



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

Augusto Pupilli ¹

Resumen

Este artículo explora acerca de la elaboración del duelo en las personas mayores, tomando como referencia el análisis de un caso clínico. Se trabaja respecto de las diferentes dimensiones de la vida sobre las que se pueden producir pérdidas durante esta etapa: seres queridos, salud a nivel integral, roles sociales, estatus social, entre otras. Asimismo, se trabaja respecto de las diferentes estrategias puestas en juego en el dispositivo terapéutico a fin de promover la participación social en espacios que respeten la singularidad de la persona mayor, en tanto los mismos pueden constituirse como una respuesta posible a los fines de contribuir a crear nuevos proyectos de vida.

Palabras clave: Duelo. Personas mayores. Perspectiva Gerontológica. Participación social.

ISSUE Nº2

DICIEMBRE
2024

Recibido:
22/10/2024

Aceptado:
06/11/2024

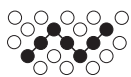
Abstract

This article explores the processing of grief in older people, taking as reference the analysis of a clinical case. We work on the different dimensions of life on which losses can occur during this stage: loved ones, comprehensive health, social roles, social status, among others.

Likewise, work is being done on the different strategies put into play in the therapeutic space in order to promote social participation in spaces that respect the uniqueness of the elderly person as a possible response in order to contribute to creating new life projects.

Key words: Grieving. Elderly people. Gerontological perspective. Social participation.

(1) Lic. Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Esp. En Psicología Clínica (Ministerio de Salud de la Nación). Actualmente se desempeña como psicólogo de planta interino del Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López" perteneciente a la red de atención de la Provincia de Buenos Aires; realiza práctica clínica en su consultorio particular en Buenos Aires; ex residente en la Residencia "PRIM Lanús". Carrera de especialización en Clínica de Adultos con orientación Psicoanalítica (UBA). augustopupilli@gmail.com



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

Introducción

Este artículo explora acerca de la elaboración del duelo en las personas mayores, tomando como referencia el análisis de un caso clínico. Se trabaja respecto de las diferentes dimensiones de la vida sobre las que se pueden producir pérdidas durante esta etapa: seres queridos, salud a nivel integral, roles sociales, estatus social, entre otras. Asimismo, se trabaja respecto de las diferentes estrategias puestas en juego en el dispositivo terapéutico a fin de promover la participación social en espacios que respeten la singularidad de la persona mayor, en tanto los mismos pueden constituirse como una respuesta posible a los fines de contribuir a crear nuevos proyectos de vida.

El caso

Comienzo a atender a C. debido a la solicitud de interconsulta realizada por el servicio de Cardiología del Hospital General de Agudos donde desempeño mi práctica profesional. La demanda de atención no provenía de un profesional en particular sino de todo el servicio. Al entrevistarme con algunos de ellos me refieren que C. es una paciente de setenta y ocho años, en buen estado de salud respecto de lo cardiológico, pero que pese a haber sido informada de esta situación se presenta todos los días al servicio refiriendo alguna dolencia por la cual solicita atención.

Según refieren los médicos del equipo esta situación sucede desde hace aproximadamente un mes, manifiestan que pareciera que no escuchara el diagnóstico que le ofrecen. Asimismo, refieren que su presencia constante en el servicio, su demanda de atención, su falta de respeto por las normas del servicio han comenzado a generar un creciente malestar en el servicio. C. ya ha discutido tanto con el equipo médico, con el personal administrativo, como con otros pacientes quienes sí acuden con turno programado.

Acuerdo con la solicitud de evaluación y coordino con la paciente una entrevista. Al conocerla, lo primero que me dice es que el estado debe garantizar su derecho al ejercicio del acceso a la salud. Lo dice contundente, sin matices. Pareciera que interpreta determinados derechos, que el estado efectivamente garantiza, bajo su propia ley: cuando ella quiere, como quiere, en sus términos. Evidencia una

marcada rigidez, tanto a nivel cognitivo como subjetivo, al afirmar esto. Además, su tono afectivo es el del enojo y el reclamo.

Decido intervenir saliendo de la escena que la trajo a la consulta y preguntar respecto de otros aspectos de su vida. Me compartió que últimamente se sentía abrumadoramente sola, una sensación que no había experimentado antes en su vida. Con mucha nostalgia, recordó los tiempos en que tenía un círculo amplio de amigas con las que compartía momentos, experiencias y, fundamentalmente, una actividad en común: todas asistían diariamente a clases de natación en un reconocido club de fútbol de la ciudad. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 había cambiado drásticamente su realidad.

Lamentablemente, en un período de pocos meses había perdido a catorce de sus queridas amigas. La magnitud de esa pérdida era brutal. Refirió que los meses en que fueron falleciendo, una tras otra, fueron devastadores. A partir de ese momento, según refería C., la soledad y el vacío existencial se instalaron en su vida. Agregó que nunca se había casado ni tenido hijos, y que por lo tanto sus amigas eran todo el apoyo social y afectivo con el que contaba. En ese momento, era claro que C. no solo estaba enfrentando la pérdida de sus amigas, sino también la pérdida de una parte de sí misma.

La conexión con sus amigas había sido una fuente vital de apoyo emocional y social, y su ausencia había dejado un vacío profundo. En función de las actividades que realizaba con ellas, siendo la deportiva la principal, pero a la cual se sumaban un sinnúmero de otras, ella organizaba sus días, su vida cotidiana, sus salidas, entre tantas otras cosas. Contaba que se trataba de un grupo muy unido y que se apoyaban entre todas. Según manifestaba, ella tenía un rol muy específico en el grupo.

Al ser de personalidad extrovertida y determinada, en general era quien se encargaba de organizar las salidas, de defender los intereses de alguna que estuviese en situación de necesidad, y de “animar la fiesta, siempre fui muy divertida”. Ahora no tenía ni con quien ni dónde desplegar esos aspectos tan característicos de su personalidad y que hacían a su conformación identitaria. Como analista, mi posición se caracterizaba por escuchar atentamente, explorar formas de ayudar a C. a elaborar su duelo y encontrar nuevas formas de conexión y significado en su vida. Sin embargo, como era de esperar, la situación que sucedía con el equipo de Cardiología se presentó a nivel de la transferencia en su espacio

Pupilli

terapéutico. De igual manera, se presentaba todos los días en el consultorio, sin turno asignado, discutía con otros pacientes dado que quería interponerse en sus turnos, discutía conmigo dado que decía que le parecía que era una falta de pericia de mi parte citarla solamente una vez por semana cuando, según su criterio, debería asistir diariamente a una consulta.

A partir de eso, fue necesario por mi parte reestablecer límites tan claros como respetuosos respecto del encuadre terapéutico. Por un lado, le expliqué que debido a los disturbios que generaba a diario, en caso de que continuara con dichas actitudes, desde la coordinación del servicio se había decidido que se suspendería su espacio de atención y que sería derivada a otro equipo tratante.

Apelar a una terceridad que establece la legalidad del encuadre terapéutico ayudó a que ella pudiese comprender que las cosas no dependían de su propia ley sino de una que atravesaba a todos los involucrados. Asimismo, en tanto profesional a cargo de su tratamiento, realicé una interpretación. Le dije que, desde mi punto de vista, no asistía a la consulta tanto por necesidad del espacio terapéutico, sino como un modo de tener una rutina en su vida y de establecer un contacto social. Ante esto, rompió en llanto y dijo que sí, que efectivamente permanecer sola en su casa todo el día era algo que no podía tolerar y que por eso venía al hospital “con cualquier excusa”. Por supuesto, se le dio lugar a manifestar dicho dolor, tanto como validar que esa había sido su manera de intentar solucionar algo de su padecimiento. A partir allí, habiendo establecido y pudiendo reconocer sus verdaderas motivaciones para asistir a la consulta pudimos comenzar a trabajar en torno de identificar la necesidad de vínculos sociales reales y significativos en su vida.

En este sentido, este momento constituyó un punto de inflexión crucial en la terapia, dado que fue la base para comenzar a explorar otras opciones y espacios para involucrarse y establecer vínculos. Sin embargo, desde el primer momento C. presentó una férrea negativa a participar de los espacios tradicionales para personas mayores: clubes de jubilados, talleres de estimulación cognitiva, talleres de reflexión, entre otros. En este sentido, podríamos pensar que su resistencia tenía que ver con oponerse a ser etiquetada y estereotipada

edad, lo que es comprensible.

Siguiendo los desarrollos de Judith Butler (1969) sabemos que el término *viejismo* (ageism) se refiere a la discriminación realizada sobre las personas mayores en función de su edad. A partir de la misma, la edad puede ser utilizada para marginar y excluir a las personas, asumiendo que todas las personas mayores comparten los mismos intereses y características. En este sentido, con mucha lucidez, refería por su parte que el hecho de tener la misma edad que otras personas no significaba que tuvieran necesariamente los mismos intereses. Si bien es cierto, se trabajó respecto de si algo de esa resistencia no podría operar en tanto un obstáculo para encontrar espacios sociales que se adaptaran a sus necesidades e intereses. A partir de ello, se trabajó en dos líneas terapéuticas diferentes. Por un lado, pedirle a C. que fuese ella misma quien propusiese actividades o grupos que fueran de su interés, apostando a que su singularidad estuviese puesta en juego en sus elecciones y que no se incluyera en algún espacio simplemente para “ocupar el tiempo”.

Por otro lado, se comenzó a trabajar respecto de cuál era la significación que ella tenía asociada a la edad. En este sentido, algunos de los interrogantes que comenzaron a aparecer en el espacio terapéutico tenían que ver con: ¿Qué significa ser mayor para ella? , ¿Cuáles son sus miedos y preocupaciones asociados con la vejez?; ¿Qué cambios está dispuesta a hacer para adaptarse a esta nueva etapa? Instalar estas preguntas dio lugar a la apertura de nuevas cadenas asociativas.

Comenzó a relatar acerca del envejecimiento de su padre. Según contó, padecía de enfermedad de Alzheimer, con el progresivo deterioro cognitivo, pérdida de funcionalidad y dificultades conductuales que el mismo genera. En ese entonces, la única persona encargada del cuidado de su padre fue su madre quien padeció todos los síntomas de sobrecarga del cuidador. Según refería, debido a esta historia familiar, sostenía un marcado rechazo a la vejez y no quería ser categorizada desde ese lugar.

A partir de allí se comenzó a trabajar en términos de establecer diferencias: su historia no era la de sus padres, su realidad actual no reflejaba de ninguna manera la situación que ellos habían tenido que vivir. Poder comenzar a elaborar algo de esta diferencia tanto como asumir que, le gustara o no, se encontraba ella misma transitando su vejez, pero desde otro lugar, permitió que comenzara a reconciliarse

Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

con ese aspecto de su vida. Especialmente, a partir de trabajar en relación a su conservación de funcionalidad, independencia y autonomía (Gómez, Curcio, 2014), tanto como su potencialidad para modificar su situación de acuerdo a sus intereses y deseos.

A su vez, se planteó en el espacio terapéutico que sus amigas ya fallecidas eran personas de su edad, y que eso no había sido un impedimento para establecer lazos significativos y a su vez, pese a tener la misma edad, cada una de ellas había mantenido su estilo e individualidad. A partir de eso comenzó a ceder el rechazo a relacionarse con gente de su edad, si bien sostenía que debía haber otras opciones alternativas a “los lugares típicos para personas mayores”. En relación a cuáles eran sus propias propuestas de inclusión social, comenzó a hablar de una asociación internacional dedicada a la asistencia de personas en situación de migración.

Contó que la misma se dedicaba a ofrecer diferentes espacios para que aquellos migrantes que aún no habían logrado armar un proyecto de vida a nivel local, por lo tanto, se ofrecían talleres de capacitación laboral, apoyo a los emprendimientos, establecimiento de redes, entre otras. C. era una experta tejedora, por lo tanto, se acercó a la institución a ofrecer sus servicios bajo la forma de voluntariado.

Propuso realizar un taller para enseñanza de tejido, confección de pulóveres, guantes y bufandas. Inmediatamente, aceptaron su propuesta y a las pocas semanas el taller que ella ofrecía era un éxito con muchos inscriptos. Tanto fue así que le solicitaron abrir dos horarios más dado que había gente en lista de espera. Esta situación fue crucial para que pudiera encontrar un nuevo sentido existencial. Esta actividad la ponía en situación de ayudar a otros, sentirse útil, desarrollar su autoestima y empoderamiento. A su vez, a los participantes del taller les comenzaba a ir bien con la venta de sus productos, a partir de compartir sus experiencias y habilidades otros comenzarían a consolidar su proyecto de vida, por lo tanto, sus contribuciones a la sociedad eran tangibles, palpables, y celebradas dado que estaban haciendo una diferencia significativa en la vida de estas personas jóvenes en situación de vulnerabilidad. Por supuesto, a partir de esta situación su estado de ánimo mejoró significativamente.

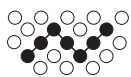
Venía alegre a las sesiones, contaba sus logros, hablaba de temas positivos.

En efecto, comenzó a ausentarse a algunas sesiones. Algunas veces avisaba, otras veces simplemente se disculpaba a la semana siguiente diciendo que había surgido una feria de último momento y que no había querido dejar a sus participantes sin su apoyo. Ante esto, me resultó pertinente proponerle un cambio en la frecuencia de las sesiones. Lo planteé de la siguiente manera: su motivo terapéutico se encontraba en proceso de remisión, a su vez tenía muchas ocupaciones que la dotaban de sentido y proyectos, por lo tanto consideraba pertinente vernos cada quince días. Lo aceptó sin dificultades, refirió que sentía que el espacio la estaba ayudando a manejar su vida de manera autónoma, establecer nuevos desafíos para el futuro y nuevos vínculos.

A los pocos meses, decidió que ya había sido suficiente y dimos por finalizado su tratamiento. Agradeció la posibilidad de haber podido acceder a ese espacio tanto como el hecho de haber sido confrontada con puntos de su propia historia que se negaba a tocar. En sus propias palabras, poder elaborar esas cuestiones fue lo que le permitió generar proyectos actuales, con perspectiva futura, y experimentar nuevos roles en su vida, junto a un grupo social que le resultaba de lo más interesante y motivador. Al poco tiempo, se acercó, sin turno previo, pero riéndose ella misma de esa situación, simplemente para contarme que con su historia había inspirado a una vecina a armar su propio taller en la misma organización. De esta manera, daba cuenta del impacto positivo que estaba teniendo en su comunidad a través de su testimonio.

Discusión

La vejez es una etapa caracterizada por cambios significativos en la vida de las personas. Estos cambios pueden generar pérdidas no solo de seres significativos, sino también de espacios y roles que han ejercido durante toda su vida. Algunas de las pérdidas que se producen tienen que ver con el fallecimiento y/o enfermedades graves o discapacitantes de cónyuge, amigos, familiares; la pérdida de roles y funciones, como consecuencia de la jubilación y el retiro laboral; posibilidad de cierto declive de la salud física o cognitiva, con el consecuente impacto en los niveles de funcionalidad, independencia y autonomía (Iacub, 2015). Sin lugar a dudas, estas cuestiones tienen un impacto directo en



Pupilli

la salud mental, pudiendo presentarse síntomas tales como: ansiedad, tristeza, depresión, sensación de vacío existencial, soledad, aislamiento, desorientación y falta de proyectos de vida, entre otros.

Por esta razón, es necesario acompañar este proceso de reorganización tanto de la vida cotidiana como desde la propia identidad. Asimismo, las modalidades de afrontar estas pérdidas tendrán que ver con otros factores asociados, tales como la historia personal y las experiencias previas en relación a la elaboración de duelos, la red de apoyo social, la salud a nivel integral, los recursos económicos, entre otros.

Al referirse a la pérdida de vínculos, es pertinente reconocer que la pérdida de lazos significativos es un proceso natural pero doloroso. En el caso aquí planteado, además, debido a las condiciones en que se produjo el fallecimiento de sus catorce amigas, en virtud de la magnitud de la pérdida, teniendo en cuenta el contexto social de incertidumbre y temor generalizado debido a los efectos devastadores de la pandemia por COVID-19, el mismo resultó devastador. De acuerdo a lo relatado a lo largo de este escrito, podemos concluir en que, en el caso de C. el trabajo realizado en su espacio terapéutico le ha permitido elaborar algunos duelos que estaban detenidos: el deterioro de la salud de su padre, el padecimiento de su madre al tener que hacerse cargo ella en tanto cuidadora principal, la pérdida de sus amigas, la pérdida del rol que ella ocupaba en ese grupo de amigas, y, además, la pérdida de su propia juventud.

Desde el psicoanálisis, podemos pensar que, al elaborar esos duelos, inscribir esas pérdidas en tanto tal, destacando su carácter de aquello imposible de recuperar, se generan las condiciones para armar un nuevo campo de los posibles. Es decir, cuáles eran sus posibilidades actuales y con qué recursos contaba para, a partir de ahí, generar un nuevo proyecto de vida. En este sentido, Sigmund Freud en su texto “Duelo y Melancolía” establece una definición sobre el duelo, situando sus coordenadas y el trabajo psíquico que deberá realizar quien se encuentra en situación de pérdida. Lo define como la reacción frente a la pérdida de una persona ama-

da o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (Freud, 1917: 241).

Respecto del trabajo que opera el duelo señala que el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto, sin embargo, aclara que este trabajo no será sin resistencia ya que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal. El mismo se ejecutará pieza por pieza con gran gasto de tiempo y energía, tiempo en el cual el objeto perdido continúa en lo psíquico.

Cada uno de los recuerdos y expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobre investidos, y que en ellos se consume el desasimiento de la libido. En tanto el duelo subsista se encontrará el doliente en un doloroso estado de ánimo y habrá cesado su interés por el mundo exterior, su yo se presentará inhibido y entregado por entero al trabajo del duelo, cerrando el interés por otros vínculos con la vida. Una vez que este trabajo se haya consumado el yo se volverá libre y desinhibido nuevamente, es decir que podrá disponer de su libido para la vida (Freud, 1917).

En el caso de C., este proceso planteado por Freud fue muy tangible. En la medida en que quedara detenida en la elaboración de esos duelos, resultaba imposible la posibilidad de generar otros proyectos.

En esta línea, resultan muy interesantes los aportes que realiza Jean Allouch (1995) respecto del duelo, quien lo plantea como acto creador, sostiene además que una vez acontecido dicho proceso psíquico implicará un cambio en la posición subjetiva del sujeto respecto de su modalidad de gozar del objeto, lo explica diciendo que el goce empuja al sujeto a permanecer ligado dolorosamente al objeto, en cambio el acto que se produce a través del duelo implica una posición de renuncia al goce, llamando al sujeto a optar por la vida y exigiéndole desprenderse del objeto amado sin anhelar un reencuentro y transformándolo en su subjetividad. Sin dudas la paciente a lo largo de su proceso terapéutico realizó un notable cambio de posición subjetiva.



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

Por otro lado, Es destacable en el caso presentado la persistencia y habilidad de esta persona para buscar su propio camino, no dejándose tomar por las propuestas clásicas, formales, las que ella llamaba “las típicas”, sin embargo, vale mencionar que no todas las personas tendrán esa iniciativa y/o conocimientos acerca de las posibilidades existentes.

Por esa razón, resulta fundamental que quienes estén a cargo de tratamiento con personas mayores cuenten con el conocimiento acerca de los espacios de inclusión social disponibles en la comunidad, para poder ofrecer estos recursos, tanto como que cuenten con las herramientas para establecer redes, articular intervenciones conjuntas y realizar un seguimiento integral de los casos.

Nuestro objetivo, en lo referente a generación de estrategias terapéuticas con perspectiva gerontológica siempre tendrá que ver con la posibilidad de generar los mayores niveles de independencia, autonomía y calidad de vida que sean posibles para cada persona de acuerdo a su situación de vida a nivel integral.

REFERENCIAS

1. Allouch, Jean (1995). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Cuenco del Plata y Ediciones Literales.
2. Andrés, H (2003). Género, representaciones sociales de la vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
3. Butler, N. (1969) Age-Isms: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Pages 243–246, https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
4. Freud, S. *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
5. Gómez, J. y Curcio, C (2014). *Salud del anciano: Valoración*. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Editorial Blanecolor. Manizales, Colombia.
6. Iacub, Ricardo y otro (2007). *Psicología de la mediana edad y vejez*. (Módulo 3) Ministerio de Desarrollo Social (SENAF) y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
7. Iacub, R. (2015). *Todo lo que usted quiso saber sobre la jubilación y nunca se animó a preguntar*. Buenos Aires: Paidós.
8. Salvarezza, L (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós, Buenos Aires.