir a la Residencia en régimen de Centro de Día, pasó a vivir en ella. Ella no era consciente en absoluto de que no podía vivir sola. Su hija vivía lejos y no podía hacerse cargo de la Sra. M., quien había sido recientemente diagnosticada de Alzheimer. A menudo los vecinos del pueblo la encontraban totalmente desorientada por las calles; no sabía ni siquiera como debía retornar a casa. Después de un período en el Centro de Día, la hija decidió que la Sra. M. se quedara a vivir, pues no podía quedarse sola en casa. Alguna vez incluso la habían encontrado durmiendo en el suelo.

Los ancianos/as institucionalizados sienten también paralelamente una necesidad de continuar protegiendo el núcleo familiar a pesar de todo el malestar y la herida que sienten que se ha producido:

"¿Sabes qué pasa?" le dice la Sra. P. a la Sra. M. mirándola a los ojos y con un tono de voz calmado y dulce, "...que si vivir aquí no lo hacemos por nosotros mismos, es bueno que lo hagamos por los hijos! Ellos se sienten más tranquilos si nosotros estamos aquí" "Y nosotros, es cierto que estamos más recogidos" añade el Sr. E...y sigue: "¿Qué haríamos en casa nosotros? Usted me ve a mí en mi casa? (señala la silla de ruedas donde es sentado) ... " " Tenemos suerte de poder continuar viviendo en el mismo pueblo y compartir la vida con la gente que conocemos. También viene nuestra familia a visitarnos a menudo". "Yo sé que tengo que vivir aquí para que mi hijo esté tranquilo. Él no puede hacerse cargo de mí; ya tienen suficiente en su casa cuidando su suegro. A mí me gustaría vivir en mi casa como antes, pero no puede ser; ya casi no ando y yo me pongo contenta cuando lo veo a él tranquilo de verme aquí" comentaba la Sra. P. en dos sesiones diferentes, una del mes de enero y la otra de marzo de 2017.

El psicoterapeuta de ancianos institucionalizados se encuentra a menudo navegando en mares de ambivalencia, confusión y terror. Oscilaciones entre el amor y el odio por un lado y sentimientos de horror generados por la percepción de la proximidad de la muerte y la indefensión que genera la vivencia abrumadora de la pérdida de las facultades, sean físicas o mentales. Si bien lo más habitual es que los hijos o las hijas hayan tenido que tomar la decisión de hacer el ingreso del anciano/a, a veces el mismo cónyuge de la persona ingresada es quien ha tenido que decidir y gestionar los trámites ya que no puede continuar haciéndose cargo de la pareja.

Como ya he mencionado anteriormente, esta vivencia de abandono en una institución esperando la muerte, moviliza el mundo interno del residente. El fruto de esta movilización será proyectado tanto a los psicoterapeutas en los encuentros del Grupo de Psicoterapia como a las personas que trabajan diariamente dentro de la institución.

El psicoterapeuta grupal de una Residencia Asistida deberá tener en cuenta en cada una de las sesiones el entramado que constituye el universo de cada una de las personas que forman parte del Grupo: cada sesión nos encontraremos no únicamente con los miembros que forman parte del grupo de trabajo y su mundo interno, sino también con sus familias, que se hacen muy presentes de diferentes maneras; y si bien esto es algo que el terapeuta de grupo conoce habiéndolo experimentado en el trabajo grupal en otras ocasiones, en un grupo constituido por ancianos/as institucionalizados, se incorporarán de diferentes maneras también los trabajadores del centro y la institución *per se*.

El psicoterapeuta de Grupo no es únicamente el conductor de éste, sino que forma parte de un equipo profesional dentro de la institución -un Grupo paralelo-. Desempeña una función paralela: forma parte del engranaje institucional y esto es algo que deberá tenerse en cuenta; su mirada será multidireccional. El mundo interno de los residentes y el del Grupo en consecuencia, está muy poblado de objetos.

Se abre ante nosotros un abanico muy amplio y diversificado de posibilidades en todo lo referente al trabajo psicoterapéutico y el Grupo ofrece un espacio para la proyección y la elaboración de las ansiedades que irán surgiendo y que a menudo formarán parte de una

concatenación de emociones y sentimientos que irán forjando un mosaico rico y multicolor. Se dará forma a esta multiplicidad a medida que vamos avanzando y que lo permitimos. Se recuerda una sesión que ejemplifica el trabajo coral grupal institucional y la complejidad de lo que acabo de exponer (15 de mayo 2017):

Esta mañana mientras estábamos trabajando en el Taller de Noticias⁴ -como cada lunes- la Sra. TS. ha perdido la conciencia. De hecho, ella estaba fuera del ángulo de mi visión -tres sillas más allá a mi derecha- y yo estaba leyendo el diario en ese preciso momento. Ha sido una gerocultora que ha mirado a través del cristal de la puerta quien ha visto que la Sra. TS. en su silla se ha estirado rígidamente y ha quedado con la cabeza atrás y los ojos medio cerrados. La chica ha entrado exclamando "Sra. TS., Sra. TS. ..." y entonces, todos nos hemos dado cuenta de que la Sra. TS. no estaba bien. Mientras la gerocultora atendía a la Sra. TS. y procuraba que no se cayera de la silla, yo he ido a avisar a la enfermera y hemos venido a la sala con una silla de ruedas donde la Sra. TS. ha sido trasladada. La enfermera decía que era algo que le sucedía de vez en cuando a la Sra. TS. y que ella se la llevaba a la enfermería para volverla en sí. Los abuelos/as que estaban presentes y yo, hemos vuelto a nuestros sitios para continuar la lectura... pero la Sra. TJ. se ha puesto a llorar diciendo que estaba muy asustada, que ella no había visto nunca a la Sra. TS. en aquella situación y que tenía miedo de que muriera. La Sra. MO. la ha censurado -medio enfadada- diciendo que no era nada ... que ella ya la había visto más de una vez así ... y que no sufriera. Yo le he explicado que me parecía normal que se sintiera mal y que después de un rato, podía ir a ver cómo se encontraba su compañera en la sala de enfermería. "Estaría bien que pudiera ir"...le digo... "ya ha visto como la enfermera explicaba que no es la primera vez que le pasa una crisis de estas -continuó diciendo-". Afortunadamente la ha visto A. (la gerocultora) y ahora la Sra. TS. ya está en la enfermería. Allí estará bien cuidada y tratarán de reanimarla. Deje pasar un rato y vaya a ver cómo se encuentra, si le parece... ". Ella asiente y parece que se calma. De hecho, con el altercado, ya se ha acabado el tiempo del Taller de Noticias y propongo que, si lo desean, hablamos en el Grupo de Psicoterapia que tenemos luego a las 3'30pm.

Las defensas se ponen en funcionamiento y el psicoterapeuta a menudo recibirá unas proyecciones múltiples que requerirán de una elaboración adecuada antes de ser devueltas.

Es necesario que el psicoterapeuta de ancianos en una institución geriátrica sea capaz de mantener miradas múltiples, ya que forma parte de diferentes grupos con ecos diferentes -tal y como se muestra en la viñeta anterior-. También debe ser capaz de tolerar proyecciones relacionadas con ansiedades de muerte, de desintegración y de abandono.

Si nos centramos en la transferencia, a menudo sentimos que el psicoterapeuta es vivido como un hijo / hija. A veces, llegamos a ser objetos maternos o de autoridad paterna. Pueden hacernos depositarios de una transferencia sexual o amorosa (convertimos pareja o amantes).

⁴ Se trata de un Taller en el cual cada lunes por la mañana los residentes se reúnen con la terapeuta para comentar las noticias de la semana que son consideradas como más destacadas. Paralelamente se procede a la lectura de los acontecimientos más importantes y destacados en los periódicos.

También se debe considerar la pareja edípica constituida por la institución y la familia; este apareamiento se hará presente en el imaginario del residente y nosotros seremos objeto de deseo y de rechazo alternativamente dependiendo de su estado. Como miembro que pertenece a la institución, el psicoterapeuta se convierte tanto en objeto de deseo como de odio y será experimentado alternativamente como soporte o como perseguidor.

Recordemos que las personas que viven en un geriátrico suelen tener un grado alto de dependencia física y/o mental, lo que acentúa los aspectos transferenciales. Por un lado, el residente añade a sus problemas propios un resentimiento inconsciente hacia el psicoterapeuta -y también hacia los trabajadores del centro-. Por otro lado, vive la necesidad de ser agradecido.

El psicoterapeuta es idealizado y envidiado por su condición y juventud,... pero también es despreciado por ser demasiado joven y no tener una experiencia suficientemente amplia. En una sesión celebrada el mes de Junio de 2016, la Sra. A. -que siempre iniciaba sus intervenciones en el grupo contando los miembros- dice: "Hoy somos 16; usted no cuenta". Se refería a mí -la terapeuta- y lo hacía con una sonrisa entre sarcástica y malintencionada.

El psicoterapeuta, al mismo tiempo deberá tener un grado suficiente de generosidad como para poder evidenciar su no-indispensabilidad en la vida de los residentes. Deberá tener en cuenta sus propios aspectos narcisistas. El paciente viejo a menudo es percibido como frágil y dependiente; si no elaboramos nuestras ansiedades al respecto, esto puede incrementar nuestra percepción de que nos encontramos ante personas totalmente inválidas e incapaces,... y si bien esto es parcialmente cierto, tenemos que ser muy cautos, ya que será a través de nuestras intervenciones que ellos irán encontrando su fortaleza y los recursos propios.

Recuerdo una sesión en la que como psicoterapeuta -y miembro que pertenece al grupo de la Institución- yo veía tambalear la estabilidad del Grupo de psicoterapia debido a una serie de circunstancias de organización institucional. Este hecho no podía ser comunicado dada la ambivalencia absoluta que había al respecto. Lo que resultó muy interesante y chocante es cómo a lo largo de la sesión, el grupo hizo referencia metafóricamente a un grupo frágil, desprotegido y enfermo, donde se hacía presente la muerte. El Grupo en aquellos momentos estaba "entubado" en la U.C.I. Como Terapeuta, pude devolver el siguiente:

Veo al Grupo hoy aquí, tan recogido, tan juntos... y los siento también tan comunicativos, los unos con los otros y también tan protegidos, que contrasta mucho con lo que se está explicando hoy de esta familia en la que ahora todos quedan desprotegidos y como abandonados... me pregunto si se sienten protegidos y amparados aquí tal y como yo lo estoy percibiendo ahora.

Contratransferencialmente, el terapeuta experimenta las proyecciones de los miedos inconscientes y la rabia que despierta el hecho de envejecer, de sentir la disminución del poder corporal y mental y la necesidad incrementada de ayuda para acercarse y la dependencia del otro.

Rabia, enojo, sentimientos de desprotección y abandono, rechazo, miedo o envidia constituyen un abanico de emociones -entre otras- no muy agradables que podrán ser sentidas tanto por psicoterapeutas, como por el resto de trabajadores del Centro a un nivel contratransferencial. Evidenciar estos aspectos en el marco de un espacio de supervisión puede ayudar a mantener el

nivel de profesionalidad deseable.

Recuerdo el inicio de una sesión celebrada el 12 de junio de 2017 en la que se hace evidente el miedo y la ansiedad que me despertó el hecho de no encontrar en su lugar habitual a uno de los miembros participantes del Grupo de Psicoterapia:

Estoy llegando a la Sala del Grupo y recuerdo que esta mañana el Sr. JQ. no se encontraba bien. Ayer domingo, por la tarde, comenzó a tener problemas con la sonda que lleva; estaba obturada y salía sangre. Esta mañana mientras hacíamos el Taller de Noticias, él se quería ir sin decir nada y yo, antes de que saliera le he pedido si podía ayudarlo, si le pasaba algo. Me ha dicho que quería ir a la enfermería porque veía que no iba bien con la sonda. Lo he acompañado a la enfermería y mientras íbamos me ha mostrado la bolsa de la sonda, que efectivamente estaba roja por la sangre. Veo que ahora estamos a punto de comenzar la sesión -Faltan 5 minutos- y el Sr. JQ no está, así que después preguntar a las gerocultoras y que me digan que no saben dónde está, decido ir a su habitación a ver si sucede algo. Llamo a la puerta y efectivamente, allí está el Sr. JQ. Lo encuentro sentado en la silla de ruedas, junto a la cama, con la pernera del pantalón arremangada y la bolsa de la orina de la sonda a la vista. Me cuenta que está sufriendo y observando si la sonda funciona bien o no. Tiene miedo de que salga sangre. Esta mañana han encontrado todo obturado y había sangre: "esto no pinta bien" dice literalmente. Me dice que tiene miedo de la sangre. Su voz es muy floja y yo lo siento asustado. Le explico que en unos minutos empezamos el Grupo de Psicoterapia y le digo que si quiere venir, lo acompaño yo misma. Si prefiere quedarse, añado que ya explicaré a los compañeros el motivo. Añado también que si quiere lo llevo abajo, cerca de la enfermería, por si se siente más tranquilo de esta manera. Me dice que no, que donde mejor está es en la habitación y que si las cosas no van bien, llamará al timbre para que venga la enfermera. Quedamos así y yo vuelvo a la Sala, preocupada por el Sr. JQ. y sintiendo que hay momentos en que la soledad se hace presente. Siento la soledad del Sr. JQ y me duele. Me siento triste. En contraste, cuando entro en la Sala, la percibo llena y alegre; casi todo el mundo está sentado en la silla; incluso la Sra. Ma. Yo me siento extraña. Extraña y triste.

Van de Sande (2013) afirma que en el psicoterapeuta de personas mayores se puede ver el fenómeno contratransferencial de tres formas diferentes:

- a) Mediante la vivencia de sentimientos de omnipotencia y de esperanzas irreales: las posibilidades de los pacientes viejos son sobrevaloradas por parte del psicoterapeuta. De esta forma se niega el temor a la muerte.
- b) Alimentando aspectos narcisistas: el terapeuta es visto y también se manifiesta como el gran salvador.
- c) No considerando que las personas mayores pueden ser demandantes y manipulativos, provocando que el terapeuta desconsidere sentimientos y emociones de pena y tristeza hacia alguien que se encuentra al final de su vida.

En este punto se añadiría que, dentro del marco de la posición depresiva, la contratransferencia puede generar fuertes sentimientos de culpa y soledad a los psicoterapeutas que trabajamos con abuelos institucionalizados y que se sienten abandonados. De hecho, una parte de esto es también lo que se hace evidente en la última viñeta que he expuesto. Al miedo como terapeuta se añade el sentimiento de culpabilidad, provocando que no se tengan en cuenta las capacidades del

Sr. JQ como individuo.

El trabajo en supervisión ayudará a explorar e ir identificando las fantasías que se movilizan y también ayudará en el reconocimiento de problemas externos.

Para terminar, se evoca un cuento que explicó la Sra. I en uno de los últimos encuentros de Grupo que hemos tenido y que refleja la fugacidad de la vida y la trascendencia de nuestras emociones. Se titula *El plato de madera*. Dice así:

Había un hombre que le estaba tallando un plato de madera a su padre porque éste -el padre- se había vuelto viejo y rompía todos los platos que eran de cristal. El hijo estaba hartado y este hecho le ponía de malhumor y lo hacía sentir enojado.

Pasó el tiempo...un día...y otro día...y otro...hasta que una noche, este hijo se dio cuenta de que su propio hijo estaba tallando un trozo de madera.

"¿Qué haces, hijo?" -preguntó- ... Y en el mismo instante que acababa de hacer la pregunta, se dio cuenta con tristeza de que lo que hacía el hijo era un plato de madera para él mismo, que ya se había convertido en un viejo. Se sobrecogió y recordó con tristeza su propia actitud hacia su padre.

REFERENCIAS

- Ardern, M., Garner, J., & Porter, R. (1998). *Curious Bedfellows: Psychoanalytic Understanding and Old Age Psychiatry*. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 12, 47-56.
- Bion, W. (1970) *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Coltart, N. (1992). *The analysis of an elderly patient*. London: Free Association Books.
- Evans, S., Garner, J. & others (2004). *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults*. London and New York: Routledge-Taylor Francis Group.
- Evans, S. (1998). Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life and depression, *Aging and Mental Health*, 2, 94-99.
- Erikson, E.H. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós (2ª edición 1966).
- Formiga, F. (2014). ¿Qué es envejecer? *Senesciencia, Revista Digital*, 1. Recuperado el 3 de agosto de 2017 de <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/que-es-envejecer/>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Garner, J., & Ardern, M. (1998). *Reflections on old age*. *Aging and Mental Health*, 2, 92-93.
- Klein, M. (1946-1960). *Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1989.
- Oriol, J.E., Folch, E.amb Isern, Ll. (2013). *Problemàtica i psicopatologia de la senectut (II)*. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 30 (1), 9-29.
- Segal, H. (1986). *Fear or death: notes on the analysis of an old man. In: The work of Hanna Segal. A Kleinian approach to clinical practice*. London: Free association Books.
- Torres, A. (2017). *Las 3 fases de la Vejez y sus cambios físicos y psicológicos*. *Psicología y Mente*. Recuperado el 10 de agosto de 2017, de <https://psicologiaymente.net/psicologia/fases-de-vejez>
- Van de Sande, J. (2013). *Adventures of the Old Narcissus. On Psychoanalytic Psychotherapy for Seniors, EFPP Psychoanalytic Psychotherapy Review*, 6, 1-10.
- Vidal, R. (2016). Vora Mort. Reflexions i vivències en un grup psicoterapèutic de gent gran que viu en una institució, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 33(1), 95-113.