

ALGUNOS ASPECTOS DE LA PSICOTERAPIA EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA*

Dra. Cid

1. INTRODUCCIÓN

La psicoterapia en las personas de edad avanzada ha tropezado, históricamente hablando, con múltiples reticencias por parte de los profesionales, basadas en parte en la escasa literatura existente al respecto, y en parte en la gran cantidad de emociones que este grupo de población suscita entre los profesionales, imágenes demasiado cercanas en las propias parentales, además de las dificultades para abordar un proceso, el del envejecimiento, íntimamente ligado a fantasías de muerte, enfermedad y deterioro, ligados, en resumen, a la propia temporalidad y mortalidad de los profesionales, circunstancias generadoras de angustia y rechazo.

Aunque en los últimos años se ha producido un incremento importante en el interés por profundizar en los procesos psíquicos del envejecimiento, desde el comienzo del psicoanálisis, diversos autores se han preocupado por la comprensión de estos procesos y las posibilidades de abordaje terapéutico.

Karl Abraham, en sus trabajos sobre el desarrollo de la libido (1924), hace referencia a la importancia de estudiar las posibilidades de tratamiento en las "neurosis de involución", entre los 50-60 años.

Para Abraham sería más importante la edad de la neurosis que la del sujeto neurótico. Introduce algunas variaciones en la técnica en cuanto a la facilitación por parte del terapeuta de las asociaciones, acercándola en este punto al psicoanálisis infantil.

Ferenczi, en 1913, publica un artículo llamado "el complejo del abuelo", haciendo referencia a la importancia de éste en las fantasías del niño, como imagen ambivalente de fuerza y debilidad, sobre el que proyectaría de forma desplazada sus sentimientos hostiles hacia el padre y como acercamiento a la idea de muerte y separación de personas queridas.

La introducción de la "técnica activa" ha sido muy seguida sobre todo por algunos autores americanos, como Goldfarb y Grothjahn, que han propugnado técnicas poco interpretativas y muy interventivas desde la realidad, manteniéndose el terapeuta como una imagen revestida de caracteres idealizados, circunstancia que utilizarían activamente con el paciente.

Erikson, con su concepto de crisis vitales (1956), ha contribuido a desmitificar los procesos del envejecimiento, situándolos en el mismo plano que otros períodos de la vida, como la niñez, adolescencia y madurez, períodos que se caracterizan por una intensa sobrecarga emocional que obliga al individuo a una remodelación de su sistema defensivo por la intensidad cualitativa y cuantitativa de los estímulos externos e internos, corporales, familiares y sociales, que exigen una readaptación y un proceso de duelo, duelos difíciles de elaborar, que pueden explicar la mayor morbilidad psiquiátrica en los distintos períodos de crisis vitales.

Pearl King (1974) diseñó, a partir de esta noción de crisis, varios puntos con los elementos más importantes a considerar en el envejecimiento:

* Conferencia pronunciada en la Clínica de la Concepción.

- Miedo a la pérdida de la potencia sexual.
- Miedo a la pérdida de posición social y laboral y al desplazamiento por individuos más jóvenes.
- Dificultades de pareja cuando los hijos se van de casa y ésta se reencuentra a solas.
- Angustia frente a la enfermedad y la muerte.
- Angustia frente al reconocimiento del mayor grado de dependencia.

Buttler concede especial importancia a los procesos de reminiscencia, que considera esenciales para la "terapia de revisión de la vida", en la cual los traumatismos reactivados frente a la angustia producida por la proximidad de la muerte, necesitarían poder ser integrados psíquicamente, pasando el individuo de la retrospección a la introspección.

Anna Segal (1954) publicó un artículo sobre el análisis de un anciano de 74 años, tratado durante 15 meses, sorprendiéndose de las posibilidades elaborativas del paciente durante el tratamiento. Desgraciadamente no conozco que prosiguiera su investigación en este terreno.

Balier (1964) concede especial importancia a las regresiones narcisistas, generalmente precipitadas por pérdidas de objeto, reales y/o imaginarias, que pueden revestir formas de expresión, desde la hipocondría hasta el requerimiento exigente del medio,

2. ASPECTOS TEÓRICOS

Cuando se habla de la vejez suele hacerse en términos muy vagos y generales, agrupando con este término a personas en muy diferente estado físico y psíquico y con una notable diferencia de edad. No es igual pensar en una persona en la década de los 60, con una conflictiva de crisis relativa a la jubilación, separación de los hijos y fantasías de declive físico y sexual, que hacerlo de una persona en la década de los 80, con grave patología orgánica, cercana a la muerte, y en muchos casos institucionalizada. Son situaciones diferentes y diferencias de edad similares a las que existen entre un bebé y un adolescente, o entre éste y una persona madura.

Quiero precisar este dato, que parece tan evidente, porque la elección de una u otra forma de abordaje terapéutico debería pasar por una evaluación global e individualizada de las circunstancias del paciente.

Ni todos los viejos están enfermos físicamente, ni mucho menos padecen todos "problemas de riego cerebral" las personas que expresan su angustia a través del cuerpo, y a través de la supuesta o real pérdida de memoria, como con demasiada frecuencia nos empeñamos en creer los profesionales.

En el extremo opuesto, la negación de la posible patología orgánica, de la dependencia física, y de la fragilidad de las defensas yoicas, suponen un riesgo de emitir graves errores diagnósticos, además de la posibilidad de precipitar de forma yatrogénica accidentes somáticos graves.

No es casual que investigadores de la talla de Ajuriaguerra se hayan interesado de manera específica por los problemas del desarrollo y de la involución, habiendo realizado importantes aportaciones en el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer, tomando como modelo los períodos de integración psicomotriz en el niño y demostrando que en

las demencias la desintegración de las funciones corticales superiores sufría una regresión simétrica e inversa a las adquisiciones del niño.

Desde el punto de vista psicodinámico, es de primordial importancia el conocimiento del desarrollo libidinal en el niño, ya que también en el anciano la expresión sintomática es extraordinariamente variada y a veces diferente a la del individuo más joven. La emergencia de los movimientos pulsionales y el debilitamiento defensivo provocan a menudo cuadros regresivos de gran intensidad, con pautas de funcionamiento que recuerdan a las del bebé en los primeros años de vida. No por ello se puede establecer un diagnóstico de psicosis, aunque pueden aparecer episodios confusionales y delirantes o alucinatorios, situaciones que pueden ser confundidas fácilmente con demencias y que pueden evolucionar hacia un deterioro si no se adopta una actitud terapéutica adecuada.

Los cuadros neuróticos clásicos suelen también adoptar una forma más desdibujada, con expresión frecuente de quejas corporales o ritualizaciones de los actos cotidianos, a veces con importante restricción en la calidad de vida. Las fobias suelen organizarse de manera más solapada, a menudo encubiertas por síntomas somáticos, como artrosis, sordera, disminución de la visión, que facilitan las conductas de evitación.

Detrás de muchas "pérdidas de memoria" habría que investigar procesos histéricos, que en esta edad podrían adquirir con más facilidad esta forma de expresión, que encuentra un eco adecuado en la respuesta médica y social, facilitando las posibles ganancias secundarias asociadas al síntoma, y que habría que diferenciar de los comienzos de una verdadera demencia, proceso que exige un cuidadoso diagnóstico diferencial.

Los trastornos depresivos se expresan a menudo por un intenso desinvertimiento libidinal que puede provocar una sintomatología similar a la demencia. Son las llamadas pseudo-demencias depresivas, que a veces son la expresión de severos cuadros melancólicos.

Esta digresión por las diversas formas de presentación de los conflictos psíquicos me parece inevitable, porque creo que muchos de los temores frente a los pacientes de edad parten de un cierto desconocimiento, y en la clínica es importante poder elaborar un diagnóstico y una hipótesis dinámica para en la medida de nuestras posibilidades poder adecuar nuestra técnica a las diversas formas de expresión del sujeto, y no al revés.

Si teóricamente sabemos que el inconsciente (ICS) es atemporal, resulta cuando menos poco científico considerar que éste no existiría en los ancianos, aunque a veces sus manifestaciones difieran de las del adulto. La repetidamente invocada rigidificación de las defensas caracterológicas tiene su correlato en personas que toda su vida han poseído intensos rasgos de carácter, aunque durante su vida activa hayan conseguido mantenerlas estructuradas a través del control sobre los hijos, con el ejercicio del poder en el trabajo o con los distintos mecanismos defensivos que pueden ser empleados en la vida. Sólo que las pérdidas de objeto hacen que se note más. O que se descompense esta estructura de carácter previo. Las personalidades "como si" pueden sufrir importantes derrumbes al fallar los elementos de valoración narcisista buscados compulsivamente a lo largo de la vida para tener sensación de existir.

La entrevista diagnóstica debe incluir un tanteo de las posibilidades defensivas y elaborativas, es decir, una comprensión básica del funcionamiento mental en un momento dado.

Otro tema importante a considerar es la valoración de la demanda y de dónde procede ésta, ya que a menudo en las personas mayores son los hijos quienes traen al padre o a la

madre, en situaciones de crisis familiar que puede ser preferible enfocar desde una perspectiva familiar, en forma de entrevistas terapéuticas que permitan desbloquear en la medida de lo posible las intensas proyecciones de las que a veces son portadores los ancianos, que se presentan como paciente elegido en intensas patologías familiares.

Desde una perspectiva psicoanalítica, son empleadas las psicoterapias sin tiempo de determinación determinado, las terapias breves, generalmente de 6-12 meses de duración.

Las terapias familiares y de pareja pueden ser de elección en situaciones de crisis familiar, en las que un abordaje individual puede revelarse poco eficaz.

Las psicoterapias psicoanalíticas grupales, con grupos homogéneos, aunque algunos autores propugnan los heterogéneos para favorecer el contacto entre diversas edades, si bien este tipo de grupos parecen tener un aspecto más sociológico que psicoanalítico interpretativo.

Otras técnicas no utilizadas habitualmente, como el psicodrama psicoanalítico pueden ser de gran utilidad, por lo que implican de movilización rápida de los procesos psíquicos, además del placer narcisista que representa la posibilidad lúdica del juego simbólico.

En contra de lo que habitualmente se cree, los movimientos transferenciales suelen ser muy rápidos e intensos, representando el terapeuta para el paciente, a la vez, una imagen filial y parental, lo que puede resultar una situación difícil para éste, inmerso en sus propias fantasías con respecto al paciente, sobre quien puede proyectar con gran intensidad sus propios imagos parentales, con actitudes de sumisión o rechazo.

La posibilidad de realizar intervenciones en crisis, con actividad interpretativa rápida, como se ve en psiquiatría infantil, permite a menudo una rápida reestructuración en situaciones aparentemente graves.

Las terapias breves son muy útiles en estos casos, con una o dos sesiones semanales, dejando siempre abierta la posibilidad de retomar alguna sesión en caso de necesidad.

Casi todos los autores están de acuerdo en limitar la cura clásica de 3-4 sesiones en diván a casos restringidos.

La actividad interpretativa, con vinculación a fantasías edípicas y preedípicas, es perfectamente aplicable en las personas mayores, siempre que su funcionamiento mental lo permita, igual que en otros grupos de edad.

En situaciones muy regresivas, y en institución, el rol del terapeuta debería ir encaminado sobre todo al trabajo de equipo, para adoptar estrategias terapéuticas frente a las intensas angustias que provocan estas situaciones, con el mantenimiento institucional de la patología.

Son difíciles de manejar las situaciones de extrema dependencia en las que el terapeuta representaría un objeto a vampirizar, con pocos elementos de elaboración mental, situaciones que a menudo se resuelven por rupturas bruscas de la relación.

El miedo a la muerte es otro tema de difícil abordaje, sobre todo en nuestra cultura occidental.

No obstante, hay que considerar que los procesos de negación necesarios para seguir viviendo funcionan en los ancianos mejor de lo que habitualmente creemos, y el temor a

la muerte suele expresarse a menudo de forma simbólica y desplazada como fantasías de castración.

Las dificultades contra-transferenciales más frecuentes son:

- Idealización excesiva de los padres, que enmascara la hostilidad hacia éstos.
- Expectativas terapéuticas que no corresponden al grado de la demanda.
- Dificultades para asumir los límites del tratamiento frente a la enfermedad y la muerte, que nos confrontan con nuestro narcisismo y omnipotencia.
- Dificultades para evaluar la demanda del paciente, confundiéndole a menudo con las demandas ansiosas de la familia, que pueden esconder otros conflictos.

Como siempre, el conocimiento de los propios límites y dificultades personales y el análisis de la contra-transferencia pueden ayudar a considerar este grupo de población con sus posibilidades reales, alejándonos de posturas mesiánicas o conmisericordias.

Para ilustrar de manera más gráfica alguno de los problemas teórico-técnicos que pueden presentar estos pacientes en la práctica clínica, he seleccionado algunos fragmentos de casos clínicos que comentaré seguidamente:

Caso núm. 1. Pareja de 66-62 años, de alto nivel sociocultural, que consultan por pérdida de memoria del esposo. La demanda viene presentada por la esposa, adoptando el marido una actitud pasiva y desinteresada.

En la exploración descarto la aparición de una demencia y elaboro una hipótesis diagnóstica de cuadro depresivo enmascarado. La pérdida de memoria corresponde a un desinvertimiento libidinal para evitar los sentimientos de agresividad en relación con una situación de crisis en la empresa, en la que, siendo director, ha sido rebajado a un puesto más honorífico y menos ejecutivo por el hermano y otro socio, más jóvenes.

El padre había muerto a la edad del paciente en accidente de automóvil y aparece una sintomatología de cierto temor a conducir "por si tiene un accidente". Existe un conflicto evidente con su único hijo varón, sobre quien ha depositado siempre intensas expectativas, y que siente no se han cumplido.

Por su parte, la esposa, que se muestra recelosa e intrusiva, adopta una actitud activa y dominante, aunque aparece una depresión negada y relacionada con la emancipación de los hijos, en los que siempre ha volcado mucha energía y afecto.

Hija única, afirma tener una relación ambivalente con la madre y de rivalidad con el padre, ambos vivos, y cuando se refiere a su propia familia, habla siempre de "nosotros y él".

Propongo una terapia de pareja una vez por semana, de duración indeterminada, que aceptan, aunque de inmediato la esposa intenta boicotearla, yéndose de viaje e intentando que venga solo el marido.

Aparece inmediatamente una temática de "robo de la casa", tema por el que están muy afectados, y que yo pongo en relación con la ausencia de los hijos y pérdida del rol de mando.

La vivencia de robo se va transformando hacia otros derroteros cuando el marido habla de "la perrita que le ha mordido" y la esposa se muestra enfadada con él porque no tiene psicología para tratarla, responsabilizándose de que está más irritable porque "ha

chillado a los hijos" que habían ido a pedirle dinero, temática que me hace pensar en el mito de Cronos derribado por sus hijos, con la ayuda de la esposa Gea, y puedo abordar este tema, relacionándolo también con mis palabras, que puede sentir que le hieren porque le acercan a cosas dolorosas.

La relación sexual, hasta ahora negada, empieza a perfilarse cuando aparece la temática de "pérdida de unas llaves" que al esposo le puso muy nervioso, y a ella no le preocupa nada, "reprochándole también la excesiva importancia que da al coche y el lío que había armado porque le habían dado por detrás".

Caso núm. 2. Paciente hospitalizada, de 78 años, viuda, extranjera, que refiere una fractura con un alta prematura, haciendo en casa una intensa regresión, con incontinencia ocasionalmente urinaria y fecal. Dormita todo el día y permanece sin rehabilitación, gravemente incapacitada. Ingresó por deshidratación y cuadro confusional, siendo remitida a la UME para intentar rehabilitación.

Aparte de las dificultades de comunicación con el personal por el idioma, la paciente muestra una actitud poco activa en la rehabilitación, aunque mantiene un excelente nivel de comunicación, con pequeñas afasias nominativas.

Aparece una intensa relación con la hija idealizada, "que ha hecho lo que ella no pudo hacer", y una situación de dilema irresoluble, dado que la paciente reside habitualmente en un país del Este, donde "tiene su corte" como reina, en palabras de la hija.

El accidente, que tan graves consecuencias trajo para su equilibrio psíquico, se puede poner en relación, al cabo de varias sesiones con hija y madre, con una forma radical de resolver el conflicto, permaneciendo en casa de la hija en estado de gran dependencia, situación intolerable para la paciente, que define a la hija y a sí misma como muy independientes.

Este trabajo ha sido simultaneado con discusiones de equipo, que posibilitarán la adopción de medidas respecto a la estimulación y mejora del contacto con el personal, intentado comprender mejor la expresión de afectos no verbalizados a través del pis y la caca.

En la última entrevista realizada aparecen más claramente los conflictos negados entre madre e hija, y cuando la madre se refiere a ésta diciendo "elle me casse les pieds" porque no se casa como desearía su madre, yo puedo poner en relación este "casser les pieds" con "se casser le pied", ofreciendo entonces la paciente un rico material sobre la ruptura de su pierna, que transcribo: "Aquella mañana algo me decía que no debía salir. Sin embargo, lo hice, y después todo se complicó. Prefería refugiarme en mis sueños."

Caso núm. 3. Duelo patológico. Tratamiento de psicoterapia de un año de duración en una mujer de 69 años. Intensa depresión después de la muerte del marido por infarto fulminante, con fuertes sentimientos de culpa.

A lo largo del tratamiento se pudo elaborar suficientemente el duelo, con gran dificultad para expresar sentimientos agresivos hacia el marido, que la paciente describe de forma idealizada, culpabilizándose de no haber tenido ganas últimamente de mantener relaciones sexuales con él.

Previamente, la paciente había sido operada de la mama, situación muy traumática para ella, y que ponía en relación con la desaparición de su deseo sexual. Los ímagos parentales, cargados de ambivalencia, aunque expresados por una idealización de la

imagen paterna, y una madre descrita como fría y culpabilizante, considerada como culpable de los conflictos familiares, pudieran ser reconsiderados de forma menos radical, surgiendo también el duelo por las cosas no realizadas, por la carrera que no ejerció al casarse y por el sentimiento de soledad al vivir todos los hijos fuera de la casa.

La mejoría de la depresión posibilitó a la paciente para buscar actividades gratificantes para ella, aunque persistiendo sentimientos de culpa no suficientemente elaborados y quedando la puerta abierta para consultar cuando necesitara, cosa que ha hecho posteriormente en dos ocasiones.

Espero haber aportado mi experiencia en cuanto a las posibilidades terapéuticas de las personas mayores y transmitirles mi deseo de que, así como todo psicoanalista se dice que debería hacer tratamientos de niños, tal vez en el futuro esta afirmación se hará extensiva a las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. BEAUVOIR, S. de: **La vejez**. Ed. Edhaga, Barcelona, 1983.
2. BIANCHI, H.: **Le moi et le temps**. Ed. Dunod. BORDAS, París, 1987.
3. BIANCHI, H.: **La question du vieillissement**. Ed. Dunod. BORDAS, París, 1989.
4. CID SANZ, M.: "Terapéutica de la depresión en el anciano". **Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.**, 22, 6 (373-379), 1987.
5. CID SANZ, M.: **Patología psíquica del anciano**. Manual de Geriátrica. Ed. Salvat, Barcelona, 1990.
6. DEJOURS, C.: **Recherches psychanalytiques sur le corps**. Ed. Payot, París, 1989.
7. ERIKSON, E.: **El ciclo vital compensado**. Ed. Paidós Studio, Buenos Aires, 1985.
8. GODA, G.: "De la notion de névrose en gériatrie". **La Revue de Gériatrie**, 2, février, 1979.
9. GODA, G.: "Problemas psychothérapeutiques en psychogériatrie". **Journal Medecine et Hygiène**, n.º 1215, 10 novembre, 1976.
10. GRUNBERGER, B.: **El narcisismo**. Ed. Trieb, Buenos Aires, 1979.
11. KING, P.: "The life cycle as indicated by the nature of the trasference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly". **Int. J. Psycho-Anal** (1980) 61,153.
12. MARTI, P.: "Des processus de somatisation, en Fain, M, et Dejours, C". **Corps malade et corps érotique**, Massou. París, 1989.
13. QUINODOZ, D.: "Psychothérapies de personnes âgées". **Psychothérapies**, 1987, n.º 3, pp. 1517158.
14. SALVENDY, J. T.: "Special populations in brief group therapy: Experiences with the elderly". **Eur. J. Psychiat.** Vol. 3 (138-144), July/September, 1989.
15. ULTRILLA M.: **Integración y desintegración del esquema corporal: Repercusiones clínicas y terapéuticas**. I Jornadas Internacionales de Psiquiatría Geriátrica, Ed. Knoll, Madrid, 1989.
16. WYLIE, H.: "The older analysand: countertrasference issues in psychoanalysis". **Int. J. Psycho-Anal** (1987) 68, 343.