

Adultos mayores

Psicoterapia, Terapeuta

Imprimir Artículo

PSICOTERAPIA EN LA CUARTA EDAD. EL ESPACIO TERAPÉUTICO EN LA NUEVA VEJEZ

Ceberio, Marcelo R.

Laboratorio de Investigación en Neurociencias y Ciencias Sociales (LINCS)-Escuela Sistemática Argentina
Universidad de Flores (UFLO)

En la actualidad resulta difícil entender a la tercera edad como el último tramo de la vida de las personas. Los adelantos tecnológicos médicos, entre otros factores, permiten prevenir, enfermedades y prolongar la vida. Tal vez la paradoja que se contrapone con esta observación es que -paralelamente a estos avances- el ritmo agitado que la sociedad le impone a la vida, hace que se incrementen los factores estresores con sus graves consecuencias para la salud.

Al final de cuentas, la sociedad misma intenta prevenir y curar los mismos males que ella genera. Las fronteras de la vejez se han prolongado. Resulta difícil en la actualidad entender o imaginar que una persona de 60 años como una persona anciana. Hoy, se supone que entrar en la vejez implica, en mayor o menor medida, ingresar en el territorio de los 75 u 80 años, período que describimos como la "cuarta edad". Entre las diferentes alternativas de atención de las personas de este ciclo evolutivo, la psicoterapia aparece en un lugar de relevancia, mejorando de manera notable la vida de los ancianos.

Argentina ocupa el séptimo lugar en cuanto a la esperanza de vida media en América Latina, con un promedio de vida de 76,3 años, mientras que el primer lugar lo tiene Chile, con 80,5 años promedio de expectativa de vida (OMS). En promedio, un niño nacido en 2015 puede vivir 71,4 años y sólo 29 países superaron los 80 años de media.

¿Asisten a terapia los nuevos ancianos?

No es común que las personas de la cuarta edad asistan a psicoterapia. En los consultorios se pueden ver a padres que traen a niños a consulta, adolescentes que a veces a regañadientes asisten a terapia, adultos, parejas y familias enteras, pero son pocos los ancianos que desean iniciar un trabajo terapéutico. Inclusive en terapia familiar cuando se invita a todos los integrantes que habitan bajo el mismo techo, los ancianos son traídos y no llegan por propia voluntad.

Esta escasa demanda, no solo se debe a la poca iniciativa de los gerontes que entre las consultas que tienen incorporadas en su haber médico, la psicoterapia no tiene lugar, sino también se debe a los profesionales que tampoco son atraídos por la gerontología como especialidad.

La aplicación del abordaje de los sistemas familiares para los problemas de las personas mayores se llevó a cabo de una forma más lenta que en los campos asociados con los problemas de los niños y los jóvenes adultos, señalan Weakland y Herr (1979). Y no es una afirmación menor. En comparación con otras especialidades de la psicoterapia, la geriatría o la gerontología ha estado a la cola de estos desarrollos -de la misma manera que la vejez se encuentra a la cola por ser el último tramo de la vida- (Salgado,1997; Pando Moreno, Aranda Beltrán, Amezcua Sandoval, 2004).

Este retraso, probablemente se debe a la influencia del mismo Freud, que sostenía que el método psicoanalítico en los pacientes de la cuarta edad poseía una utilidad limitada. En principio, él estaba convencido que con la edad se incrementan ciertas características de personalidad y las personas se vuelven inflexibles. En segundo lugar, pensaba que el tratamiento del psicoanálisis requería de un tiempo extenso, si es que no infinito, para abordar exitosamente la gran cantidad de material histórico y los pormenores traumáticos que los ancianos traerían a consulta. (Weakland y Herr, 1979). Seguramente y desde una óptica muy pragmática, si estamos hablando del último tramo de vida es de esperar que en medio de los extensos tratamientos psicoanalíticos, al paciente mayor lo alcanzaría la muerte antes de lograr recibir el alta.

Es cierto que si hubiese habido mayores investigaciones en el campo de la terapia familiar, con respecto a los adultos mayores, la psicoterapia se hubiera especializado y desarrollado más aún en esta área de la vida. No olvidemos que también la oferta crea cierta demanda. Si se ofrece y difunde la terapia sistémica aplicada a los mayores, esto también genera que se constituya un servicio a utilizar. Pero también, de acuerdo a nuestra experiencia, hay una serie de supuestos por los que los ancianos son reticentes a entrar en terapia (Ceberio, Mendez, Venneri, Odelli, Vischnevetzky, 1993)

No son muchas las parejas ancianas ni los ancianos en forma individual que consultan a terapia, principalmente, aquellos matrimonios que tienen toda la vida juntos poco asisten a un profesional de las lides mentales. Tal vez, porque a esta altura del ciclo evolutivo de la pareja no existen demasiados conflictos estructurales y relacionales por resolver. O sea, muchos de los problemas del vínculo que no han sido resueltos han sido incorporados a la relación como parte del sistema pareja; se han sistematizado, en parte, en base a estos ejes. Cada uno de los miembros de la pareja, han debido aceptar al otro en su estilo relacional, manías y costumbres, ensamblándose en el juego interaccional, de lo contrario, ya hubiesen sucumbido. Inclusive, aquellos que a pesar de llevar 50 años de casados, por ejemplo, continúan refunfuñándose y criticando las cosas que del otro les disgustan. Las críticas, al final de cuentas, constituyen parte del estilo de la pareja (Ceberio, 2013b).

Por lo general, las parejas longevas o los ancianos individualmente o con la familia, pueden llegar a consultar terapéuticamente motivados por insistencia de los hijos, o espontáneamente porque en algún otro período han

recurrido a la psicoterapia y les ha resultado útil, o por consejos del médico clínico o de otra especialidad a raíz de ciertos síntomas que no se centran específicamente en lo orgánico. Las consultas de las personas de la cuarta edad, frecuentemente se desarrollan por la aparición de situaciones de crisis que han desestabilizado el equilibrio de la relación, crisis que remiten a este ciclo evolutivo. Muchas otras problemáticas que se observan, refieren a desarrollos tempranos de juegos familiares que luego en la ancianidad se terminan rigidizando (Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1996).

Por ejemplo, entre las tantas motivaciones que hacen que las personas de la cuarta edad o sus familias consulten a un terapeuta, se hallan:

1. Los ciclos evolutivos demarcan el pasaje de la dependencia infantil y adolescente hacia los padres hasta llegar a la independencia adulta. En la cuarta edad se regresa a la dependencia, pero ahora de los propios hijos. Los hijos, entonces, se convierten en padres de sus propios padres. El anciano se angustia y se siente inútil e impotente porque ha perdido un lugar de reconocimiento y autonomía. Es este mismo pasaje, es el que lleva a la persona perder el poder en el grupo familiar para someterse al poder de los otros miembros de la familia. Este sometimiento, implica que el anciano no decide por sí mismo y menos tiene voz y voto en las decisiones familiares.
2. Familias con un hijo único que, de cara a la enfermedad del padre anciano se debe hacer cargo cubriendo la mayoría de sus necesidades. La orientación psicológica puede reorganizar y redistribuir las obligaciones y atenciones que devengan del paciente.
3. El problema de las empresas familiares, cuando el fundador se retira o fallece se producen sendos juegos interaccionales con las emociones subsecuentes. Quien queda a cargo de la empresa, los acuerdos y desacuerdos, rivalidades, competencias, etc., no solo generan angustias sino rabias que dificultan la normal reorganización del sistema.
4. Se puede consultar terapéuticamente cuando los ancianos ocupan la función de chivos expiatorios de las familias y esto produce no solo depresiones y angustias, sino aceleran procesos de deterioro orgánico y mental. Más allá de las actitudes descalificantes y segregacionistas, que evidencian la violencia del sistema (Camdessus, 1995).
5. Otro de los motivos en que es efectiva la psicoterapia, muestra a hijos de mediana edad que todavía reclaman como adolescentes que los padres gerontes los ayuden económicamente o requieren de ellos un dinamismo propio de la adultez. Frente a la imposibilidad de los padres de abastecer tales demandas, se desencadenan interacciones problemáticas que, de no frenarse a tiempo, deterioran notablemente la relación.
6. Conductas segregacionistas de los miembros jóvenes de la familia hacia el adulto mayor, como por ejemplo, la desvalorización hacia su palabra. Los adultos y adolescentes pueden tener comportamientos que muestran con elocuencia al *viejismo* (Salvarezza, 1993) que se descarga en la relación. Muchos de estos juegos, observan alianzas (díadas) que terminan en una coalición contra un tercero (la persona mayor), cuya estructura tienen larga data y se han estereotipado en el tiempo.
7. También hay familias aglutinadas, en cuyas relaciones simbióticas los hijos no sueltan a los padres y los padres no se *despegan* de los hijos, quedándose afincados en un vínculo donde las fronteras no se encuentran diferenciadas.
8. Otro de los factores que producen crisis en las relaciones, se observa en la inversión de roles en la pareja de la persona de la cuarta edad. Cuando se desencadena una enfermedad invalidante en alguno de los miembros de la pareja y se altera no solo las funciones sino la asimetría de la relación. Por ejemplo, cuando la relación se caracterizó por un marido directivo y una esposa sumisa, y él queda inválido o deficiente y ella se ve obligada a dirigir y tomar iniciativas acerca del proceso y su tratamiento.
9. En una familia numerosa, la ida del último hijo de la casa paterna ha generado una nueva conyugalidad en la relación (tal cual el ejemplo que hemos descrito en páginas anteriores), la pareja se reencuentra sin la parentalización habitual y no sabe bien qué debe hacer en la *nueva* relación. El bien llamado *síndrome del nido vacío*, hace que afloren las angustias y la incertidumbre en la pareja, aunque en ocasiones no es la pareja sino uno de sus miembros el afectado, que desconociendo la causa de lo que le sucede reacciona sintomáticamente. Si no se observa el cuadro en general y el proceso que desemboca en el síntoma, equivocadamente se focaliza en el integrante individualmente, cuando es parte de un sistema más complejo.
10. La jubilación, que demarca el paso a la vejez, teniendo en cuenta que la imagen de ser viejo que posee la mayoría –como lo hemos desarrollado– se acerca más al deterioro y a la depresión que al bienestar. Esta toma de conciencia mediante el recurso legal laboral, hace que se precipiten emociones contradictorias y como tales críticas (Selby & Griffiths, 1986). La situación de jubilarse implica un retorno, por lo general, del hombre a la casa en horarios donde la mujer no está acostumbrada a recibirlo. Esto también genera crisis en el sistema pareja. Otra de las preguntas de las personas de cuarta edad que pasa de la actividad al tiempo libre, es *¿qué hago yo ahora que tengo tanto tiempo?*. Cualquiera de estas, son algunas de las motivaciones que propulsan a consultar al terapeuta, a raíz de las emociones de angustia, tensión y rabia que generan.
11. El descubrimiento en la cuarta edad de una enfermedad incurable. Esta es una situación que quiebra el equilibrio relacional de los integrantes de la familia. Por lo general, uno de ellos es el que debe asumir la responsabilidad de los cuidados, más allá de la atención de enfermeras y acompañantes u otros miembros de la familia que participen en las responsabilidades. Una enfermedad incurable en la vejez no cifra esperanzas, debido al deterioro lógico del paso de los años.
12. Los síntomas agudos de alguna enfermedad esperable de la vejez: los famosos *achagues* del anciano del género de artritis, artrosis, dolores musculares, cansancio, agotamiento, etc., que aunque controlables mediante la medicación, obligan a que un integrante de la familia deba hacerse cargo de los cuidados. Muchas veces son los cónyuges sanos los que se encargan de las necesidades, en ocasiones primarias, de los pacientes gerontes. Esto genera desgastes importantes a nivel emocional, puesto que el acompañante suele postergar su vida para colocar en primer plano la de la persona enferma.

13. Los síntomas psíquicos como depresiones, ataques de ansiedad, pánicos, síntomas que resultan poco comprensibles para el resto de miembros de la familia, más aún cuando el anciano se encuentra físicamente estable o cuando ha sido una persona activa y no ha sufrido enfermedades graves, cirugías, etc.
14. Las muertes de los contemporáneos, es otro de los motivos por los que consultan los ancianos. Tanto amigos, hermanos, cuñados, etc., cercanos afectivos que generacionalmente comparten recuerdos, anécdotas, historias, etc., se van perdiendo de la vida del anciano, dejando como saldo la tristeza pero, a la vez, la proyección de la propia muerte, lo cual incrementa la angustia original.
15. Otra muerte relevante es el fallecimiento del cónyuge y la soledad que esto significa para el otro integrante de la pareja. Principalmente en matrimonios de larga data, el vacío que deja esta muerte dificulta el elaborar el duelo y acrecienta el deterioro orgánico y psíquico.
16. La muerte de la pareja, también puede generar multiplicidad de conflictos en el sistema. Por ejemplo, si se vende la casa paterna, la sucesión, las rivalidades, acuerdos, desacuerdos, triangulaciones, quien se hace cargo, quien se retira, quien al margen, etc., son situaciones de alto impacto emocional en todos los miembros de la familia, pero en especial en el anciano.
17. La muerte de abuelos, jefes de familia, ancianos que representaban y congregaban a la unión familiar, produce una disgregación de sus miembros. La familia resta acéfala y cunde la desorientación y la guía en las acciones.
18. Una de las crisis más graves, observa la muerte repentina de un hijo. El ciclo biológico determina que son los padres los que deben fallecer primero. Cuando sucede una muerte de este tipo, más allá del dolor que pueda ocasionar, posee el valor agregado de una muerte inesperada que trasgrede el normal tránsito evolutivo. Si bien no estamos preparados para las muertes, esta es una muerte imposible de elaborar: *no hay muerte más dolorosa que la muerte de un hijo*, coinciden la mayoría de los terapeutas, principalmente los que trabajan con duelo (Pereira: 1996).
19. La psicoterapia es un excelente recurso para elaborar duelos. Por ejemplo, desarrollar un trabajo de despedida con pacientes adultos o adolescentes, o con la familia o el cónyuge, cuando hay un anciano (padres, abuelos, tíos queridos, etc.) que está al borde de la muerte (Kubler Ross, 2001).

¿Cuáles son las resistencias de los ancianos a la terapia?

Spector (1995), señala que existen una serie de obstáculos para poder desarrollar la psicoterapia en parejas ancianas, que se extiende a las personas de la cuarta edad en tratamiento individual y familiar. Estos obstáculos son sinónimos de resistencias al trabajo terapéutico y en numerosos casos pueden utilizarse como justificativo para no aceptar un tratamiento.

Uno de estos factores, por ejemplo, es la diferencia de edad entre el paciente anciano y el profesional joven. Los ancianos pueden mirar con cierta reticencia a un profesional de menor edad que ellos y esto puede ser blanco de descrédito en las intervenciones (Ceberio, 2013b). A veces, asocian al terapeuta joven con un miembro de la familia, por ejemplo, el hecho que el psicólogo pueda tener la edad de la hija, del sobrino o del nieto, hacen no fiables las intervenciones o las recomendaciones que emanen de las sesiones o desalentar sus propuestas por afirmar que le falta experiencia de vida.

Siempre recuerdo una familia que venía de una de las provincias del sur argentino que, de cara a cada una de mis intervenciones, sistemáticamente el padre, una persona de 72 años, se dedicaba a señalarme que *él me iba a explicar lo que le sucedía a la familia, que yo era muy joven*. Lejos de confrontarlo, me dediqué a pedirle en las intervenciones subsiguientes que él diera su consejo porque él tenía de seguro más experiencia que yo. Paulatinamente transformé la sugerencia en una orden, a la que aceptó sin problemas. Continué así hasta que en ese mismo circuito de órdenes que había establecido, le mandé a que se callara la boca en ciertos momentos de la sesión donde mi intervención era clave.

Es de suponer, que si las personas son muy ancianas siempre los terapeutas serán más jóvenes que ellas. Esta diferencia de edad, demarca una resistencia que hace que pese la experiencia de vida: las personas de la cuarta edad piensan que no es posible que una persona menor que ellas pueda ayudarlos, prefieren las *cabezas canosas* porque para ellas son un sinónimo de mayor capacidad.

También las personas mayores piensan que la psicoterapia es *para locos*. Es decir, la asociación entre terapia y locura es un clásico de ciertas generaciones. Los ancianos se han desfasado en el tiempo, perdiéndose entender que la terapia no solamente atiende a pacientes mentales sino a personas con problemas quienes reciben orientación en resolverlos.

Los matrimonios longevos, piensan que es un síntoma de debilidad el hecho de buscar ayuda externa terapéutica para resolver sus problemas. Debilidad que refleja la propia debilidad del paso de los años, la que se asocia con impotencia y con la imposibilidad de *hacer* sin ayuda. Operan con un tono de autosuficiencia no omnipotente, sino de creencia o convencimiento que la pareja sola puede o, el consejo de un amigo o en tal caso, cada uno de ellos podrá ser aconsejado por alguien cercano a la pareja.

De elegir a un profesional para contar sus problemas, los ancianos prefieren la palabra del médico de cabecera o el médico de familia. A pesar de no tener formación en psicoterapia, los ancianos se entrevistan con el médico y depositan su fe en la respuesta que les puede proporcionar. Estas generaciones enaltecen la figura del médico con un investimento de poder, principalmente la gente mayor y con menos estudios idealizan al profesional. Por un lado, son portavoces generacionales en la que el médico estaba ubicado en un estamento social destacado.

Los médicos en el siglo XIX y comienzos del XX ocupaban puestos en la política, la economía y poseían una vida social pública. Por otra parte, en la vejez y ante las puertas de la muerte, el médico aparece como un salvador del cual se depende. Es el protector, el guía, el benefactor, más allá que la medicina social y pre-paga ha hecho sucumbir las clásicas entrevistas médicas, donde el profesional se dedicaba a escuchar y contener al paciente.

Ahora prima la rapidez y especialidad y el desconocimiento de la identidad del paciente.

También los ancianos no están convencidos que a través de la palabra se puede mejorar. *¿Cómo me van a curar con la palabra?*, es parte del escepticismo de las personas mayores en la psicoterapia. Los problemas mentales se emparentan con las enfermedades físicas o se les atribuyen orígenes orgánicos y, por lo tanto, se entiende que deben ser curados con medicamentos. Entonces, recurren al fármaco, por ende al médico, como posibilidad de solución del problema. Todo contribuye a incrementar la desconfianza que el paciente tiene por la psicoterapia. Es que no se entiende bien que los problemas o conflictos humanos no posean una etiología orgánica, una localización somática.

Otro de los factores, es que a una pareja longeva no le gusta de mostrar *los trapos al sol a un extraño*, es decir, no desea ventilar intimidades y se muestra recelosa de las cuitas internas que le acaecen. Es más factible, como señalamos, que apelen a ciertas personas del entorno que a un desconocido. A veces, los hijos tienden a ejecutar el rol de consejeros de la pareja y, en muchas situaciones, estructurando sendas triangulaciones que los hace pivotar en alianzas entre ambos padres y los somete a hacerse cargo de numerosas tensiones de la pareja.

Piensen que las cosas se solucionan en *familia*, es decir, esta concepción también refiere no solo a los problemas propios sino a los problemas de los otros integrantes pueden solucionarse conversando en el grupo familiar. Ante la asociación de psicólogo con locura, los ancianos opinan que un padre o una madre pueden aconsejar mejor que el profesional, o que no habrá mejores sugerencias que las que pueden brindarse entre los miembros del grupo familiar.

Uno de los supuestos más comunes entre las personas de la cuarta edad, muestra el escepticismo con respecto al cambio. Los viejos piensan que son demasiado viejos para modificaciones, *que si no han cambiado antes, será imposible ahora y además en manos de un desconocido*. Entienden que los cambios implican que les cambien la identidad o características de personalidad, que dejarán de ser los que fueron siempre y esto lo ven como una empresa imposible. Es cierto, si los cambios son comprendidos dentro de este perímetro de significación suena un tanto utópico, más que ciertos estilos y particularidades se rigidifican en la cuarta edad. Debajo de esta semántica otorgada al cambio, se ocultan las resistencias al mismo: la frase que señala que todo lo que persiste resiste, no deja de aplicarse en este punto.

Resistencias de los longevos/Resistencias de los terapeutas

Pero las resistencias no se hacen sonar únicamente del lado de los pacientes longevos: son también los psiquiatras y psicólogos quienes se resisten a trabajar con personas de la cuarta edad. Por tal razón, no se han desarrollado en plenitud modelos de abordaje terapéuticos para esta edad, tampoco hay muchas investigaciones en comparación con el resto de ciclos evolutivos.

Ya hemos señalado el término *viejismo*, acuñado por Salvarezza (1993), que resume un síndrome que expresa los miedos y el consecuente rechazo que tiene la sociedad hacia los ancianos mediante prejuicios negativos y preconceptos calamitosos. Estos temores y conductas segregacionistas hacia las personas de la cuarta edad, se desarrollan consciente o inconscientemente y los terapeutas no están exentos de este prejuicio. Y tal vez, este sea uno de los graves problemas en pos de la ruptura de la marginalidad de los ancianos, si son los mismos psiquiatras y psicólogos –responsables de la salud mental de los ancianos– quienes llevan internalizado un cliché descalificante hacia la vejez.

En esta dirección, es el mismo Salvarezza (1993) quien destaca el estudio realizado por Ford (1980) sobre una población de 179 psiquiatras. El resultado arrojó, que al grupo le resultaba más interesante trabajar con gente joven a iguales problemáticas que con personas de la cuarta edad. Aún menos interesantes les resultaban los ancianos depresivos y, antes que utilizar el recurso de la psicoterapia (bajo el prejuicio de que no resultaría efectiva), prefería el uso de psicofármacos. El autor menciona, un desarrollo del *Group for the Advancement of Psychiatry* (1971) que en 1971 elaboró una serie de motivos negativos por los que los psiquiatras se resistían a tratar a personas de la cuarta edad.

Uno de los motivos refiere a los miedos que detonan los terapeutas hacia su propia vejez. La apariencia del anciano y las temáticas que trae a las sesiones, hacen que el profesional se proyecte en su vejez futura. Y por la creencia marginal y destructiva que se tiene de la cuarta edad, el fantasma del deterioro y la invalidez provocan *ruidos* internos en su canal de comunicación que obstaculizan la libre relación terapéutica. También el hecho de atender a personas ancianas, genera resonancias acerca de las propias figuras parentales del terapeuta y pueden reactualizar conflictos reprimidos y viejas emociones traumáticas.

Desde esta perspectiva, los mismos terapeutas no creen que puedan generar cambios en los ancianos, principalmente porque están convencidos que las cosas que no se han logrado cambiar en otras etapas de la vida, se han estereotipado en la personalidad y se han rigidificado. Por ende, parece una tarea imposible un cambio de comportamiento. Pero, de la misma forma, no creen que merezca la pena atender a los problemas de la vejez, pues los ancianos se encuentran cercanos a la muerte. Semejante actitud bizarra hace que se desahucien pacientes antes de su finitud. Otra imposibilidad del mismo género, se observa en el supuesto de los terapeutas que creen que el paciente de la cuarta edad puede morir en el transcurso del tratamiento, principalmente en la aplicación de modelos psicodinámicos que implican largos años de proceso.

En esta misma dirección, muchos psiquiatras y psicólogos sostienen que la mayoría de los trastornos de la vejez poseen una etiología orgánica, es decir, problemas de índole neurológico o cerebral que resultan intratables para la psicoterapia. Por último, el autor señala que los especialistas en gerontología se sienten disminuidos por los propios colegas. Por lo general, los gerontólogos son vistos como poseedores de una preocupación excesiva por la vejez y por la muerte.

Como es claro en estas descripciones, la segregación *viejista* no es patrimonio de la ignorancia o de clases sociales o personas que opinan o actúan sin el aval y sustento necesarios, ya sea por escasa profundidad, reflexión o pensamiento superficial. Son los mismos especialistas de la salud en todos los campos, no solo de la salud mental, que desarrollan su función con esta preconceptualización marginal. Es decir, se trata de concepciones que se encuentran instauradas sólidamente en la sociocultura y exceden el marco de la individualidad, más aún, se

instauran en el sistema de creencias de la persona como parte del proceso socio cognitivo.

También se observa cómo la sociedad cae en soluciones marginadoras y estigmatizantes, no solamente con la vejez, sino con otras etapas del ciclo evolutivo o con patologías mentales propiamente dichas. Weakland y Herr (1979) en un interesante estudio, establecen los isomorfismos y antagonismos entre la vejez y la etapa de la adolescencia, aunque también la asocian con un grado de similitud sintomatológico y comportamental con los trastornos esquizofrénicos. Hemos profundizado y extendido las descripciones, puesto que demarcan contraposiciones en ambos ciclos evolutivos.

En lo que respecta a los cambios físicos, se observa que los adolescentes se hallan en pleno desarrollo en altura y musculatura, es decir, están en plena expansión de su cuerpo (Ceberio, 2013a). Los ancianos, en cambio, se empequeñecen, adoptan una postura corporal encorvada y el cuerpo se reduce. Tanto los varones como las mujeres adolescentes son más fuertes (principalmente los varones), mientras que los ancianos se vuelven débiles y más cansinos (Barash, 1983).

Los movimientos y desplazamientos adolescentes son hiperkinéticos y acelerados y las fronteras de su radio de acción están en continua apertura (Ceberio, 2013a). Los movimientos de los mayores se enlentecen y el espacio de acciones se reduce notablemente. Los movimientos adolescentes son en versión macro mientras que los de los mayores son de relojería, aunque en ocasiones revisten torpeza.

En los adolescentes prima la estética, el culto del cuerpo, la vestimenta, los colores, los peinados; mientras que en los mayores, hay mayor despreocupación por el cuerpo, la vestimenta deja de ser el centro de atención, los colores se apagan y los cortes de cabello abundan en clasicismo. La seducción se encuentra en todo su esplendor en los jóvenes, mientras que en los ancianos decae. Los juegos de seducción, si bien se desarrollan en la cuarta edad, merman en comparación con la adolescencia. Podría decirse que existe una seducción cualitativamente diferente.

En los aspectos relacionales, sociales y económicos, los adolescentes se hallan en la búsqueda de trabajo, en tender redes para generar un puesto laboral. Los ancianos culminan el ciclo de trabajo y tramitan su jubilación. Los jóvenes viven una vida familiar activa y participativa de las vicisitudes del seno familiar, mientras que los mayores se quedan solos puesto que los hijos construyen sus propias familias o emigran del hogar a constituir el propio. Los jóvenes se encuentran en la búsqueda de una pareja estable y la conformación de una familia. Los mayores, se insertan en las familias creadas por los hijos mediante el abuelazgo, por ejemplo.

Los jóvenes, más bien en la adultez, se llegan a parentalizar por la crianza de los hijos, los mayores se conyugalizan porque la emancipación de los hijos y la construcción de sus propias familias dejan a la pareja sola con muchos espacios libres en la casa, lo que da en llamarse el *nido vacío*. Los adolescentes tienden a la independencia o, al menos, ese es el objetivo, hasta se vuelven confrontativos cuando se les intenta dirigir. Los ancianos se vuelven dependientes y son más bien dirigidos. Los adolescentes son conducidos por sus padres, mientras que los mayores son conducidos por los hijos. Por ende, en los juegos de poderes, los adolescentes toman el poder de la generación intermedia y los gerontes lo ceden a la generación intermedia.

Tanto los ancianos como los adolescentes están presionados por las exigencias del desarrollo y del contexto. Los jóvenes porque la sociedad los insta a crecer y evolucionar insertándose en el aparato productivo, por ejemplo. Los gerontes, porque deben acomodarse a las exigencias de un mundo cambiantes, los avances tecnológicos por ejemplo, que hacen que no logren actualizarse. En la adolescencia prima la impulsividad, mientras que en la ancianidad hay mayor reflexión y pasividad en los impulsos.

Por otra parte, comparando ambos ciclos evolutivos con el paradigma de los trastornos mentales: la esquizofrenia, los adolescentes antisociales y rebeldes y los ancianos con trastornos seniles, cargan rótulos similares a los que llevan los esquizofrénicos. Rótulos que se convierten en estigmas, que segregan y calificando de patológica a la sintomatología descalifican a la persona. Así mismo, los problemas asociados a la tercera edad son considerados *irreversibles, descendientes y progresivos*, posición similar a la sostenida por los profesionales de salud mental de la década del '50 con respecto a los trastornos esquizofrénicos, dice Weakland y Herr. Esta versión de la Psiquiatría, todavía alienta un organicismo a ultranza, afirmando que tanto los síntomas de los gerontes como los de los esquizofrénicos son originados por deficiencias o alteraciones orgánicas.

Más allá del organicismo, los factores intrapsíquicos identifican las etiologías *dentro* del individuo y se alejan de explicaciones que contemporizan a elementos interaccionales. Estas versiones responsabilizan de su enfermedad solamente a una persona, dejando indemne al resto, pobre versión si se entiende que nacemos, vivimos, nos desarrollamos y morimos en sistemas. Entonces, tanto para los adolescentes perturbados, los esquizofrénicos y las personas mayores, se construyen hipótesis cimentadas en la linealidad que oscilan entre darle crédito a problemas orgánicos y/o intrapsíquicos, tal cual la mayoría de los profesionales entienden que tales trastornos acaecen en el interior del individuo.

Las similitudes con las personas mayores, los esquizofrénicos y los adolescentes perturbados tuvieron como consecuencia la forma en que los profesionales de la salud mental manejaron los problemas de estas personas. Ya que se opinaba que los "problemas" existían dentro del individuo, a estas personas se las erradicaba de la sociedad común y se las ubicaba en una institución donde una asistencia especial podía compensar las deficiencias que tenían. (Weakland y Herr. 1979).

Para estos tres grupos, se crearon instituciones totales, verticalistas y *correctoras* de la desviación. Es decir, son lugares donde se recluyen a los que se apartan de la norma, aquellos que se distancian de lo que se considera normalidad. El resultado es que los adolescentes perturbados son recluidos en hogares de menores y reformatorios. Los esquizofrénicos en manicomios y los gerontes en hogares para ancianos. Al final de cuentas, los ancianos en el último tramo de sus vidas se hallan atrapados en juegos marginadores familiares, descalificadores sociales y con los perjuicios de la rotulación que llevan los esquizofrénicos y los problemas de los adolescentes antisociales. Así lo definen Weakland y Herr (1979), *En cierto sentido, entonces, las personas de edad avanzada están viviendo en el peor de los mundos posibles en cuanto a la salud mental: tienen todos los desafíos del desarrollo que crean problemas para los adolescentes con todas las desventajas de la rotulación que crean y sustentan problemas para los esquizofrénicos. No resulta sorprendente que los hospitales psiquiátricos estén abarrotados de personas mayores.*

Un modelo de terapia breve y efectivo

Spector (1995) afirma que una terapia eficaz en, por ejemplo, las parejas ancianas *ha de ser lo suficientemente flexible como para adaptar sus métodos y responder a sus objeciones*, ya que es poca la confianza que depositan en los profesionales de la salud mental y *no están de acuerdo con los valores de la práctica terapéutica tradicional*. Un modelo terapéutico en personas de la cuarta edad deberá reunir una serie de características que, a priori, otorguen cierto grado de reaseguramiento en pos del bienestar en la vida del anciano y el entorno.

Fundamentalmente el modelo que más se adapta a las personas longevas debe ser *breve*. Breve porque de esta manera los ancianos no se sienten dependientes del profesional, teniendo en cuenta que los tiempos del anciano no son los mismos que el de otros ciclos evolutivos como los adolescentes o los adultos; tampoco el del terapeuta, a menos que también sea un terapeuta longevo y comprenda las dimensiones del tiempo de la vejez. Las personas de la cuarta edad tienen un tiempo que se acaba, de futuro cercano, del aquí y ahora, por lo tanto, no se puede esperar los resultados largoplacistas de los tratamientos tradicionales que llevan años de desarrollo. Pero también, es importante respetar los tiempos del anciano, puesto que la lentitud, sumada a algún trastorno de la vejez pueden operar como obstáculo para la obtención de logros.

Dentro de esta brevedad, por ende, deberán colocarse metas próximas y concretas, cuyos resultados se observen y estimulen la autoestima al ver los logros realizarse. Pero principalmente, metas posibles: el terapeuta no se dejará llevar por el entusiasmo y deberá contemplar las posibilidades del anciano. Metas pequeñas y posibles, parece ser la fórmula para avanzar en el tratamiento y en la relación terapéutica, puesto que esta actitud llevará a generar estímulo y buen lazo vincular.

La flexibilidad y plasticidad de esquemas de atención, también son componentes de la terapia, puesto que el terapeuta deberá estar preparado para no ceñirse a ortodoxias. Es decir, podrá hacer psicoterapia paseando con el anciano, más aún si se encuentra en sillas de ruedas o si camina lento. Puede desarrollar una sesión en un bar cercano a la casa del paciente o del consultorio, como además trabajar en la casa del paciente, no solo porque se halle postrado, sino por cuestiones de hacerlo sentir cómodo en el vínculo, principalmente en las primeras sesiones.

La relación terapéutica con personas de la cuarta edad, deberá estar cimentada en el afecto y el reconocimiento del paciente. No olvidemos que la segregación se hace sentir -en mayor o menor medida- en diferentes contextos y, por ende, establecer un vínculo valorizante es un elemento que nutrirá la relación e incrementará la autoestima del paciente longevo (Ceberio, 2013b).

Cuando se trata de la atención de parejas ancianas, el trabajo terapéutico deberá centrarse en el uso de los recursos de la pareja, en apoyo de la complementariedad y en los potenciales de cada uno de los miembros que se acoplan en la relación. No obstante, estas consonantes variarán de acuerdo a si la pareja que se trate sea longeva y de longevos, de un longevo con una persona adulta o de la tercera edad, de dos longevos pero una pareja nueva, etc.

La terapia debe ser capaz de utilizar las motivaciones del paciente anciano en dirección a un objetivo, o sea, como señalamos anteriormente, en una finalidad concreta pero con diferentes metas mínimas. Estas metas mínimas son objetivos parciales en dirección al objetivo mayor. En líneas generales, el objetivo se relaciona íntimamente con el bienestar, el buen vivir en este tramo de la vida, pero también, la preparación y reflexión acerca de la muerte: no se trata, entonces, solamente de un buen vivir, sino de un buen morir. Aunque no se trata de "funeralizar" las sesiones (matar a la persona anciana porque a su vida le resta poco tiempo), se trata de que sutilmente se deje saber o conocer cuáles son sus pensamientos acerca de la muerte y qué piensa de la finitud. Todo lo que el terapeuta sepa acerca del sistema de creencias del paciente, será rentable a la hora de realizar intervenciones eficientes.

Además de metas concretas y *tangibles*, el trabajo terapéutico debe focalizarse en el problema o los problemas en concreto por los que se consultan. Centrarse en el problema, implica alcanzar la primera claridad, puesto que muchos ancianos llegan a consulta cargados de sugerencias de su entorno: todos son *expertos* en dar consejos y los ancianos se vuelven inseguros y dependientes. Entonces, consultan y preguntan, en total asimetría por debajo, cuando no, se encuentran un tanto obnubilados en la consciencia y acentúan la confusión para llegar a buen puerto. Pero el terapeuta no quedará varado en demarcar las fronteras del problema, diseñará estrategias para la mejoría y su solución.

Es así que las propuestas y sugerencias, más allá de la reflexión, deben ser poseer una cuota de pragmatismo importante, por ejemplo, en los pasos a seguir. Las propuestas concretas son antagónicas a las abstracciones (más aún a las abstracciones voladoras), y son estas últimas las que pueden desorganizar a los pacientes complicando aún más el cuadro. Entonces la terapia puede concebirse como una guía, una orientación con un objetivo final y metas mínimas a alcanzar (Watzlawick, Weakland & Fisch 1974).

El terapeuta considerará al problema como un desafío a afrontar y no como una situación patológica. De esta manera, el trabajo terapéutico partirá de la salud y no desde la enfermedad: se desarrolla bajo la exaltación de los recursos y capacidades de las personas, sus partes positivas, sus potenciales. El terapeuta debe rescatar esta visión del anciano, no solo para otorgarle en tiempo breve solución a los problemas, sino para que se autovalore e incremente su creatividad e iniciativa.

Spector (1995), afirma que la terapia de ancianos debe ser conductual antes que orientada a la introspección y la expresión de los afectos y emociones. Tal vez, estas aseveraciones se presentan muy categóricas y si entendemos que una terapia de la cuarta edad debe poseer flexibilidad, la pautación de comportamientos en la prescripción de tareas, instar a pensar en un espacio de reflexión como de hecho es la consulta, y un vínculo terapéutico amoroso (como modelo relacional afectivo a reproducir fuera de la sesión), bien podría definirse como una psicoterapia que intenta abordar al paciente desde múltiples perspectivas. Tanto en individuos de la cuarta edad, parejas o familias, es interesante observar los tipos de interacción en la comunicación de la pareja o los integrantes de la familia, las atribuciones de significados, el grado de significación que se le da a los pasajes de información y el clima emocional que prima. Casi siempre cuando se intenta entender cómo se originan los problemas, esta exploración posibilita delinearlos claramente.

Es necesario que la terapia sea lo suficientemente abierta como para incorporar otros miembros, más si es una

terapia individual y es necesario interactuar con la familia o la pareja si los problemas los involucran (más allá que sea una terapia de familia o pareja específica). Es importante, que se halle en contacto o en red con otras instituciones y profesionales de diversas especialidades, puesto que la interconsulta implica a un visión en macro operando desde diferentes áreas de la vida del paciente mayor, cuestión de lograr articular diversos puntos de vista que favorezcan la efectividad de las intervenciones.

Referencias

- Barash, David (1983). *El envejecimiento*. Barcelona: Salvat.
- Camdessus, B. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R., Linares, J. L. (2000). *Locura, marginación y libertad*. Bs. As: ECUA.
- Ceberio, M. R., Mendez, M., Venneri, R., Odelli, S., Vischnevetzky, V. (1993). *Cambiamos (nos) de lugar. Un enfoque interdisciplinario del envejecimiento y la vejez*. Monográfico. Buenos Aires: Hospital Pirovano.
- Ceberio, M. R. (2013a) *Guía para padres de adolescentes*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ceberio M. R. (2013b) *El cielo puede esperar*. Madrid: Morata. Instituto Nacional de la Salud. Madrid. (1996). *Atención Primaria de salud a las personas mayores en Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores*. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones.
- Kubler Ross, Elizabeth. (2001) *La rueda de la vida*. Barcelona: Plural.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Amezcua Sandoval, M. (2004) *Salud mental en la tercera edad*. Guadalajara: Univ. De Guadalajara.
- Pereira, R. (1996). "Adiós, no te voy a volver a ver más". El duelo en la terapia familiar sistémica. Entrevista a Roberto Pereira, por Marcelo Rodríguez Ceberio y Juan L. Linares. *Perspectivas Sistémicas*, 36.
- Rowe J. W., & Kahn, I. R. (1987). *Human aging: Usual and successful*. Science, 237(4811), 143-9.
- Salgado, A. G. F. (1997). *Manual de Geriátria*. Masson: Barcelona.
- Salvarezza, L. (1993). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Selby P y Griffiths A. (1986). *Prepararse para el día de mañana y la Jubilación*. En: *Guía para un envejecimiento satisfactorio*. London: Parthenon Publishing
- Spector, R. (1995) Enfoque estratégico de las parejas ancianas. En Camdessus, B. *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Solution*. New York: W.W. Norton.
- Weakland, J., & Herr, J., (1979) *Terapia interaccional y tercera edad*. Bs. As. Ed.

1ra Edición - Diciembre 2018