



Universidad  
Nacional  
de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**LA APLICACIÓN DEL MÉTODO PSICOANALÍTICO A PACIENTES  
ANCIANOS**

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Autora:** Arlettaz, Alejandra María Verónica

**E-mail:** alejandraarlett@gmail.com

**Legajo:** A-5017/2

**DNI:** 37.360.001

**Docente Responsable:** Santucho, José Augusto

-2023-

**Agradecimientos:**

A mi casa de estudios de estos últimos trece años, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, lugar en el que me formé con admirables profesionales del campo psi. Lugar en el que también trabajé y construí afectuosos lazos, principalmente con mis amigas, aquellas con las que puedo contar hasta el día de hoy. Agradezco muy especialmente a mi familia entrerriana, por la lucha incansable, por el afecto, por la confianza en lograr esta meta. ¡Un siempre gracias!

### **Índice:**

1. Resumen y Palabras Clave 1
2. Introducción 2
3. Objetivos 4
4. Exposición del material objeto de la revisión 5
- 4.1 La postura freudiana sobre la aplicación del método psicoanalítico a sujetos ancianos 5
- 4.2 Primeras aproximaciones a la práctica psicoanalítica con ancianos 8
- 4.3 Especificidades en la práctica psicoanalítica con pacientes ancianos 11
- 4.4 Lazos del Psicoanálisis con otras disciplinas. Psicoanálisis y Gerontología 17
5. Conclusiones 20
6. Referencias bibliográficas 22

### **1. Resumen:**

En la presente Investigación Bibliográfica de perspectiva histórica se propuso desarrollar las especificidades que comportaría una práctica psicoanalítica orientada al tratamiento de personas ancianas. Se pretendió indagar los obstáculos planteados por Sigmund Freud a la hora de aplicar el método psicoanalítico a los ancianos, como así también aportar a la sistematización de las especificidades teóricas y metodológicas que pudieron reconocerse en teorizaciones de psicoanalistas que no retrocedieron ante esta población. Se partió de las teorizaciones inaugurales de Karl Abraham al respecto y se expusieron algunas ideas devenidas del trabajo de psicoanalistas argentinos a partir de la década de 1960. Así mismo, resultó necesario reflexionar sobre los límites de esta práctica y las estrategias posibles frente a estos límites. Se partió de la hipótesis de que, si bien existen psicoanalistas que sostienen que el método psicoanalítico es perfectamente aplicable a esta población, esta debe comportar ciertas variaciones, especificidades, que resultaron conveniente recuperar y analizar. Se constató que tales especificidades no se crean a partir de que existe alguna *condición natural* del anciano que lo imposibilita al trabajo psicoanalítico tradicional, sino que serían necesarias a partir la dilucidación de imaginarios sociales que reproducen un modo marginal de *ser anciano*. Se considera que estas especificidades en la práctica psicoanalítica resultaron de una apuesta que se gestó, principalmente en Argentina, al calor de discusiones y rupturas con religiosidades teóricas y técnicas, preocupadas por delimitar qué es y no es Psicoanálisis.

**Palabras claves:** Psicoanálisis - método psicoanalítico - anciano/s - variantes teórico

## 2. Introducción

A partir de la lectura de las primeras elaboraciones psicoanalíticas, que Freud se encargó de transmitir al mundo científico y perfeccionar a lo largo de sus años, se puede dar con su explícita visión sobre la aplicación de su método: el psicoanálisis no conseguiría efectos terapéuticos en personas de edad avanzada. (Freud, 1978)

Esta postura no ha encontrado modificaciones a lo largo de sus reformulaciones teóricas y metodológicas, pues Freud se mostró contundente: los ancianos no poseen la plasticidad de los procesos anímicos necesaria para reelaborar los contenidos psíquicos. Además, les demandaría un tiempo excesivamente largo, proporcional al material acumulado, por lo tanto, la terminación del tratamiento se ubicaría en un periodo de la vida donde sus padecimientos neuróticos no tendrían demasiado valor. (Freud, 1991)

Incluso, llegando a nuestros días, se puede evidenciar cierta escasez de producciones teóricas sobre este tema dentro del campo psicoanalítico (García, 2021). No son pocos los psicoanalistas que expresaron que al anciano se le dificulta asociar libremente, o que no puede respetar el encuadre tradicional, como el de recostarse en un diván con la mirada sustraída a la del analista (Biaconti, 2004). Con respecto al tratamiento de los padecimientos de la población mayor, actualmente se suele privilegiar las intervenciones médicas de sus aspectos psicobiológicos, las acciones asistenciales, el cuidado paliativo. Es que se entiende que existe una concepción, socioculturalmente

construida, que tiene que ver con que “viejo es sinónimo de enfermo” (Salvarezza,1991, p.34-35) y tal supuesto, profundamente arraigado en nuestro medio social-occidental, impregna todos los dominios del conocimiento, incluido el terapéutico.

Frente a este escenario se hallaría el Psicoanálisis, como método clínico privilegiado para el reconocimiento de la a-temporalidad del inconciente. Mediante la palabra, la puesta en acto de la realidad del inconciente, y la escucha abstinente del analista, el sujeto puede conquistar una mejora en la calidad de *su* vida, sin apelar a la abolición de su singularidad.

Si bien el tratamiento a pacientes ancianos no ha sido privilegio del campo psicoanalítico, desconocer la existencia de autores que sí se interesaron por el tema, que han producido teoría y han abordado los padecimientos psíquicos de esta población desde el Psicoanálisis, sería un despropósito. Incluso, volviendo a tomar en consideración a la obra freudiana, resulta innegable reconocer que el inventor de esta práctica ha hecho explícito muchas veces el gesto de incentivar a sus colegas y discípulos a poder ir más allá de los límites de sus propias formulaciones. (Freud, 1978)

El psicoanálisis de sujetos ancianos constituye una práctica devenida posible gracias al aporte de Karl Abraham, psicoanalista alemán y uno de los primeros discípulos de Sigmund Freud (Abraham, 1959). Cabe destacar que este autor también abrió un camino de exploración a otros psicoanalistas, de los cuales no podemos dejar de considerar a los nuestros, los argentinos.

Este Trabajo Integrador Final intenta exponer cuáles fueron las consideraciones teórico-metodológicas que, desde los debates inaugurales, permitieron orientar la práctica psicoanalítica a sujetos ancianos. Se cree que, si bien es cierto que existen psicoanalistas que sostienen que dicho método es perfectamente aplicable a esta población, este debe comportar ciertas variaciones, especificidades, que serían conveniente recuperar, explorar y transmitir. Se pudo constatar que tales especificidades no se crean a partir de que existe alguna *condición natural* del anciano, que lo imposibilita al trabajo psicoanalítico tradicional, sino que serían necesarias a partir de dilucidar la existencia de determinados imaginarios sociales que reproducen cierto modo marginal de *ser anciano*. Por lo tanto, se entiende que el lazo transferencial, la posición del analista, el valor de la dimensión imaginaria, entre otros aspectos, cobrarían características particulares.

2

Si bien resulta insoslayable la tarea de la exploración de los textos de Freud y de Abraham en torno al tema, este trabajo se enfoca más ampliamente en la revisión bibliográfica de las teorizaciones de psicoanalistas argentinos, tales como las de Eduardo Adduci, Leopoldo Salvarezza, entre otros. Nos interesan particularmente estas producciones por formarse al calor de los debates, crisis y rupturas de un escenario sociohistórico particular.

Dichos trabajos inaugurales abrieron un camino que intentó desvincularse de religiosidades teóricas y técnicas, que no dejaban pensar más allá del clásico debate de qué es y no es Psicoanálisis. Nos referimos puntualmente al ejercicio y transmisión de esta disciplina llevado a cabo en la Asociación Psicoanalítica Argentina, fundamentalmente en la década de 1950.

Fue así como las demandas sociales, en materia de Salud Mental desde la década de 1960, producto de la crisis económica, social, política que vivió la Argentina y el mundo, obligaron a repensar una clínica que no se pretendiera neutral o extraterritorial y que no olvidara su compromiso ético con la población y, en particular, la población anciana (Salvarezza, 2002). Es por esto que se cree que, una de las especificidades de la práctica

psicoanalítica con ancianos, permite crear la posibilidad de hacer lazos con otras disciplinas, por ejemplo, con la Gerontología. Se entiende que este se trataría de un gesto altamente deconstrutor de la pretensión de purezas teóricas y técnicas del Psicoanálisis.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Se pretende desarrollar las particularidades propias de lo que podría llamarse una *clínica psicoanalítica de la vejez*, aunque se prefiere la noción de *práctica* más que de *clínica*.

#### **Objetivos específicos**

Se intenta indagar sobre los obstáculos planteados por Sigmund Freud a la hora de aplicar el método psicoanalítico a personas de edad avanzada.

También resulta necesario aportar a la sistematización de las especificidades teóricas y metodológicas que puedan reconocerse en producciones de psicoanalistas que

reivindicaron el tratamiento de esta población. Principalmente se pretende indagar la producción de psicoanalistas argentinos.

Por último, se trata reflexionar sobre los límites de la práctica psicoanalítica tradicional y las estrategias posibles frente a estos límites.

#### **4. Exposición del material objeto de la revisión**

##### **4.1 La postura freudiana sobre la aplicación del método psicoanalítico a sujetos ancianos**

Si se toman en cuenta algunas producciones freudianas, se podría decir que una de las maneras de definir al Psicoanálisis es entenderlo como un método psicoterapéutico destinado al tratamiento de padecimientos neuróticos. Desde sus inicios, este método se basó fundamentalmente en la indagación de los procesos psíquicos que subyacen a tales padecimientos. (Laplanche y Pontalis, 2007)

Freud consideraba que el Psicoanálisis demostró ser un método eficaz para volver asequible a la conciencia los pensamientos inconcientes del sujeto y hacer más

transparentes los enigmáticos efectos de su vida psíquica, imposibilitando al mismo tiempo el desarrollo de síntomas. También ha afirmado que este proceso de *hacer conciente lo inconciente* no se consuma de manera completa, pues rara vez un tratamiento psicoanalítico se aproxima a este escenario ideal. No obstante, Freud ha manifestado que, aun así, el sujeto puede ser capaz de obtener una importante mejoría en su estado psíquico general, logrando una merma considerable de su malestar neurótico.

Para alcanzar tales beneficios, el inventor de este método expresa cómo se fue alejando de la técnica hipnótica y comenzó a apoyarse en las asociaciones libres de sus pacientes, vehiculizadas por la instalación previa de un marco transferencial. Al leer sus escritos sobre técnica analítica (Freud, 1978), se puede notar cómo ha ido configurando ese clásico escenario en el que, como regla fundamental, se le solicita al sujeto comunicar *todo cuanto se le venga a la mente*, mientras debe permanecer recostado en un diván, con su vista sustraída de la persona del médico, el cual permanece sentado detrás, en silencio la mayor parte del tiempo. En tales condiciones, el sujeto puede lograr no desconcentrar su atención de sus actividades anímicas, mientras las trata de expresar verbalmente.

Es así como Freud vislumbró, a partir de esta regla del analizante de *decirlo todo*, un proceso que pasó a ser un pilar fundamental para la doctrina de la neurosis: la represión; proceso ocasionador de los mismos síntomas neuróticos por el cual el sujeto acudía al médico (Freud, 1992). Estas represiones eran evidentes, según expone Freud, a partir de las resistencias que opone el sujeto en la reproducción de su suceder psíquico, manifestándose muchas veces en silencios y en la detención de las asociaciones.

Por el lado del médico, la aplicación del método psicoanalítico requiere que este también pueda respetar una regla fundamental, análoga a la del sujeto: debe poder recibir sus comunicaciones en una valoración general, parejamente flotante, a fin de discernir los elementos inconcientes en juego. (Freud, 1991)

Al mismo tiempo, Freud ha logrado transmitir que la aplicación de su método psicoanalítico no es irrestricto. Posee una serie de indicaciones y contraindicaciones, por un lado, en relación a las personas a las que se pretende tratar y, por el otro, en relación al cuadro patológico en cuestión. (Freud, 1978)

Con respecto a las personas a quienes el método psicoanalítico puede ser aplicado, Freud ha enumerado una serie de requisitos:

En primer lugar, tiene que ser capaz de un estado psíquico normal; en épocas de confusión o de depresión melancólica, no se consigue nada ni siquiera en el caso de una histeria. Además, corresponde exigirle cierto grado de inteligencia natural y de desarrollo ético; en personas carentes de todo valor, el médico pronto pierde el interés que le permite profundizar en la vida anímica del enfermo. Las malformaciones acusadas del carácter, los rasgos de una constitución realmente degenerativa, se exteriorizan en la cura como fuentes de resistencias que es muy difícil vencer. (...) *También se crean condiciones desfavorables para el psicoanálisis si la edad*

5

*del paciente ronda el quinto decenio, pues en tal caso ya no es posible dominar la masa del material psíquico, el tiempo requerido para la curación se torna demasiado largo, y la capacidad de deshacer procesos psíquicos empieza a desfallecer".* (Freud, 1978, p. 241. El destacado nos pertenece)

Con esta última restricción esbozada en *El método psicoanalítico de Freud* (1978a) del año 1903, Freud toma una clara posición con respecto a la aplicabilidad del método psicoanalítico a sujetos ancianos. Restricción que podemos encontrar también en

exposiciones anteriores, por ejemplo, en *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1991), de 1898:

La terapia psicoanalítica no es por el momento de aplicación universal; tengo noticias de las siguientes limitaciones: (...) No sirve para personas demasiado ancianas, pues les demandaría un tiempo excesivo en proporción al material acumulado, de suerte que la terminación de la cura caería en un periodo de la vida en que la salud nerviosa ya deja de tener valor. (Freud, 1991, p.274)

También en *Sobre psicoterapia* (1978b), del año 1904:

La edad de los enfermos cumple un papel en su selección para el tratamiento psicoanalítico: por una parte, en la medida en que las personas que se acercan a la cincuentena o la sobrepasan suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos de la que depende la terapia —los ancianos ya no son educables— y, por otra parte, porque el material que debería reelaborarse {durcharbeiten} prolongaría indefinidamente el tratamiento. (Freud, 1978, p.253)

Entonces, la idea de la existencia de cierta rigidez psíquica en el anciano, que lo imposibilita a la tarea de deshacer procesos psíquicos patológicos, parece constituir el motivo central por el que Freud se mostró reticente a aplicar el método psicoanalítico a esta población. Para los fines de este trabajo, se propone como primera medida interrogar este supuesto ampliamente divulgado.

Se puede evidenciar que este supuesto estaría en una línea similar a los planteos de otros autores, en la medida en que estos ponen en juego también cierta premisa, socioculturalmente construida, de que existen *condiciones naturales deficitarias*, intrínsecas a esta población, que los imposibilitaría a ciertos ensayos terapéuticos.

Por ejemplo, Borestein (2002), ha tomado en cuenta una polémica teoría ampliamente divulgada, la teoría de Cumming y Henry, desarrollada en la década de 1960 en Estados Unidos. Este psicoanalista argentino ha tratado de dar cuenta de las raíces de los prejuicios existentes en la práctica psicoanalítica con respecto a la población anciana. Expresa que esta teoría psicosocial se creó con el propósito de explicar una supuesta tendencia al retraimiento en la vejez. Se trata de la Teoría del Desapego o de la Pasividad, la cual sostiene que, a medida que un sujeto envejece, se produce un desinterés vital de todo aquello que lo rodea, incluida la interacción social y las actividades que solía realizar. Este fenómeno halla su fundamento en el supuesto de una progresiva extinción de la libido, como un hecho universal e inexorable en el hombre. Se entiende que tal condición universal del anciano haría imposible, en el campo psicoanalítico, el establecimiento del lazo transferencial necesario para la consecución del tratamiento.

Borestein ha expresado que esta teoría ha sido ampliamente divulgada y se la ha citado en una gran cantidad de trabajos científicos, principalmente en el campo de la Psicología Social. Algunas teorizaciones se mostraron a favor de este supuesto, otros enérgicamente en contra, como es el caso que considera Salvarezza (1991), el trabajo de Maddox del año 1973, conocido contrariamente como la Teoría de la Actividad. Este autor sostiene fundamentalmente que, para alcanzar una vida óptima, los ancianos deben permanecer

activos y participativos todo el tiempo que sea posible, que las actividades sociales que realizaban en su juventud deben ser reemplazadas por otras nuevas. Se entiende así que toda actividad social es beneficiosa en sí misma, necesaria y, según Oddone (2013) se

encuentra en las bases de todo envejecimiento activo.

Si bien no se podría negar que estos supuestos han sido ampliamente problematizados y re trabajados hasta nuestros días, con ellas se pretende dar cuenta de cómo estos saberes, lejos que conformar un universo *autónomo* y *neutral*, han impregnado incluso el dominio de la psicoterapéutica y las intervenciones en salud dirigidas a sujetos ancianos. Se puede evidenciar cómo esta clase de supuestos configuraron, hasta el día de hoy, un modo de abordaje de los padecimientos de los ancianos estrechamente ligado a un discurso médico

hegemónico. Discurso del que el propio Freud no se ha desentendido en el curso de su formación y se manifiesta, en este caso, en sus consideraciones hacia la población anciana. Se entiende que se trata de un dominio donde se privilegian casi exclusivamente las acciones asistenciales, el cuidado paliativo, las medidas psicofarmacológicas, acompañadas de diagnósticos prematuros, en donde la escucha de la palabra del sujeto es casi inexistente.

No se intenta sostener la idea de que no se deban garantizar los derechos a la salud de los ancianos y que no se deban ejercer las acciones pertinentes para que, como todos, podamos llevar una vida digna. Se intenta problematizar los *discursos amo*, aquellos que sostienen que *viejo* es sinónimo de *enfermo*, que expresan que esta población posee un psiquismo rígido, que son personas pasivas, sin intereses ni deseos.

También se intenta problematizar aquellos saberes que definen las condiciones en que debe ser vivida la vida. Se entiende que, en el curso de un tratamiento psicoanalítico, el analista no brinda al sujeto los respectivos cuidados, prescripciones médicas y consejos en el marco de una definición de salud (Freud, 1991). En este sentido, Freud también pudo vislumbrar aspectos que configuraron un dominio diferente al del discurso médico de su época. El analista no *sabe* cómo se debe curar a alguien, no persigue *el bien* del sujeto, no le enseña cuáles son las acciones correctas que debe realizar para alcanzar una vida plena y saludable, pues entendemos que el psicoanálisis no contribuye a la puesta en juego de tales definiciones.

En definitiva, se intenta problematizar aquellos discursos que apuntan a cercenar las singularidades de cada sujeto, reconociendo que los saberes constituyen definiciones de la realidad y que están atravesados por los factores sociales, históricos, ideológicos de cada época y que es conveniente que reconozcamos y problematicemos.

Si se toma nuevamente en consideración a la Teoría del Desapego, Salvarezza (1991) remarca que esta concepción sobre el retraimiento libidinal inevitable del anciano, lejos de constituir una idea inocente, cumple una función social importante: no interferir en el desarrollo económico que debe ser llevado adelante por las generaciones más jóvenes. Así mismo, sostiene que las teorías que se pronuncian en contra, en definitiva “proviene del mismo medio sociocultural en que esta teoría fue acuñada, Estados Unidos, y en consecuencia, no han podido desprenderse de las ataduras ideológicas de una sociedad individualista y fuertemente competitiva” (Salvarezza 1991, p.20). Así, se entiende que no existe neutralidad en las definiciones de nuestra realidad social, ni en las producciones de subjetividad de cada época de la vida.

Por otro lado, si bien Freud ha tomado una postura contundente respecto al tratamiento psicoanalítico de ancianos, influenciado por los conocimientos y abordajes del ser humano de su época, cabe recordar las oportunidades en que ha tratado de influir a sus lectores y colegas a tomar partido en los límites de sus propias formulaciones, y las del campo científico en general (Freud, 1978). Es por ello que se cree necesario, a los fines del próximo capítulo, tomar conocimiento de las producciones teóricas de analistas que abrieron la posibilidad de orientar la práctica psicoanalítica a ancianos, para arribar luego a la

indagación de las particularidades de dicha práctica. Se tomarán en cuenta principalmente los aportes del médico y psicoanalista argentino Eduardo Adduci.

7

## 4.2 Primeras aproximaciones a la práctica psicoanalítica con ancianos

En su libro, *Psicoanálisis de la vejez*, Eduardo Adduci aborda distintos aspectos de la práctica psicoanalítica con ancianos (Adduci, 1987). Tales aspectos resultarán interesantes recuperar e indagar, en este capítulo y en el siguiente, por la riqueza teórica y metodológica que poseen.

Su interés por esta franja etárea se remonta a los años 60, siendo capital en su formación el trabajo junto al psiquiatra y psicoanalista Leopoldo Salvarezza, figura reconocida en la producción teórica de la vejez en nuestro país. Ambos destacaron las influencias del Dr. Mario Strejilevich, Jefe del Servicio de Gerontopsiquiatría del Hospital Braulio Moyano de Buenos Aires (Aguinaga y Tellez, 2019). Adduci también se identificó a las ideas del psicoanalista Edgardo Rolla, otra figura importante en la producción teórica y práctica en torno a la vejez en nuestro país por aquellos años (Adduci, 1987). Este último referente fue un importante discípulo de Pichón Riviere y ha trabajado con ancianos a partir de la conformación de grupos operativos. Además, tanto Adduci como Rolla fueron miembros de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). (Aguinaga y Tellez, 2019)

En la necesidad de poder trazar los primeros debates inaugurales en torno al tratamiento psicoanalítico de ancianos, Adduci menciona en su libro al discípulo y colaborador de Freud, Karl Abraham, como primer referente.

Este psicoanalista alemán escribe en el año 1919 acerca de la aplicabilidad del método psicoanalítico a estos pacientes. Su escrito se centra de modo bien manifiesto en la corrección de la hipótesis freudiana, aquella que postula que el psicoanálisis pierde su eficacia si el paciente en tratamiento es de edad muy avanzada (Abraham, 1919). Esta apuesta surge a partir de su experiencia clínica con pacientes que rondaban los 50 años de edad, que demandaban por sí mismos este tipo de tratamiento, refiriendo no haber obtenido mejoras con la terapéutica de la medicina tradicional.

Si bien Abraham señala que no se privó de ciertas vacilaciones al tomar en tratamiento psicoanalítico a tal población, concluye con que no sería conveniente negar a priori la posibilidad de tratamiento de sus padecimientos neuróticos, ya que, por ejemplo, se pudo demostrar que ciertas enfermedades mentales que la medicina psiquiátrica consideraba incurables, resultaron abordables por el método psicoanalítico. También considera que, en todo caso, la edad de la neurosis es más importante que la edad del propio paciente a tratar.

Abraham entiende que sería un problema pertinente al psicoanálisis mismo investigar la posibilidad y condiciones de aplicabilidad del método psicoanalítico a pacientes ancianos. Además, señala que, si no obtenía la cura de estos pacientes, por lo menos “podía proporcionarles la comprensión de sus problemas desde una óptica diferente y más profunda a como lo hacía un médico no practicante del psicoanálisis”. (Abraham, 1919, p.239)

Se considera que centrar el tratamiento desde una óptica diferente a la del dispositivo médico implicaría, en este caso, privilegiar la función de la palabra, el *decir* del sujeto en esa escena inédita que Freud llamó transferencia. Se cree necesario destacar que el Psicoanálisis apuesta a que la producción de verdad esté del lado del sujeto, en el entramado de su singularidad; y se podría pensar que, en el tema que abordamos, este método crea la posibilidad de que el sujeto anciano abandone ese lugar del silencio, propiciado por los discursos y dispositivos que lo asumen como cuerpo desubjetivado, sin

historia ni deseo.

Retomando al autor argentino, Adduci señala que su propio trabajo con ancianos en nuestro país se remonta a mediados de la década de 1960 (Adduci, 1987). Refiere que fueron sus colegas quienes lo incitaron a atender algunas personas que se encontraban próximas a cumplir 50 años de edad. Aparte de los ya mencionados al comienzo de este capítulo, Adduci destaca también la figura del Dr. Jaime Szpilka, y la importante experiencia que fue para su formación el formar parte del Equipo de Psicogeriatría en el Centro de Salud Mental N°1 de la

8

Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, equipo conformado junto a Leopoldo Salvarezza a comienzos de los años 1970.

Con el fin de poder demarcar la población atendida por estos psicoanalistas, Adduci pone de manifiesto en su libro una distinción que claramente porta, como en el caso de Freud, los matices de una herencia médica en su formación. Se refiere a la distinción de los padecimientos subjetivos de los ancianos en dos categorías: “síndromes mentales orgánicos, por alteraciones degenerativas o *trastornos funcionales sin síntomas psico-orgánicos o con estos síntomas de carácter muy leve o secundario*”. (Adduci, 1987, p.60. El destacado nos pertenece)

Para este autor, sólo estos últimos casos son tratables por el método psicoanalítico, donde se destacan estados confusionales agudos, depresiones tardías, manías tardías, las psiconeurosis, alteraciones afectivas o ansiedad. Los síndromes o estados que responden a procesos orgánicos irreversibles, y que empeoran progresivamente no son posibles de tratar psicoanalíticamente. En definitiva, Adduci señala que el paciente capaz de someterse al ensayo terapéutico psicoanalítico será aquel que, a pesar de sufrir graves perturbaciones psiconeuróticas, pueda dialogar y narrar libremente, aquel que pueda respetar la regla de la asociación libre, el encuadre, horarios, honorarios, etc.

Además de estos modos de nombrar a los padecimientos de los ancianos, que están sujetos a la visión médica de la época, resulta interesante constatar en su escrito que, una vez que fue convocado a atender a pacientes de esta edad, Adduci se vio obligado a interiorizarse en las características de esta población: “¿qué es un viejo? es la pregunta que nos hacemos permanentemente los que trabajamos con pacientes de edad avanzada” (Adduci, 1987, p.27). Señala que empezó a interiorizarse en los cambios psicológicos que se producen en el ser humano en esta época de la vida, y creyó necesario profundizar en las presiones socioculturales que se asocian a estos cambios, lo cual produce, según entiende, comportamientos singulares y las problemáticas propias del envejecer. Para Adduci, el conocimiento y la comprensión de estos aspectos era exigible a todo psicoanalista que se proponga atender a esta población.

Se entiende que los conocimientos que podamos adquirir en torno a la problemática del envejecer, del ser viejo, han de poder permitirnos abrir a un campo de crítica y deconstrucción de ciertos saberes previos, en vez de que funcionen en nosotros como latentes, tamizando nuestras lecturas y nuestras intervenciones. Estos constructos teóricos podrían contribuir, si no los problematizamos, a *taparnos los oídos*, por más que le propongamos al sujeto que *hable*. Posición que estaría replicando aquellos abordajes que el Psicoanálisis justamente se interesó en combatir.

Adduci también señala, de modo honesto, las dificultades con las que se encontró en su trabajo con esta población. Refiere, principalmente, ciertas preocupaciones en torno al decir del sujeto anciano, las transferencias y contratransferencias. Destaca cómo, a medida

que sus experiencias con esta población iban en aumento, comenzó a ser necesario indagar, dilucidar tales preocupaciones y ansiedades propias. El aspecto contratransferencial que destaca Adduci nos hace pensar en que aquello no analizado del analista podría estar directamente relacionado con prejuicios socioculturalmente adquiridos en torno a la vejez. Prejuicios de los que resulta difícil estar a salvo, puesto que entendemos que no hay sujeto que mire por fuera a la sociedad que lo ha creado, y el psicoanalista no tendría un alma depurada de tales influencias.

Así, aceptar la apuesta de tratar psicoanalíticamente a esta población no nos exoneraría del trabajo constante de deconstruir permanentemente prejuicios y creencias profundamente arraigadas en nuestra sociedad y particularmente en el campo psicoanalítico. Campo en donde, según Biaconti (2004) varios psicoanalistas siguen sosteniendo ideas generalizadas que carecen de fundamento teórico, por ejemplo, de que el anciano no puede asociar libremente, o que no puede acostarse en el diván, por lo tanto no puede respetar el

9

encuadre tradicional, etc. Cuestiones que, para esta psicóloga, profesora en la cátedra de Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, probablemente se derivan del prejuicio que Salvarezza denominó *viejismo*. Se trata de un prejuicio que asocia a la vejez con enfermedad, aislamiento, rigidez y otras adjetivaciones que marginan al anciano y se instala como creencia, muchas veces inconsciente. Tal como expresa la autora, será el hecho de hacerlo conciente, mediante la reflexión crítica, que este prejuicio pueda erradicarse.

Incluso la categoría de edad podría ser uno de los constructos culturales más arraigados que convendría problematizar, categoría por la que podemos aseverar que después de los 60-65 años de edad alguien es viejo/a. ¿Por qué nos podría resultar llamativo que tanto Freud como Abraham, incluso el propio Adduci, en sus primeros acercamientos a la vejez, consideren a alguien de 50 años como un anciano? Se entiende que la edad, y particularmente la ancianidad, está vinculada a una construcción social y cultural que varía a lo largo del tiempo y en cada espacio social (Balbuena et al. 2019). Uno de los criterios más extendidos en nuestra sociedad occidental, que definen y delimitan la etapa de la ancianidad, tiene que ver con una edad cronológica establecida -principalmente por el Estado, en función de determinada esperanza de vida de la población. Otro criterio que se utiliza generalmente para delimitar la ancianidad tienen que ver con parámetros construidos a partir de las características en torno al deterioro físico o psíquico de la persona, aspecto que hace al concepto de edad biológica. (Agueda Moreno, 2020) No podemos dejar de mencionar también, como factor importante que delimita la etapa de la ancianidad, a la edad en que las personas se retiran del mundo laboral, mundo que define a las personas entre trabajadores activos y trabajadores pasivos.

Entonces, para concluir este capítulo, resultaría interesante promover abordajes que procuren desnormalizar las categorías de vejez y envejecimiento de nuestras intervenciones. Se entiende que, de este modo, es posible acceder a las vejeces realmente existentes, a las formas en que cada sujeto vive la edad, se autodefine y se identifica o no con las imágenes de vejez socialmente circulantes. En definitiva, no podríamos acceder al conocimiento de lo que implica para cada quien la vejez sin la escucha de ese sujeto en su singularidad y una actitud de sospecha hacia los saberes socioculturalmente heredados.

Estas ideas esbozadas anteriormente contribuyen a pensar que el Psicoanálisis puede ser dirigido sin inconvenientes a sujetos ancianos, tal como es desarrollado en jóvenes y adultos. Biaconti (2004) destaca que el anciano también produce formaciones del inconsciente: sueña, produce lapsus, actos fallidos y el analista debe estar presto a

interpretarlas. Sin embargo, el presente trabajo tiene como hipótesis la idea de que existen ciertas especificidades de la práctica psicoanalítica con esta población. Se entiende que estas no partirían de la existencia de alguna *condición natural* que imposibilitaría al anciano al trabajo psicoanalítico tradicional, sino que tales especificidades se construirían a medida que se va respondiendo, explícita e implícitamente, a la pregunta de qué es un anciano. Construcción, como se expresó anteriormente, estrictamente ligada a los determinantes sociohistóricos de cada época.

Es por eso que en el apartado siguiente se tratará de recuperar e indagar estas especificidades, particularidades, aquellos aspectos que contribuirían a formalizar cierta *clínica del adulto mayor*. A fin de intentar sistematizarlas, se seguirá teniendo en cuenta los aportes de Eduardo Adduci y se explorarán también las propuestas clínicas de otros psicoanalistas.

10

#### **4.3 Especificidades en la práctica psicoanalítica con pacientes ancianos**

A lo largo de su formación psicoanalítica, y particularmente en la intención de practicar el psicoanálisis con pacientes de edad avanzada, Adduci señala que se esforzó por mantenerse fiel a los aspectos nodales de la práctica psicoanalítica. Aspectos como los de la transferencia, la contratransferencia, la asociación libre y la atención flotante por parte del analista constituyeron su marco de intervención, haciendo caso omiso a toda práctica que no se encuadre dentro la teoría y técnica freudiana. (Adduci, 1987)

No obstante, a medida que su experiencia con esta población iba en aumento, Adduci señala en su libro la necesidad de reelaborar algunas ideas sobre la teoría y la técnica al trabajar con esta población; reelaboraciones realizadas también a partir de las influencias de sus maestros y colegas amigos. Es por ello que podemos pensar que esta práctica ha de tener sus particularidades, que conviene recuperar e indagar.

A continuación, se exponen los principales aportes que contribuyen a la formación de esta práctica con sujetos ancianos.

##### **La entrevista**

El primer aspecto que convendría abordar sería la iniciación del sujeto anciano en el tratamiento, es decir, el primer contacto con el psicoanalista. Adduci se refiere a la entrevista, un instrumento fundamental para el conocimiento de un posible futuro paciente (Adduci, 1987). Destaca las diferencias entre las entrevistas abiertas, las entrevistas cerradas (cuestionarios) y la anamnesis. Según este psicoanalista, todas ellas pueden ser puestas en práctica en el momento adecuado, solo se debe tener en cuenta que la recopilación de información no debe hacerse *en bloque* y en una sola sesión, como si el analista ocupara cierto rol *policia*l.

Para Adduci, las entrevistas con sujetos ancianos plantean cierta especificidad: nos permite investigar minuciosamente su historia familiar, el pasado somático y psíquico del paciente y de la familia. Para este autor constituyen aspectos fundamentales que no debemos dejar de indagar. Le parece necesario proponerle al sujeto que, al hablar de sus

padecimientos o conflictos, lo haga de manera natural, espontánea, olvidando los tecnicismos que pudo haber acumulado por las opiniones de médicos que lo trataron anteriormente: “le invitamos a formular sus propias teorías, aun cuando estas puedan ser delirantes, ingenuas o absurdas”. (Adduci, 1987, p.68)

Otros aspectos importantes para Adduci a la hora de recopilar información del sujeto anciano son: inicio y causas de dolencias crónicas -tiene presente que, tal como lo sugería Abraham, la edad de la neurosis del paciente es más importante que su edad cronológica-, la existencia de enfermedades orgánicas, operaciones, el conocimiento detallado de la estructura familiar, teniendo presente fechas y sucesos importantes -incluso menciona la importancia de construir junto al paciente su árbol genealógico. Estos tipos de temas dan a conocer los armados fantasmáticos del sujeto, sus rasgos identificatorios, su novela familiar, aspectos interesantes con los que se puede trabajar en el proceso psicoanalítico.

Según Chapot, Guido, López y Macotinsky, (1997) la medicación, sus efectos, la comunicación frecuente con psiquiatras y otros médicos que atienden al sujeto anciano son variables importantes a considerar también. Principalmente la importancia de realizar un diagnóstico diferencial, ya que sin este aspecto se puede considerar en el anciano un proceso patógeno irreversible, negándole de entrada la posibilidad del tratamiento psicoanalítico.

Existen ocasiones en las que el anciano es llevado a consulta por allegados o familiares. Este grupo de psicoanalistas argentinas anteriormente citado destacan las situaciones en las que la familia ubica al anciano en un lugar de fragilidad, de ocultamiento de su estado de salud o de situaciones que podrían provocar malestar. Lugar que hace que el sujeto llegue al punto de no reconocer sus propias necesidades, deseos, intereses. Es frente

11

a estas situaciones que tales psicoanalistas consideran que las intervenciones del analista tenderán a propiciar en el sujeto la distinción de los deseos propios de los ajenos, diferenciar limitaciones actuales de las pasadas y por supuesto, poner al sujeto en conocimiento de las condiciones del tratamiento a emprender.

### **La presencia del analista**

Especificidades en la práctica analítica con sujetos ancianos pueden encontrarse también en las producciones inaugurales de Karl Abraham. Este psicoanalista advierte que, en algunos casos, el tratamiento psicoanalítico con ancianos no es conducido del mismo modo que con los pacientes más jóvenes (Abraham, 1919). Supone que, mientras estos últimos pueden elegir en cada momento del tratamiento el punto de partida de sus asociaciones libre, ciertos pacientes de edad avanzada necesitan para ello una estimulación por parte del analista.

Tal estímulo nos hace pensar en la necesidad de una participación más *activa* de este, a diferencia de la clásica postura de abstinencia que toma en el tratamiento de adultos más jóvenes. Esta idea se basaría en el supuesto de que el analista debe poder estar advertido de que la ausencia de palabras, por ejemplo, remite a vacío, a sentimientos de indefensión, etc. Acaso serían aspectos ya tramados en la vida anímica del sujeto anciano. Por lo tanto, en estos casos se necesita de su intervención con preguntas, señalamientos, gestos, para actuar contra las inhibiciones y retracciones del yo de sus pacientes, a modo de un apuntalamiento. (Chapot, Guido, López y Macotinsky, 1997)

No obstante, sería conveniente tener presente que el analista no debería propiciar,

con este rol más activo, la dependencia del sujeto, negando la emergencia de su capacidad reflexiva y autónoma. Como ya se ha sostenido en el apartado anterior, los señalamientos del analista no deberían constituirse en mandatos, o en cierto *saber hacer* ante la vida.

Otra especificidad en la práctica psicoanalítica con sujetos ancianos estaría representada por la necesidad de llevar adelante las sesiones cara a cara. Se trataría de una reconfiguración del espacio analítico, recuperando y, de alguna manera, ponderando la dimensión imaginaria de la experiencia analítica. Esta es una variante técnica que encontramos en la obra de Adduci: "La entrevista puede tomarse cara a cara, o acostando al paciente en el diván, depende. Yo prefiero hacerla cara a cara (...). A veces el paciente necesita apoyarse en la imagen del analista". (Adduci, 1987, p. 70). También la vemos reflejada en las producciones teóricas de su colega amigo, el psicoanalista Leopoldo Salvarezza, cuando retoma los aportes de un analista norteamericano:

Debe usarse la posición frente a frente para que el paciente pueda ver la "reacción" del terapeuta como un contacto emocional positivo (...). Esto permite al paciente internarse en sus conflictos y dificultades con menos ansiedad y con el sentimiento de ser comprendido y no condenado por hablar de cosas inapropiadas. (Salvarezza, 2002, p. 232)

Pero también es una idea que puede volver a encontrarse en producciones de analistas más actuales, como el caso de la ya citada Claudia Biacontti:

Es importante destacar que los viejos muchas veces necesitan "más presencia del analista", pues la atención prestada por el terapeuta, las preguntas, el interés demostrado, hasta a veces la mirada dirigida a ellos, producen constantemente efectos de subjetivación en los pacientes, los que los alejaría del lugar de objetualización en que la sociedad los coloca. (Biacontti, 2004, p. 8)

Brindar sostén a partir de la imagen especular del analista es un acto que encontramos en el fundamento de los procesos identificatorios, en la constitución del yo. Dicho proceso, si

12

bien el Psicoanálisis lo ha centrado principalmente en los primeros años de vida del sujeto, no concluye en ningún momento y, tal como lo señala Adduci, la senescencia constituye la última fase en la lucha por la constitución de la identidad del ser humano. Fase que, según estos autores que indagamos, suele verse escamoteada por la visión sociocultural que tenemos de los ancianos. Incluso, no podríamos dejar de mencionar que esta visión sociocultural también incide en la práctica por la mirada que el propio analizante tiene de la vejez. Fernández Ferman (2004) hace referencia a que, en su práctica con pacientes mayores, es mayor el número de quienes consultan por los temores a los efectos de la vejez (pérdida de lugares sociales, renuncia a determinados ideales, perturbaciones en las funciones sexuales, etc.) que las situaciones de pacientes efectivamente deteriorados e impotentes.

En el trabajo analítico, se intentará entonces descubrir el sentido que cada una de las pérdidas, duelos, frustraciones tiene para el sujeto, preservando al yo frente al cercenamiento de sus objetos (Chapot, Guido, López y Macotinsky, 1997). Así es como en esta especificidad de la práctica con esta población, el uso clásico del diván puede verse desplazado en algunos casos, ya que se lo ha vinculado justamente a la necesidad de acotar la experiencia imaginaria del análisis de sujetos neuróticos, privilegiando exclusivamente la dimensión simbólica y la real. (Eidelsztejn, 2008)

## Transferencia y Contratransferencia

Adduci también señala que tanto la transferencia como la contratransferencia plantean particularidades en el tratamiento a pacientes ancianos. Destaca que uno de los aspectos que aparecen en la transferencia de modo constante es la preocupación del anciano por sus vivencias pasadas. Adduci destaca el valor de las reminiscencias, ese acto de pensamiento sobre las vivencias significativas del pasado, que son relatadas minuciosamente (Adduci 1987). El sujeto reproduce nombres, lugares, vivencias, como si fueran contemporáneas y asequibles al propio analista. La interpretación tiene así la particularidad de acentuar las semblanzas de estos relatos, puntualiza los enunciados fundacionales del sujeto (Bodni, 1997).

Resulta interesante la lectura del Adduci al indicar que tal aspecto es muchas veces considerado como un signo de deterioro mental en el anciano. También así lo señala Fernández Ferman (2007), en ocasiones se lo confunde como cierto incremento del narcisismo del anciano, en un sentido patológico.

Alejándose de esta perspectiva, Adduci considera a las reminiscencias del sujeto anciano como un mecanismo compensatorio, que le permite un mayor control y adaptación a su medio - el autor utiliza el término *control* como sinónimo del concepto freudiano de *defensa*. Se trataría de un mecanismo compensatorio que es leído en la misma clave que la necesidad del sostenimiento del encuentro cara a cara con el paciente: "la reminiscencia está relacionada con el éxito con que este grupo enfrentaba el problema de la vejez y de su envejecimiento. La senescencia es una fase de la vida en que hacen crisis ciertos procesos de cambios específicos del yo del sujeto en relación con los objetos". (Adduci, 1987, p. 131)

Entonces, según el planteo de estos autores, la sesión psicoanalítica tiene que poder brindar metodológicamente el marco adecuado para que paciente anciano, en diálogo con el analista y haciendo uso de sus propias reminiscencias, pueda ir reconstruyendo, reelaborando las marcas que lo constituyen como cuerpo subjetivado. Aspecto que, como ya se mencionó, resultan muchas veces olvidados por los abordajes terapéuticos tradicionales.

Por su parte, Fernández Ferman (2004), también entiende que la posibilidad de la rememoración en el proceso analítico permite al analizando el reencuentro con aspectos valorados de sí mismo, así como la posibilidad de reparación y trabajo de duelo por aquello que en su vida se frustró.

13

Lo interesante es que este autor entiende que el análisis constituye un trabajo de *perelaboración* del analizado, junto a las elaboraciones y construcciones que hace el analista a partir de sus asociaciones. Apela a la idea de que el análisis no debe apoyarse en un modelo arqueológico donde sólo se escarba en la historia del sujeto, tratando de sacar a la luz viejos recuerdos olvidados, sino de la posibilidad de que algo de la verdad del inconciente aparezca, se produzca un nuevo sentido, donde las categorías de pasado presente y futuro se entrecruzan. Idea que se solidariza con la concepción atemporal del inconciente.

Como anteriormente se mencionó, las contratransferencias del analista también constituyen un aspecto que no podríamos dejar de considerar. Nos referimos a la posición que toma el analista, su disponibilidad para con el sujeto anciano.

Tanto para Salvarezza como para Adduci y otros analistas argentinos de la década de 1960, el análisis constante y permanente de la contratransferencia es de carácter

irrenunciable, pues constituye en muchos casos la clave del éxito del tratamiento. En este caso, nos encontramos con la particularidad de que el analista estaría presto a una constante remoción de sus propios temores al envejecimiento, de invalidez, de muerte, es decir experiencias de castración. Estos aspectos pueden generar agresión, rechazo o, de forma reactiva, una excesiva postura de bondad y complacencia hacia el anciano, aspectos que, tanto uno como otro, llevan a resultados negativos para el tratamiento (Adduci, 2007)

Salvarezza, por su parte, entiende que es preciso que el analista tenga aceptado, aunque sea en parte, su propio proceso de envejecimiento como algo activo e inevitable, inherente a la vida misma, “para que el enfrentamiento constante con la vejez no lo lleve a adoptar una conducta contrafóbica de reafirmación narcisista de algunos aspectos de su personalidad” (Salvarezza, 2002, p. 266)

### **Las formaciones complementarias del analista**

De acuerdo con Didieu- Anglade, Salvarezza entiende además que el analista debe estar formado en el conocimiento de las condiciones biopsicosociales de la vejez, lo cual nos introduce en otra especificidad de esta práctica. La ausencia de estas reflexiones nos ayudaría a entender, según el autor, el poco interés de los psicoanalistas por esta población y/o el fracaso de los tratamientos emprendidos por analistas poco entrenados. Como se mencionó en el apartado anterior, el conocimiento y la comprensión por parte del analista de las características propias del envejecer y el ser viejo en nuestra sociedad también es un aspecto importante para Adduci. (1987)

El contacto con otros colegas también constituye una pieza fundamental en el trabajo con ancianos (Macotinsky, 1999). Se trataría de lo que actualmente conocemos como supervisión. La transmisión a otros profesionales del acontecer de la sesión con el sujeto anciano le permitiría al analista evitar caer en falsos supuestos de conocimiento y en cegueras narcisistas. Además, para esta autora el trabajo compartido intensifica la tarea psicoterapéutica y favorece en alto grado la formación del analista en esta especificidad. La multiplicación de la escucha también previene el riesgo de que el analista quede atrapado en la fascinación que provocan los relatos, las reminiscencias del anciano. Para Macotinsky, es importante prevenir el riesgo de que las sesiones se transformen en “un interesante anecdótico, cortina de humo para la escucha psicoanalítica”. (Macotinsky, 1999, p. 25)

### **Grupos terapéuticos psicoanalíticos**

Siguiendo con la indagación de las especificidades en la práctica con esta población, encontramos también, en las producciones de los analistas argentinos, una modalidad técnica novedosa: el tratamiento grupal. Resulta importante tener presente que el tratamiento psicoanalítico a ancianos no sólo se ha llevado adelante en consultorios privados o en

14

domicilios particulares de los propios pacientes, también ha sido posible su abordaje en diversas instituciones públicas de salud. (Salvarezza, 2002)

Con respecto al tratamiento grupal de esta población, tomamos en consideración a los aportes de Edgardo Rolla, que, según Leopoldo Salvarezza, es uno de los primeros analistas en trabajar con Grupos de *gente de edad* -expresión del propio Rolla- en la Argentina, o por lo menos el primero en publicar sus experiencias. Este analista entiende que la mejor manera de resolver las problemáticas propias de esta población es abordarlas

mediante Grupos Operativos. Se entiende que este tipo de tratamiento está enfocado más en las problemáticas propias de lo que implica envejecer y ser viejo en nuestro medio social, que, en la exploración de las profundidades de los conflictos anímicos de cada analizante, lo cual provoca grandes montos de ansiedad que es conveniente evitar.

Rolla entiende que el grupo de gente de edad debería ser considerada por todo terapeuta que ejercita la labor grupal, como la técnica profiláctica más eficaz para evitar ansiedades, depresiones y otras perturbaciones en el proceso de envejecimiento.

Estos agrupamientos estaban conformados por "individuos con neurosis corrientes, que habiéndose adaptado con sus defensas y habiendo logrado convivir evolutivamente en el mundo, al llegar a esta etapa de la vida se encuentran sorpresivamente con una desadaptación" (Rolla, 1962, p.132). Este autor ha aceptado la objeción de que esta modalidad de abordaje no es estrictamente psicoanalítica, no obstante, entiende que las ortodoxias deben aprender a tolerar variantes, como ocurre en el tratamiento de pacientes psicóticos, por ejemplo.

Gracias a este aporte, Salvarezza, Adduci y Antenzon pudieron llevar adelante, en 1970, el trabajo del Equipo de Psicogeriatría y Psicoprofilaxis de la vejez que funcionó en el Centro de Salud Mental N°1 de Capital Federal (Salvarezza, 2002). Dichos analistas decidieron conjugar sus propios conocimientos psicoanalíticos con esta variante técnica, ya que consideran que constituye la mejor opción para llevar adelante el trabajo en instituciones, y una variante eficaz para manejar las ansiedades de los propios terapeutas.

Así se conformaron Grupos Terapéuticos Psicoanalíticos, demostrando ser beneficiosos para el tratamiento de inhibiciones y conflictos neuróticos de los ancianos. Adduci (1987) entiende que los mayores beneficios conquistados con esta técnica se refieren a la supresión de las inhibiciones en la conducta, en la creatividad y en el pensamiento de los sujetos ancianos.

Siguiendo con las ideas de Adduci, es de destacar que en estos grupos se da lugar a las asociaciones libres de los pacientes, la atención flotante, transferencias, contratransferencias, interpretaciones y reconstrucciones históricas en el marco de una co terapia. A medida que se arriba a los contenidos inconcientes de un integrante del Grupo, se va constituyendo al mismo tiempo una historia grupal. En ciertas ocasiones se trata al Grupo como una totalidad, como una unidad dinámica, haciendo del fenómeno grupal un campo de investigación y de posibles operaciones terapéuticas. De allí surgen situaciones de identificaciones graduales que permiten tolerar ansiedades individuales.

Era condición que el analizante pueda traer al Grupo sus inquietudes, dudas, conflictos, sueños, fantasías, etc. Se requiere de la misma condición que en la psicoterapia individual: diga todo lo que se le ocurra. Estos Grupos Terapéuticos eran mixtos, entre 7 u 8 personas, y se reunían una vez por semana durante una hora y media. Estaban dirigidos por dos psicoanalistas, uno mayor y otro más joven. De esta manera se lograba una mejor distribución de fenómenos transferenciales.

Aquellos sujetos que reciben la propuesta, por parte del psicoanalista, de conformar un Grupo Terapéutico Psicoanalítico presentan, para Adduci, ciertas particularidades: poseen grandes dificultades en la comunicación, lo cual los imposibilita a las asociaciones libres individuales; tiene marcadas dificultades en el ámbito relacional, o por el contrario, se trata de pacientes que se sienten estimulados por el trabajo en conjunto, situación diferente a la terapia

individual, que hace que su inhibición aumente. Adduci también menciona los casos de los pacientes que manifiestan que su edad tan avanzada sería un obstáculo para iniciar un

tratamiento, y la invitación a participar de un grupo constituiría un interesante estímulo para ellos.

Entonces, para estos psicoanalistas, el Grupo Terapéutico cumple una función importante para el tratamiento de las problemáticas de estos pacientes, ya que, en la mayoría de los casos, en el trasfondo de estas problemáticas, hallamos la pérdida de los roles sociales. Entienden que escuchar y ser escuchados, reconocer y ser reconocidos, interesarse y resultar interesantes a otros hace que el grupo cobre un aspecto mayéutico, tal como lo consideraba José Bleger, creándose así las bases para llevar adelante los objetivos de curación (Salvarezza, 2002).

### **La duración del tratamiento de pacientes ancianos**

En cuanto a los criterios de duración y frecuencia de los tratamientos psicoanalíticos de sujetos ancianos, no se encuentra unanimidad entre los diversos analistas, -como así tampoco la encontramos en la práctica psicoanalítica de jóvenes y adultos. La mayoría de los que trabajan en consultorios privados pautan encuentros semanales que van de 1 a 3 sesiones, con una duración de 50 minutos. Quienes se desempeñan en instituciones, el tiempo de los encuentros son más reducidos y el encuadre presenta mayores elasticidades: se incluyen familiares, se planifican actividades, se administra medicación, etc. (Weissman citado por Salvarezza, 2002)

Un aspecto parece compartido por varios analistas: si bien se entiende que el tratamiento apunta a que vaya disminuyendo progresivamente el número de sesiones hasta la terminación de la terapia, esta no necesariamente ha de ser terminada: el sujeto puede volver en cualquier momento que lo demande. (Wayne, Dedieu-Anglade, Ferrero y Weissman citados por Salvarezza, 2002)

Como puede apreciarse, estas variaciones en la teoría y en la técnica para el tratamiento a esta franja etaria no es exhaustiva. Es extraída de los principales autores que no retrocedieron ante la posibilidad de trabajar con ancianos y constituyen aspectos generales, aproximaciones que deberían ser problematizadas una y otra vez. La revisión constante de estas variaciones y la supervisión con otros le permitiría al psicoanalista evitar situaciones iatrogénicas para su paciente. (Chapot, Guido, López y Macotinsky, 1997)

Luego de la exploración de este campo, se cree importante poder reflexionar, en el próximo apartado, sobre los límites en las pretendidas purezas teóricas y prácticas del Psicoanálisis, cuando se trata de su aplicación en públicos y escenarios poco tradicionales. Principalmente seguiremos abocados a la indagación de las propuestas teóricas de los psicoanalistas argentinos.

#### 4.4 Lazos del Psicoanálisis con otras disciplinas. Psicoanálisis y Gerontología

Si bien Eduardo Adduci menciona, en un lenguaje médico, que la condición para atender a pacientes ancianos era que estos no debían sufrir lesiones cerebro-vasculares ni celular orgánica y que debían ser capaces de sostener una comunicación verbal razonablemente aceptable, se encontró con otras situaciones limitantes para su labor terapéutica. A medida que el límite de la edad de sus pacientes iba aumentando, se comenzó a encontrar con pacientes que padecían lo que él llama “síntomas organo-neuróticos o somatoneuróticos”. (Adduci, 1987, p.16) Por mencionar algunos ejemplos, Adduci dedica capítulos específicos a los estados maníacos, estados depresivos y a los trastornos del dormir en los pacientes de edad avanzada.

El encuentro regular de estas afecciones en la población anciana sería una de las causas por las que comienza a interesarse por otras disciplinas, que de alguna manera puedan vincularse con sus abordajes psicoanalíticos. Adduci hace referencia puntualmente a la Geriatria y la Psicogeriatría. Ambas ramas, médica y psiquiátrica, forman parte de la disciplina general de la Gerontología.

Según el Diccionario Médico, la Gerontología es “el estudio de todos los aspectos del envejecimiento: los problemas clínicos, psicológicos, económicos y sociológicos que afrontan los ancianos y sus consecuencias tanto para el individuo como para la sociedad”. (Douglas, 2003, p. 239). Cabe destacar que, si bien algunas de sus lecturas provienen del campo médico, en su libro Adduci reflexiona y analiza, además de factor clínico, los factores psicológicos y culturales de los malestares de los sujetos ancianos, apostando a la vez por la praxis psicoanalítica en el abordaje psicoterapéutico de tales pacientes.

Macotinsky (2005) también expresa que, cuando la clínica se enmarca en el escenario de la vejez, es necesario activar otros recursos que potencien la técnica del psicoanálisis. La autora también hace referencia, como Adduci, al enlace que sería necesario realizar entre Psicoanálisis y Gerontología, disciplina que, según esta psicoanalista, comprende más profundamente *la clínica del adulto mayor*.

¿Será esta perspectiva la adoptada por Salvarezza también, cuando habla de la necesidad de que el analista esté formado en el conocimiento de las condiciones biopsicosociales de la vejez, si se propone atender ancianos? Si se toma contacto con su libro, *Psicogeriatría, teoría y clínica*, Salvarezza expresa que la elección de formarse en estos aspectos no fue azarosa. Tal elección se vio precedida por el escenario de una Argentina convulsionada socialmente, donde particularmente la población anciana se vio doblemente desplazada y marginada. (Salvarezza 2002)

Siendo médico, Leopoldo Salvarezza comenzó a interesarse por el Psicoanálisis para entender cómo y por qué enfermaba la gente. Fue así que emprendió sus estudios de esta disciplina en la Asociación Psicoanalítica Argentina, en la década de 1950. A su vez, este autor no deja de señalar que, en aquella época, tanto la enseñanza como el ejercicio del Psicoanálisis estaba liderada por el monopolio de un círculo muy estrecho. Nos recuerda cómo la mayoría de los psicoanalistas pertenecientes a la A.P.A. desempeñaban su profesión casi exclusivamente en consultorios privados, lo que llevaba a un desconocimiento importante de las necesidades reales de gran parte de la población.

Fue a partir de la revelación contra las estructuras del poder centralizado, llevada adelante por un grupo de psicoanalistas visionarios y comprometidos con la realidad social, que otro escenario se vislumbró. Salvarezza destaca la figura de Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviere, Arminda Aberastury, José Bleger, entre otros. A partir de la segunda mitad de la década de 1950 una apertura intelectual y pedagógica tuvo una gran repercusión, llegando incluso a los jóvenes estudiantes de Medicina y posteriormente de Psicología, que tenían de maestros a estos renombrados profesionales del campo psi.

17

Llegando la década de 1960, el contexto mundial no era ajeno a estas aperturas intelectuales: crisis y revoluciones, liberaciones y represiones creaban un escenario pocas veces antes visto. La efervescencia social producto de la crisis de Argentina tampoco es un dato menor. Salvarezza expresa, de modo contundente, cómo nadie que esté comprometido verdaderamente con las problemáticas sociales quedaba afuera de esta conmoción, principalmente los psicoanalistas antes nombrados y la nueva generación de ese entonces.

Los profesionales de la Salud Mental tuvieron que abrirse en su labor terapéutica hacia la comunidad, insertándose en los pocos Servicios oficiales que existían. Las demandas eran en ese entonces novedosas, necesitando de nuevos abordajes teóricos y técnicos, pues las ortodoxias psicoanalíticas se mostraban escasamente eficientes en estos escenarios.

Se debía atender a adolescentes, familias, comunidades, instituciones. Salvarezza expresa que, como de costumbre, un sector quedó de alguna manera relegado en los nuevos abordajes psi: la población anciana.

Fueron los intentos de aplicación del psicoanálisis a esta población, por parte de Rolla y Cwick, y las influencias del Dr. Mario Strejilevich, psiquiatra interesado en las problemáticas de los ancianos, los motivos principales por los que Salvarezza adquirió rápidamente un profundo interés por esta área y, tras formarse en esta disciplina, una tercera identidad profesional: ser psicogeriatría.

En octubre de 1970 comenzó a funcionar el primer Equipo de Psicogeriatría y Profilaxis de la vejez del país, de la mano de este y otros analistas que estaban dispuestos a formarse también en este campo. Adduci fue uno de esos analistas y fue en este Equipo donde nacieron algunas de las especificidades que comporta una práctica psicoanalítica con pacientes ancianos, las cuales se desarrollaron en el apartado anterior.

Este Equipo funcionó hasta el año 1976, cuando el clima político de la Dictadura Militar ocasionó un quiebre en los proyectos de las Instituciones de nuestro país. No obstante, Salvarezza reconoce que las experiencias fructíferas forjadas en este Equipo de Psicogeriatría sirvieron de gran estímulo para que siga profundizando y perfeccionando lo que hoy podemos conocer como Clínica Psicogeriátrica -incluso llegado a problematizar el uso mismo de la expresión "Profilaxis de la vejez". Aprendizajes que no ha dejado de transmitir a nuestros días.

Así es como podemos ver que un lazo se forjó entre dos disciplinas, producto de la necesidad de respuestas a las demandas sociales de un tiempo, necesidades que van mutando y obligan a pensar constantemente la invención de nuevas formas de abordajes de los padecimientos subjetivos. Macotinsky (2005), psicoanalista contemporánea en el abordaje terapéutico de la población anciana, expresa que el enlace entre el Psicoanálisis y la Gerontología le permitió incluso acuñar un neologismo: función geroanalítica o GEA. Tal función sería propia del analista, en la apuesta a ampliar su mirada y su escucha ante el sujeto anciano. Esta función estaría construida por el análisis personal del analista, su historia, experiencia clínica, su formación en los procesos del envejecimiento, la empatía y la permeabilidad hacia lo nuevo, reconociendo en cada caso sus propios límites y la complejidad de la condición humana.

Esta función, según la autora, está organizada en el analista como una forma particular de interdisciplina y se hace presente cuando el material del análisis remite a las problemáticas singulares de todo proceso de envejecimiento en nuestro medio socio-cultural. En definitiva, se activa desde las propias marcas subjetivas del analista, también desde las marcas culturales, teóricas y técnicas que posee.

Se entiende que estas relaciones o diálogos entre el psicoanálisis y otros campos de saber no solamente son terapéuticos, también son institucionales, políticos. Configurarían un campo de saber que apuesta a ir más allá de los padecimientos subjetivos entendidos como producciones netamente individuales o a-históricas, para lo cual los modos de intervención estarían estandarizados, prefigurados. Además, se entiende que estos diálogos con otras disciplinas están en la constitución misma del psicoanálisis, como en su posterior desarrollo,

18

en términos de relaciones interdisciplinarias. Tanto Freud como Lacan dan a conocer en sus producciones y transmisiones el interés que hallaron en otras disciplinas. Por otra parte, Freud no ha dejado de señalar, inversamente, el interés que otras disciplinas hallaron por el psicoanálisis: Filosofía, Biología, Sociología, Pedagogía, Historiadores de la cultura, del Arte, Literatura, Ciencias del lenguaje, etc. (Freud, 1991)

Así es como dentro del campo del Psicoanálisis existen autores que enfatizan no sólo la necesidad de entrecruzar discursos, como es el del Psicoanálisis y la Geriatria, sino también de detectar y desarticular discursos hegemónicos, religiosidades teóricas y técnicas, pretensiones de extraterritorialidad. Es así como Gilou García Reinoso (2005) expresa, a propósito del posicionamiento ortodoxo de algunos miembros de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que cuando el saber se dogmatiza, también se estanca, se vuelve repetitivo y no permite avanzar creativamente sobre problemáticas nuevas y urgentes.

Como se ha expresado en los apartados anteriores, los discursos en torno a la vejez han configurado cierta actitud de rechazo en el campo psicoanalítico por el sujeto anciano. No son pocos los analistas que siguieron sosteniendo el planteo freudiano -en sus primeras elaboraciones psicoanalíticas- de que los viejos son in-analizables, que no pueden adecuarse a los requisitos del encuadre analítico tradicional, o que esta población obtendría mayores beneficios si es tratada por otros dispositivos.

No obstante, los autores que fueron presentándose en este trabajo, han demostrado la posibilidad de tomar una posición diferente, y se cree que convendría recuperarla, tenerla presente a la hora de intervenir en el campo profesional. Convocan a pensar más allá de las religiosidades técnicas y teóricas del psicoanálisis, invitan a ir más allá de la rigidez institucional que se preocupa por determinar qué es y que no es psicoanálisis, y proponen no extirpar de sus reflexiones y sus intervenciones los condicionamientos históricos, sociales, culturales y políticos que configuran la subjetividad humana, en cualquiera de las etapas de

la vida. De hecho, también sería conveniente tener presente que, en cuanto a la articulación técnica y teoría, Freud mismo se ha mantenido siempre dispuesto a aceptar nuevas y mejores redefiniciones, a medida que se fue avanzando en el estudio de los fundamentos de la terapia psicoanalítica:

Estimados colegas: ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor. (Freud, 2012, p.155)

19

## 5. Conclusiones

La posibilidad de aplicar el método psicoanalítico a los padecimientos psíquicos de los ancianos fue objeto de reticencias en el campo del Psicoanálisis. No resulta extraño encontrarnos en nuestros días con las mismas reservas, pues el anciano, el viejo, el geronte ha sido objeto de esencialismos que lo toman como un ser apático, rígido, irracional, pasivo. Estas cualidades lo constituyen como objeto propicio para otro tipo de estrategias terapéuticas, en donde se persigue el objetivo de conservarlo lo más sano, activo, consciente y feliz posible, pues se trata de una persona que cursa la última etapa de la vida, *y la tiene que disfrutar*.

Lejos de querer ir en contra de las intervenciones que propicien una mejor calidad de vida en las personas ancianas, se trata de recuperar un campo donde la apuesta es la escucha de la palabra de ese sujeto, al calor de la transferencia con un otro que no *sabe* curar, al menos de ante mano, o no intenta perseguir el *bien* de ese sujeto. Este otro, el analista, apuesta fundamentalmente a recuperar el despliegue de la singularidad de ese sujeto, a propiciar la recuperación de marcas subjetivantes en ese cuerpo, no sólo gracias a los conocimientos teóricos que tenga, sino también gracias su análisis personal y el diálogo frecuente con otros analistas.

Este Trabajo Integrador Final intentó recuperar y exponer algunas de las especificidades que se han creído conveniente construir, desde que Karl Abraham abrió una línea de interés por el abordaje psicoanalítico de los padecimientos de esta población.

Si bien vimos que existen analistas que consideran que el método psicoanalítico es

perfectamente aplicable a personas ancianas, se pudo constatar que este posee ciertas variaciones con respecto a la metodología tradicional. Como se pudo apreciar en el desarrollo de este trabajo, tales variaciones no se establecen en clave metapsicológica, sino más bien en una suerte de indicaciones y recomendaciones vinculadas principalmente a la posición del analista, así como del manejo técnico de algunas herramientas.

Ya desde los aportes de Karl Abraham nos encontramos con la necesidad de una mayor actividad del analista, con su encuentro cara a cara con el analizante, con la ponderación a la dimensión imaginaria de la experiencia analítica. También vimos cómo los psicoanalistas argentinos abonaron este campo con variantes técnicas, tales como los Grupos Operativos, y supieron encontrar en otras disciplinas esclarecimientos en torno a la pregunta de ¿qué es un anciano?, aspecto insoslayable, para estos autores, a la hora de dirigir un tratamiento con esta población. Se pudo apreciar que la respuesta a esta pregunta considera componentes biológicos, psicológicos, y sociales/culturales (Adduci 1987). Este último aspecto nos interesa particularmente.

En efecto, si tales especificidades se derivan de la práctica psicoanalítica con ancianos, resultó importante destacar que estas no surgen a partir de que existiría una *condición natural* del anciano, que lo priva del tratamiento psicoanalítico tradicional. Sino que resultan de la dilucidación de la existencia de imaginarios sociales, de índole ideológica, que producen y reproducen cierto carácter marginal del anciano, lo que contribuye, en su psiquismo, a cierta fragilidad yoica. Esto se constató, por ejemplo, con los aportes de Biaconnti (2004) a propósito de la necesidad de la mayor presencia de analista, en el sentido de no abstenerse a mostrar

interés, realizar gestos, intervenir con preguntas. Estos aspectos contribuyen, según la autora, a lograr efectos de subjetivación en estos cuerpos, que los alejaría de ese lugar de objetalización en donde la sociedad los coloca. También se pudo apreciar la existencia de estos imaginarios sociales que reproducen un trato marginal al anciano cuando se tomó en cuenta la particularidad transferencial de las reminiscencias, y la necesidad de que las interpretaciones del analista estén dirigidas a puntuar las semblanzas de estos relatos, que muchas veces son desvalorizados y hasta cancelados por el entorno del sujeto.

Estas y otras variantes teórico-metodológicas que se expusieron, nos invitan, en última instancia, a repensar la idea de tratamiento psicoanalítico *tradicional*, a problematizar el lugar

20

de la clínica en nuestro medio social y cultural y a indagar críticamente cualquier pretensión de religiosidad teórico-técnica. La historia del ejercicio y transmisión del Psicoanálisis, sobre todo en nuestro país, estuvo marcada por la necesidad de hacer frente a las problemáticas sociales de cada época, lo cual implicó abrir nuevos senderos, crear, interrogar la institución misma del Psicoanálisis. Incluso el diálogo con otras disciplinas, resulta una tarea insoslayable en una práctica clínica que esté comprometida con los devenires subjetivos en cada momento histórico-social y en cada etapa particular de la vida humana.

Para concluir, en conexión con estas ideas, nos resultó interesante retomar la noción misma de *aplicación*, tal como aparece en el título de este trabajo. Desde el punto de vista de Percia (1997) podemos entender que la noción de aplicación no remite solamente al sentido de “poner el saber psicoanalítico sobre otra cosa” (Percia, 1997, p. 21) sino también al afán de aplicar *un buen psicoanálisis*, como lo es el alumno *aplicado*, atento a los intereses de una autoridad. Es por ello que se cree necesario interrogar el supuesto mismo de *aplicación del método psicoanalítico*, como si se tratase de preservar cierto saber ya constituido, perfectamente formado y que este sea trasladable a otros territorios, como en este caso el

tratamiento a personas ancianas.

## 6. Referencias Bibliográficas:

- Abraham, K. (1959). La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. En *Psicoanálisis Clínico*. (238-242). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé
- Adduci, E. (1987). *Psicoanálisis de la vejez*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Kargieman.
- Adduci, E. (2007) Pasado y presente del tratamiento psicoanalítico de pacientes de edad madura y avanzada. En *Revista de psicoanálisis*, 64 (639-644). Recuperado de: <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20076403/p0639.dir/REVAPA20076403p0639Aducci.pdf>
- Agueda Moreno, M. (05/05/2020) ¿Qué edad tienen los ancianos?. En The Conversation. Recuperado de: <https://theconversation.com/que-edad-tienen-los-ancianos-137373>

- Aguinaga, C.; Tellez, A. (2019) El envejecimiento desde la psicología: problemas y abordajes locales. En Iuliano, R. (Comp.) *Vejez y envejecimiento. Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación*. (68-79). Recuperado de:  
<https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/152>
- Balbuena, Y.; Bravo, F., Croveto, H., Dupuy, S., Iuliano, R. (2019) Vejez y envejecimiento: conceptualizaciones y abordajes desde las ciencias sociales. En Iuliano, R. (Comp.) *Vejez y envejecimiento. Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación*. (41-42) La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Andamios ; 6. Serie Perspectivas). Recuperado de  
<https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/152>
- Biaconti, C. (30/11/2004) ¿Es posible la práctica del psicoanálisis en adultos mayores?. *El Sigma.com*. Recuperado de:  
<http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/es-posible-la-practica-del-psicoanalisis-en-adultos-mayores/6206>
- Bodni, O. (1997) Vejez y transmisión. Reflexiones psicoanalíticas. En *Revista de Psicoanálisis*, 54 (p. 624). Recuperado de:  
<http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19975403/p0609.dir/REVAPA19975403p0609Bodni.pdf>
- Borestein, N. (2002) *Psicoanálisis con personas adultas mayores: perjuicios y deslices* [sesión de conferencia]. Fepal XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Montevideo:Uruguay. Recuperado de:  
[https://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/borenstein\\_n\\_psicoan\\_lisi.pdf](https://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/borenstein_n_psicoan_lisi.pdf)
- Chapot, S., Guido, P., Lopez, M. y Macotinsky, G. (1997) Psicoterapia psicoanalítica en la vejez. En Stagnaro, J. (Dir.) *Vertex. Revista argentina de psiquiatría*. 8 (29) (188-192). Recuperada de:  
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex29.pdf>
- Douglas (2003). Gerontología. En el *Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud* 2 (6) (p.239) España: Elsevier
- Eidelsztein, A. (2008) El objeto a y el intervalo: una clínica “más allá del padre”. En *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 1 (p. 46). Buenos Aires, Argentina: Letra viva.
- Fernández Ferman, A. (2004) Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración. En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 99 (169-162). Recuperado de:  
[https://www.apuruguay.org/revista\\_pdf/rup99/rup99-fernandez.pdf](https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-fernandez.pdf)
- Fernández Ferman, A. (2007) El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez. En *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4, (1) (76-87). Recuperado de:

<https://docplayer.es/12291918-El-psicoanalisis-con-adultos-mayores-subjetividad-relato-y-vejez.html>

- Freud, S. (1978a) El método psicoanalítico de Freud. En *Obras Completas Volumen 7*. (235-242). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1978b) Sobre psicoterapia. En *Obras Completas Volumen 7*. (244-257). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas Volumen 3*. (p. 274). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1991) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas Volumen 12*. (p. 112). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1991) El interés por el psicoanálisis. En *Obras Completas Volumen 13*. (165-192). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1992) La Represión. En *Obras Completas Volumen 14*. (p. 135). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2012) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas Volumen 17*. (p. 155). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, S. (2021) Vejez, finitud y muerte. Una clínica posible de la angustia en el adulto mayor. En *Revista de Epistemología y Ciencias Sociales*, 12 (12-49). Recuperado de: <https://www.revistaepistemologia.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/www.revistaepistemologia.com.ar-02.-silvia-garcia-2021.pdf>
- García Reynoso, G. (2005) Relaciones del psicoanálisis con lo social y lo político. En Major, R. (Dir.), Roudinesco, E., Uribe, A., Derrida, J. y Cohen, A. *Estados generales del psicoanálisis*. (125-140). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2007) Psicoanálisis. En *Diccionario de psicoanálisis*, (9) (316-317) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Macotinsky, G. (1999) El psicoanalista, el viejo y la gerontología. En *En Tiempo. El portal de la psicogerontología*, 2. Recuperado de: <https://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo2/ger9.htm>
- Macotinsky, G. (2005) Psicoanálisis y Gerontología. En *Tiempo. El portal de la psicogerontología*, 16. Recuperado de: <https://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo16/macotinsky.htm>
- Percia, M. (1997) Condiciones subjetivas de los años sesenta y setenta: compromiso y responsabilidad social. En: *Notas para pensar lo grupal*. (p. 21). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Rolla, E. (1962) Grupos de gente de edad. En *Psicoterapia individual y grupal* (3) (131-151) Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza, L. (1991). Viejismo. Los prejuicios contra la vejez. En *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. (34-35). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salvarezza, L. (2002) Psicoterapia en la vejez. Revisión bibliográfica comentada. En *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. (2) (227-273). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Oddone, M.J. (2013) Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. En *Informes Envejecimientos en Red*, 4 (1-9). Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>