

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA VEJEZ. UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Marta Leonart y Gloria Mateu

Introducción

El proyecto se inició a partir del interés por atender a esta población dentro del ámbito de la Asistencia Pública. Se trata de pacientes que no son usuarios de la red de Salud Mental pero que en el acontecer de la vejez muestran sintomatología ansiosa depresiva, hiperfrecuentación en los ambulatorios de salud general, tendencia al aislamiento social y desconexión emocional ante las dificultades de afrontar la vejez. Esta sintomatología la perciben principalmente los médicos de familia y enfermeras a través de sus quejas, sus dudas y su malestar relacionado con el inicio de esta etapa en la que las pérdidas y los duelos no elaborados se hacen más presentes. Algunos de ellos son cuidadores de sus parejas, dificultando así su propio proceso hacia la vejez y repercutiendo en su propio abandono y olvido del “cuidado de ellos mismos”.

Desde un inicio pensamos en un tratamiento psicoterapéutico grupal como forma de luchar contra el aislamiento de la vejez; en los grupos se reactualizan conflictos no resueltos y sirven como *escenario* de situaciones actuales y cotidianas que facilitan poder pensar y elaborar ansiedades en compañía de otro.

La experiencia grupal favorece la palabra y el pensamiento, el trabajo como grupo social, y activa la creatividad. Los recuerdos se comparten, también las experiencias vividas. Ofreciendo palabra al grupo podemos construir/reconstruir la propia historia, a la vez que se va definiendo la historia del grupo, inicio y final. En el grupo se da espacio para la historia de uno mismo en un lugar –ambulatorio–, durante un tiempo –35 sesiones de una hora de duración– y tarea –hablar de lo que uno asocia en el encuentro grupal,

asociación libre—. Se crea un entorno donde hay espacio y escucha, donde es posible la transmisión: el legado (Bodni, 2013).

Si bien en un inicio se invitó a distintas asociaciones a participar en el proyecto, en este momento ha sido absorbido en su totalidad por Sant Pere Claver-Fundació Sanitària y se incide en las Áreas Básicas que son de su competencia dentro del marco del “Pla de Suport en Salut Mental a l'Assistència Primària”.

Actualmente en Europa, en el intercambio con los delegados europeos de la European Federation of Psychoanalytical Psychotherapy, crece la preocupación ante el envejecimiento de la población y la poca atención psicológica que se ofrece (Van de Sande, 2013). Hay centros de días, talleres y actividades físicas, las cuales, además de ser útiles, contribuyen al cuidado del cuerpo pero se desatiende el estado emocional de la persona mayor, quizás justificado por el malentendido de que la prevención se dirige a edades más tempranas. La prevención dirigida a la población mayor de 65 años puede aportar beneficios, tanto sanitarios como en salud mental y de higienización transgeneracional: hijos y nietos. Los conflictos intergeneracionales no elaborados se enquistan en el grupo familiar. Los mayores –principales artífices de la transmisión– tienen un papel muy importante en relación a las generaciones más jóvenes. Crecemos gracias a la transmisión de los mayores, somos receptores hasta la vejez, que es cuando nos convertimos en “transmisores”. Eso es lo que dejamos y por lo que seremos recordados (Bodni, 2013).

Los psicoterapeutas y psicoanalistas inmersos en este proyecto tenemos un interés por la tarea clínica y asistencial. Se realiza una tarea de supervisión, también en grupo –terapeutas, observadores y supervisores– y se ofrecen sesiones clínicas de formación en cada Área básica de incidencia y en otras instituciones de la ciudad. Como grupo hemos elaborado varios artículos actualmente publicados en distintas revistas de orientación psicodinámica mostrando los primeros pasos de esta experiencia piloto. Se trata de un proyecto enmarcado en el área clínica y asistencial que incluye formación a los profesionales sanitarios e investigación continuada.

Objetivos de los grupos de psicoterapia psicoanalítica en la vejez

El objetivo principal de este proyecto es la *mejora de la calidad de vida de los mayores*:

- Mejorar el modo de hacer frente a las pérdidas y a las dificultades relacionadas con ellas.
- Expresar los sentimientos y las emociones.
- Comprender los propios conflictos.
- Reconocer, elaborar, modular y transformar el aislamiento emocional y social.

Creemos que estos pacientes podrán elaborarlos con una mejor gestión de la ansiedad, por lo tanto menos invalidante y más creativa. “Las piernas no me responden, doctor” –decía una paciente a su médico–, pero el trabajo grupal puede ayudar a que *donde no lleven las piernas quizás pueda ir el pensamiento*, también el recuerdo, la imaginación, el pensamiento creativo, en palabras de nuestro estimado Dr. Pere Folch, iniciador entusiasta de este proyecto.

Otro objetivo de estos grupos es la prevención de posibles enfermedades derivadas del estado psíquico, de conductas excesivamente dependientes o dimisionarias o de duelos mal resueltos, a través de una expresión más positiva de sus emociones que puede favorecer mejores estilos de vida (Lanctôt, G., 2007; Leonart, M., 2014). El grupo ayuda a tener un mejor sentido de sí mismo, a mejorar el *auto concepto*, a ir desde un sentimiento de desvalorización a la aparición de un sentimiento de pertenencia a un grupo especial (“nuestro grupo”, “somos un grupo”) y de trabajo, lo que ha de ayudar a reestablecer la autoestima.

Elaborar situaciones de duelo, sentimientos de tristeza, soledad, desamparo, a veces rabia y enojo con los familiares más cercanos es una de las tareas siempre presentes y constantes de estos grupos.

El trabajo psicoterapéutico

En anteriores trabajos (Folch, 2012, 2013; Leonart, 2014) se ha explicado la organización de esta experiencia grupal:

- a) Los médicos y enfermeras derivan los pacientes que consideran que pueden beneficiarse de un grupo psicoterapéutico.
- b) Se eligen 12 pacientes por grupo y ambulatorio a través de esta interconsulta con los profesionales de las Áreas básicas de salud.
- c) Las sesiones grupales se llevan a cabo en el mismo ambulatorio del paciente.

A los pacientes se les informa del encuadre de trabajo y se les invita a participar con una asistencia regular, protegiendo los contenidos confidenciales dentro del grupo y evitando relaciones con miembros del grupo fuera de las sesiones psicoterapéuticas.

Se les invita a trabajar en todo aquello que asocien en el “aquí y ahora” grupal, ya sean sentimientos, emociones, vivencias o recuerdos.

El psicoterapeuta grupal goza de la colaboración de un psicólogo, observador, participante silencioso. Las intervenciones del terapeuta son generalmente grupales partiendo de las aportaciones técnicas de W. Bion (1979).

Además del trabajo clínico grupal se trabaja en estrecha colaboración con el personal sanitario de cada Área básica: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, incluso administrativos del centro, con el fin de realizar un seguimiento de los pacientes y una valoración de la idoneidad de las derivaciones –la experiencia nos ha ido mostrando que una de las principales tareas en las que está comprometida la evolución del grupo es precisamente la de la derivación–. La inestimable colaboración de los profesionales de las áreas básicas y su compromiso con el proyecto favorece la permanencia de los pacientes en el grupo y la prevención del abandono, favorece la “vida del grupo”.

Partimos de la idea de grupo, “somos un grupo”, un grupo que avanza a partir de los supuestos básicos de Bion: “la Dra. no habla mucho” –supuesto de dependencia–, “a usted le pasa como a mí, está demasiado encerrada en casa, deberíamos salir un poco más, podemos pasear juntas” –invitación al supuesto básico de apareamiento–, o bien: “ahora hay muchos recortes, todo nos lo recortan, no se puede hacer nada” – de ataque y fuga–. “Por los recortes... nos tratan mal”, hace que el grupo se “fugue” de la tarea grupal: “no podemos hacer nada”. Quizás con los recortes, nos sea difícil hacer nada en el grupo. Quizás ese sea el sentimiento que trae al grupo cada uno de los pacientes: “¿será este un

grupo suficiente para nosotros o nos recortarán la experiencia?"; también cuando se acerca al final del grupo, un final ya anunciado desde el principio: "no pueden ofrecernos más, no hay dinero".

Nos planteamos grupos con un inicio y un final. Se sabe el final ya en el momento de la derivación al grupo, se sabe cuándo se acaba el grupo, ofreciendo así la seguridad de cuál es el tiempo y cuáles son los recursos de que se dispone (encuadre). El final sabido, previsto, nos enfrentará al final del grupo, siendo este un final al que podemos hacer frente: lo conocemos. Ello permite enfrentarse a la "ansiedad de muerte", que circulará en estos grupos desde su inicio. Una paciente decía: "mi marido se moría y nadie me lo dijo, nadie me dijo nada, me lo negaban, yo no sabía que mi marido se moría, lo sabían todos menos yo, mis hijos venían a casa a verle y me lo negaban, me engañaron y ellos lo sabían". Saber la fecha de finalización del grupo ayudó a esta paciente y a todo el grupo, a acercarse sin engaños a la "muerte grupal", elaborar una "despedida". La tarea grupal es ayudar a no negar aquello que es tan evidente: el final del grupo o la propia muerte. Tenemos una tarea respecto de la ansiedad de muerte y las defensas en torno a ella.

La existencia de una tarea del grupo donde cada paciente es un "experto para sí mismo y para los demás" y el/la terapeuta alguien que escucha e intenta "comprender" y poner en evidencia aquello que transcurre en el grupo, va abriendo al grupo un mundo de pensamiento, de trabajo respecto de las emociones y sobre la vida psíquica, donde el mundo interno puede ser reconocido. "Mi marido murió hace cinco años, pero han sido muchos años de convivencia, siento mucho dolor, es como si se hubiera muerto hoy mismo, no puedo dejar de llorar... él era mi padre, mi hermano, mi amigo, el padre de mis hijos, lo era todo para mí" –nos decía una paciente–. Casi al mismo tiempo nos cuenta que a su padre no llegó a conocerle, "le mataron durante la guerra, yo no le conocí...". Un duelo actual, que el grupo pudo entender que se trataba también de ese "duelo antiguo" que la paciente no pudo "conocer". El grupo pudo permitir *re-conocerlo*: "era mi padre...".

Al inicio nos preguntábamos respecto del empobrecimiento mental de estos pacientes –pérdidas de memoria, confusiones– y si estaban directamente relacionados con una afectación cerebral o neurológica, o si, por el contrario, había una incidencia emocional considerable de una pretendida huida de la posibilidad de mentalizar con el fin

de evitar conflictos que causan ansiedad. Recordamos una paciente que nos explicaba que en su casa, con sus hijos se mantenía al margen de las conversaciones familiares. Si ella decía algo, alguien colocaba el dedo índice en los labios y dirigiéndose a ella hacía: “Ssssss”. Por un lado el silencio, el mandato era: “permanece callado” o “no tenemos interés en ti”; por otro, a raíz de esta acción, aparecía en la paciente un estado de inhibición general: se mantenía callada, “callada” emocional y socialmente, no podía participar ni en el grupo ni tampoco en la vida social de su barrio, no sentía que debía salir de su aislamiento, estaba llamada a *ser callada*. Esta situación repercutía en un estado de aislamiento general que hacía prever un estado de *demenciación inducida*, en gran parte y, seguramente, causada por este aislamiento. La participación en el grupo, el relato que hacen los pacientes, y el relato del grupo ayuda a la posibilidad de “mentalizar” aquello que se expone en el grupo, a la *revitalización* de sí mismo.

El Dr. Pere Folch (2013) nos decía: “La patología de la involución origina un mosaico muy variado de recursos sintomáticos, repliegues psíquicos y regresivos. Se abandonan funciones que aún podrían ejercitarse y se imponen dimisiones deteriorantes que a nuestro entender favorecen el inicio o el curso de procesos defectuales biológicamente condicionados (Alzheimer y otras formas de deterioro senil)”.

El trabajo psicoterapéutico en la vejez ha de ayudar a una mayor elaboración de esta última etapa, potenciando defensas más constructivas (Leonart, 2014). El *trabajo de la vejez*, que podemos realizar a partir de esta tarea y de todo el proyecto que presentamos (Folch, 2012, 2013; Leonart, 2014) permite que la experiencia de envejecer sea vivida como una etapa natural dimisionaria en beneficio de las nuevas generaciones. Vivir así las nuevas generaciones, no como generaciones que vienen a “robarnos” aquello que estamos perdiendo, sino a quienes podemos ofrecerles el “legado” (Bodni, 2013) de lo que ha sido aprendido, trabajado y conocido a lo largo de la vida. Las personas mayores, los viejos, después de su experiencia de recepción –cuando eran jóvenes: adolescentes o niños– que supone todo crecimiento, serán los actuales transmisores a las generaciones más jóvenes. “El viejo tiene un relato fundamental, la narración le ha de permitir defenderse del olvido, sosteniendo así una fantasía de perduración en la memoria del grupo (familiar, social)” (Bodni, 2013).

Este autor nos muestra en sus estudios acerca del legado cómo la transmisión funciona como un “antídoto” contra la vejez patológica, siendo la pulsión de transmitir una “pulsión de vida”. La patología del envejecimiento es entendida como la falta de la transmisión, la falta de un sucesor. El conflicto generacional –tema recurrente en estos grupos– se hace aún más doloroso: *si no hay un sucesor a quien ofrecerle el legado de lo conocido y lo vivido, la pérdida del sentimiento de sí se hace más dura y evidente*. Así sucede en las peleas y rencores con los hijos: “si él no me llama, yo no le llamo” –decía una paciente en el grupo–. El grupo le pedía con insistencia que hiciera las paces con el hijo con el que no se veía desde hacía años. Era tan difícil e inamovible para ella que la paciente se mantenía en un estado de rabia, de tristeza, abandono, soledad y rencor, sentimientos todos ellos que la instalaban en un estado de confusión al que respondía con una dificultad para escuchar lo que el grupo le recomendaba: “así no solucionarás nada... te quedarás sola...” Una mujer sola, que se quejaba de que nadie la iba a visitar, ni siquiera sus nietos a los que casi no conocía. Poco a poco se fue dejando “visitar” por el grupo. El grupo pudo ayudarla a acercarse de una manera más conciliadora a estas generaciones más jóvenes.

Por otro lado, el grupo, al permitir el relato histórico de cada uno de los pacientes, facilita una *resignificación* del pasado con la posibilidad de encontrar “hechos seleccionados” (Bion, 1979), un espacio mejor y más vivo en el pensamiento del paciente mayor. La posibilidad de historiar los duelos compartidos en el grupo, ayuda a los pacientes a afrontar ansiedades frente a las pérdidas y la muerte de una manera más constructiva y menos catastrófica y luchar contra la desconexión emocional y la demencia (Leonart, Mateu, 2013).

La psicoterapia psicoanalítica grupal en la vejez ha de posibilitar la reelaboración de las situaciones antiguas y también las presentes, donde el sentimiento de soledad, de pérdida de atención, de desvalorización, se hace presente pérdida a pérdida y los recursos para hacerles frente son menores, debido al escaso vigor físico, la pérdida de la vida laboral y del sentimiento de utilidad, la escasa valoración y la dificultad para nuevos aprendizajes. Los mayores, viejos, se enfrentan a situaciones de pérdida, con pérdida también de posibilidades de hacerles frente; por ello es tan importante la reedición y revivificación de situaciones anteriores ya conocidas y a veces exitosas, que favorecen un “sentimiento de sí”

más valioso y actualizado también por el valor que le ofrece el grupo. Esta revalorización que supone pertenecer a estos grupos de trabajo psicoterapéutico se evidencia día a día al realizar el “recuento” de los pacientes que han venido, y los que faltan: “te echamos en falta” –se dicen los pacientes–.

El duelo por el futuro, la pérdida catastrófica de horizontes, que moviliza ansiedades de incertidumbre y perplejidad (Folch, 2012), se hace día a día más evidente en estos grupos. Y día a día, desde el inicio del grupo a las últimas sesiones, el final se evidencia. El final del grupo nos acercará también a uno de los temas centrales en estos grupos, y también de la vejez: la ansiedad de muerte. En las últimas sesiones (es un grupo con un final anunciado) se evidencia de forma evidente la ansiedad de muerte. Hasta el momento la ansiedad de muerte se relacionaba con las muertes sufridas durante la vida de los pacientes: padres, parejas, a veces muertes tan desgarradoras como las de los hijos o nietos; muertes todas ellas presentes en el grupo, tema conocido y compartido porque todos tienen experiencia de la muerte. Pero ahora se enfrentan a la propia: “aquí estamos todos más o menos a punto de irnos” –decía una paciente en una de las sesiones de final del grupo–. O como añadía una anciana joven a otra mayor: “¡ay, ya estamos en el palco!”, y la mayor le respondía: “¡si tú estás en el palco yo estoy ya en el escenario!”.

El final del grupo acerca al propio final. La elaboración de este final del grupo nos permite a los terapeutas acercarnos aún más a la ansiedad de muerte, presente desde el inicio, así como descubrir ansiedades y defensas, más o menos negadoras (¿habrá otro grupo después de este?). Hay pacientes que se van antes que acabe el grupo: “me voy de vacaciones”, “tengo que ayudar a mi hija con los nietos”, “no entendí que se acababa este grupo...”. Estas son las explicaciones que nos dan algunos pacientes cuando dicen que se van antes de finalizar el grupo: se van ellos antes de que acabe, ellos eligen cuando irse, venciendo a la muerte que se presenta de manera “inesperada” –aunque estaba anunciada–, a voluntad de la propia muerte; será por voluntad nuestra, no de la “innombrable”, parecen advertirnos, en un intento de “vencerla”. Otros grupos organizan una “gran fiesta”, preparan unos pasteles, bombones, risas y un marcharse “juntos” del brazo, o proponiendo otro grupo: “seguiremos en el café...”.

Como decíamos antes, el final del grupo nos hace pensar en cómo se vive el propio final: “nos vamos antes”, “haremos una fiesta de despedida”, “compraremos regalos a las terapeutas”, “así vencemos a la muerte que nos viene a buscar”... Es el grupo el que muere, no nosotros.

En otros casos, las mismas pérdidas de pacientes dentro del grupo –pacientes que abandonan a las primeras sesiones o que se van antes del final– a veces son vividas con enfados: son ellos los que se van, nos dejan... En otro orden de cosas podríamos pensar en cómo nos hacen sentir estos abandonos. ¿Somos poco atractivos para ellos? ¿Somos tan poco interesantes como grupo que nos abandonan? Sentimiento común y tan arraigado en la vejez: la pérdida del atractivo para el otro. Estos grupos de la vejez nos permiten adentrarnos en el tema de la despedida, de las dificultades de marchar.

En un artículo anterior nos centrábamos en el tema de las pérdidas y los duelos (Mateu, G., Leonart, M., 2013), en la ansiedad de muerte tan presente en estos grupos desde su inicio. Lo que empezó se acaba y, si tenemos suerte y las cosas van más o menos bien, se acaba con el sentimiento de los terapeutas de haber hecho las cosas lo mejor posible, un buen trabajo. Si el paciente puede llevarse algo bueno en su interior quizás podamos hacer una buena despedida, un buen cierre del grupo. Los pacientes pueden llevarse una buena experiencia y el sentimiento de haber contribuido a ello, de haber sido ellos el motor del grupo, la revitalización para sí mismos y para el otro. Son temas que van abriéndose en el grupo, también en la vida que, como el grupo, nos pone en evidencia que no todo se puede resolver: el grupo se acaba (36/40 sesiones), y si no hemos podido resolverlo todo quizás se pueda ofrecer una mejor aceptación de los cambios que permita enfrentarse a ese futuro, quizás corto, con recursos más creativos y participativos.

La experiencia grupal trata de mantener tres hechos básicos: a) aceptación de la dependencia de los más jóvenes, b) aceptación del paso del tiempo y c) aceptación de la muerte, encontrando maneras más sociables y con mejores recursos. Ofrecer la experiencia de ser escuchado con interés y posibilitar la búsqueda de grupos naturales es una de nuestros objetivos. Así, la capacitación de socialización se complementa con la capacitación para estar solo (Leonart, 2014). “Que el pensamiento nos ayude a seguir

hacia delante, que no nos pare en una desconexión emocional y quejas invalidantes: cambiar las zapatillas por los zapatos” (Mateu, G., Leonart, M., 2013).

Consideraciones sobre el proyecto de investigación, del proceso y sus resultados

En estos más de cinco años de trabajo con la vejez, hemos observado que uno de los conflictos más dolorosos y generalmente de más difícil resolución es el conflicto con las personas más cercanas, muchas veces los propios hijos. Restablecer estos vínculos sería una de las tareas más difíciles en estos grupos. Se pierden vínculos anteriores, algunas veces por enfermedad o por muerte y otras porque existen y se generan antiguos conflictos que no han sido resueltos anteriormente. Este empobrecimiento y aislamiento social viene a aumentarse por la dificultad para establecer nuevos vínculos: destrucción de los antiguos, dificultad para los nuevos. El grupo tendría que favorecer la vinculación y abrir nuevas expectativas, con la experimentación en el propio grupo de las posibilidades de “conocer al otro”, de “ocuparse del otro” y permitir un espacio para poder pensar en lo que se ha perdido (respecto de los vínculos) en aquello que fuera más recuperable: “aún estamos a tiempo” –decía una paciente–; –otra explicaba que llevaba más de un año sin hablar con su hijo: “si no me llama, yo no le llamo” y el grupo se dirigía a ella: “pues yo le llamaría, si no te llama él, llámale tu”. El resentimiento que se instala en la relación con el otro, es aún más intransigente y agresivo con uno mismo, dañando aún más cuando es con las personas más cercanas, como en este caso era con los propios hijos.

Hacerse cargo de este dolor emocional en la vejez a veces puede sobrepasar los límites de lo tolerable y se activan mecanismos defensivos más deteriorantes como la desconexión emocional, el aislamiento o estadios incipientes de demencia. Muchas veces nos hemos preguntado, ya desde el inicio de esta experiencia con la vejez, si la desconexión es utilizada como un mecanismo de defensa frente a las pérdidas y frente a sentimientos de impotencia, funcionando como una *desconexión voluntaria*: “no me entero de lo que tanto me duele, quizás no me duela tanto”.

Otro hallazgo en el proyecto ha sido el manejo de una transferencia y contratransferencia particular con la que los psicólogos de mediana edad tenemos que lidiar. Los pacientes pueden proyectar en nosotros a los padres que los curan todo –que favorecerán situaciones de omnipotencia–, a la amiga confidente, a la maestra –que favorecerá situaciones de dependencia–. Por otro lado, la contratransferencia moviliza en el terapeuta un sentimiento de omnipotencia, esperanza poco realista, donde las posibilidades de los pacientes son sobrevaloradas y, sin embargo, los temores y el miedo a la muerte fácilmente negados; o también un fomento de la satisfacción narcisista donde el terapeuta es visto como un gran salvador.

El terapeuta grupal a menudo dará voz a lo indecible, ayudando a actualizar las situaciones emocionales no diferidas y tantas veces emocionalmente enquistadas, para hacerlas más comprensivas y digeribles.

Partimos de la hipótesis de que la asistencia a las Áreas básicas disminuirá a lo largo de la psicoterapia. Para ello estudiamos los cambios de frecuentación de las consultas mediante la información que recogemos de los pacientes. De manera testimonial los médicos ya nos lo corroboran: “desde que viene al grupo ya no viene tanto a mi consulta”. También analizamos en el proceso los cambios de los pacientes en cuanto a sentimientos de tristeza y depresivos, angustia y ansiedad, así como las mejoras en cuanto a su sociabilización y/o aislamiento; asimismo consideramos las dificultades relacionadas con el pensamiento: memoria, organización del tiempo, etc.

Los primeros datos muestran cambios significativos en lo que el paciente valora como una disminución de los problemas totales y especialmente en los indicadores de ansiedad y depresión (Véase Lleonart y Mateu, 2013).

En un trabajo anterior publicado por una de las psicoterapeutas de estos grupos (Isa, 2014) se explicaba: “Pretendemos hacer frente al predominio de un modelo orgánico/biológico en la comprensión de los malestares de la tercera edad, en el que se pasan por alto los factores psicológicos. Los psicoterapeutas y psicoanalistas no queríamos hacernos partícipes de esta situación de discriminación y nos interesamos en el tratamiento psicológico y el desarrollo teórico sobre la atención psicoterapéutica de las personas mayores”.

Algunas observaciones hacen referencia a la disminución, en algunos pacientes, o incluso la eliminación, de la medicación administrada en el inicio de las sesiones. Algunos pacientes al finalizar el grupo manifiestan: “tomaba medicación para no llorar, pero ahora creo que pienso más y lloro menos, le pediré al médico dejar la medicación, quizás poco a poco”.

Al final de estos grupos algunos pacientes han podido organizarse, bien como otro grupo que funciona independientemente –“nos seguiremos reuniendo aunque no sea aquí mismo”; “vamos a hacer otro grupo” (de manera reivindicativa) –, bien como un grupo donde se puede recibir un apoyo o *reconocimiento*. “Yo la llamaré para ir a caminar, pasaré por su casa y si le va bien podemos ir juntas” –le decía una paciente a otra que andaba sola cada mañana y cada tarde después de haber perdido a su marido–. Algunos han manifestado su interés en “matricularse” a actividades en centros cívicos.

Nuestro trabajo sigue en las Áreas básicas y esperamos obtener datos respecto a las hipótesis de trabajo planteadas en el inicio del proyecto y durante la experiencia clínica, experiencia que “grupo a grupo”, día a día, nos abre nuevas preguntas y descubrimientos. Así, la hiperfrecuentación, la ansiedad y depresión, las conductas invalidantes y el aislamiento (emocional y/o social) esperamos que den paso a conductas más activas y a una mejor socialización. El conflicto intergeneracional, con el aislamiento y la pérdida de funciones que ello conlleva, den paso, a su vez, a un sentimiento más positivo de sí mismo y de los demás, a través de una “positiva delegación” en los más jóvenes vivida no como una pérdida sino como una posibilidad generosa, creativa y de crecimiento. Pero esta es una tarea que seguimos día a día con nuestros pacientes: no podemos resolverlo todo, pero si podemos seguir avanzando con un pensamiento más creativo y más libre.

Referencias Bibliográficas

Bion, W. (1979), *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós.

Bodni, O. (2013), *La delegación del poder en el envejecimiento humano. Teoría del legado y de la investidura del sucesor*, Psicolibro, Colección Psicoanálisis.

Folch, P. et al. (2012), “Problemática i psicopatología de la senectud (I)”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXX, núm. 2, pp. 9-26.

Folch, P. et al. (2013), “Problemàtica I psicoapatologia de la senectut (II)”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXX, núm. 1, pp. 9-29.

Isa, C. (2014), “Aproximación a los contenidos, ansiedades y defensas en el inicio de una psicoterapia psicoanalítica grupal con personas mayores”, *Revista Intercanvis, papers de psicoanálisis*, núm. 33, pp. 61-67.

Lanctôt, G. (2007), “Es el estado del alma lo que determina la salud mental”, *Discovery Salud*, Entrevista realizada por Laura Jimeno Muñoz, http://www.nuevagaia.com/667-vida_salud/la-mafia-medica-por-laura-jimeno-munoz/%20

Leonart, M. (2014), “Presentació del projecte d’atenció a la vellesa. En memoria del Dr. Pere Folch”, *Revista Intercanvis, papers de psicoanálisis*, núm. 33, pp. 53-57.

Mateu, G. y M. Leonart (2013), “De les sabatilles a les sabates. El treball psicoterapèutic amb gent gran a les àrees bàsiques de salut,” *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXX, núm. 1, pp. 79-96.

Leonart, M. y G.Mateu. (2013), “Un diari d’hivern: psicoteràpia psicoanalítica grupal a la vellesa,” *Revista Intercanvis, papers de psicoanálisis*, núm. 31. pp. 35-42.

Van de Sande, J. (2013), “Adventures of the Old Narcissus. On Psychoanalytic Psychotherapy for Seniors” *EFPP Psychoanalytic Psychotherapy Review*, vol. VI, pp.1-12.

Resumen

Exponemos el proyecto piloto de psicoterapia psicoanalítica en la vejez iniciada y coordinada por el Dr. Pere Folch i Mateu (*in memoriam*) en septiembre de 2010 en la ciudad de Barcelona por un grupo de profesionales de la salud mental, psicólogos clínicos, psicoterapeutas con formación psicoanalítica y psicoterapia grupal.

Nos detendremos en algunos de los aspectos comunes en los grupos, que nos permiten seguir pensando acerca de la problemática de la vejez y sobre cómo acercarnos a ella estableciendo un marco de trabajo a través de la psicoterapia psicoanalítica grupal.

Palabras clave: vejez, psicoterapia grupal, trabajo psicoterapéutico, insight, proceso terapéutico.

Abstract

Our aim is to report the elderly people's psychoanalytic psychotherapy, a pilot project initiated and coordinated by Dr. Pere Folch i Mateu (*in memoriam*) in September 2010 in Barcelona by a group of mental health professionals, clinical psychologists, psychotherapists with psychoanalytic training and group psychotherapy.

We put some stress in the group's psychoanalytic psychotherapy common areas and the way to think about the problems of aging and how to approach it.

Key words: Psychoanalytic group psychotherapy, elderly patients, psychotherapeutic work towards insight and working through processes.

Glòria Mateu i Vives

Psicóloga- psicoterapeuta Sant Pere Claver- Fundació Sanitària

gmateu@fhspereclaver.org

Marta Leonart

Psicóloga- psicoterapeuta. Miembro de iPsi, formació psicoanalítica

lleonart@copc.cat