



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 del T.R.L.P.I. (Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 12 abril 1996)

Capítulo 11



Trastornos mentales 2: tratamiento



Anciano y sistema de salud mental

- Contribución del anciano a una asistencia deficiente
- Contribución del proveedor de servicios de salud mental a una asistencia deficiente

Psicoterapia

- Psicoterapia psicoanalítica
 - Terapia conductual
 - Terapia de grupo
- Terapia conyugal y familiar

Tratamiento con psicofármacos

- Fármacos antipsicóticos
- Fármacos antidepresivos
- Fármacos ansiolíticos
- Fármacos psicotropos y el anciano

Tratamientos para la demencia

- Tratamientos ambientales
- Tratamientos biológicos
- Tratamiento de la segunda víctima: familias

Palabras clave

Lecturas recomendadas



Puesto que los Gold eran una familia unida, después de la evaluación, se reunieron para discutir sus elecciones. El personal del centro había sugerido que el señor y la señora Gold regresaran a Filadelfia. Sus hijos estuvieron de acuerdo. No sólo su madre se encontraría en un lugar familiar donde podrían pasar a verla con regularidad y no tendrían aquellos problemas debidos a la larga distancia, sino que el centro recomendó un psicólogo especializado en geriatría.

Aunque estuvo de acuerdo en regresar, una semana más tarde, Rubén cambió de opinión. Acababan de pasar por la agotadora experiencia de una mudanza y otro traslado sólo serviría para exacerbar el sufrimiento. Además, dado que en esos momentos la mayor parte de psicólogos tenían formación en geriatría, probablemente sería fácil encontrar uno en Florida. Además, a Rubén le daba la sensación de que regresar era darse por vencido, algo que siempre había detestado. ¿No era posible que Sophie sólo se encontrara en pleno trauma de la mudanza tal y como había leído en el *Times* del último domingo? ¿No volvería Sophie a ser la misma una vez que se hubiera acostumbrado a su nuevo hogar? Cuando Sophie sugirió que preferiría dejar Florida, Rubén hizo caso omiso de sus tímidas protestas.

Por desgracia, en los meses que siguieron, las cosas en vez de ir mejor, parecieron empeorar. Sophie se aferraba con todas sus fuerzas a su hogar y nunca se atrevía a cruzar el umbral. Desde un punto de vista mental y emocional, pareció apagarse. Incluso cambió su apariencia. De enero a junio parecía haber envejecido 10 años. Y lo que era todavía peor, sus esfuerzos para encontrar ayuda psicológica llegaron a un punto muerto. Cuando ambos solicitaron a su nuevo médico de familia que les enviara a un psicólogo, éste manifestó que dudaba que una mujer de 70 años pudiera cambiar. El psiquiatra con el que consultaron mantuvo una actitud condescendiente y se los sacó de encima. La gota que colmó el vaso fue la irritación de Rubén, al comprobar que trataban a su esposa como un caso perdido. En estos momentos, se daba cuenta de su locura al haber querido permanecer en Florida e hizo planes para regresar a Filadelfia.

Por fortuna, no fue difícil vender su vivienda y adquirir otra, de una habitación, cerca de su antiguo hogar. Después de deshacer las maletas, lo primero que hizo Rubén fue llamar al psicólogo que el centro había recomendado. Incluso a la primera semana, se puso de manifiesto que la decisión había sido la decisión acertada. Sophie estaba mucho mejor. Cuando sus hijos y amigos acudían a visitarla, se animaba: reaparecían su antigua vitalidad y afabilidad. Mantenía una conversación inteligente y sólo se mostraba algo abstraída cuando intentaba recordar dónde había guardado las tazas de café para servir a sus invitados. Sin embargo, su miedo a salir apenas mejoró. Cuando un amigo que vivía a unas pocas manzanas de su domicilio les invitó a su casa, Sophie se negó alegando que estaba demasiado cansada.

El psicólogo vió a los Gold al mismo tiempo durante las primeras sesiones de terapia. El Dr. Zaccarelli deseaba comprobar si el matrimonio po-

día estar contribuyendo a solucionar los problemas de Sophie. Al igual que el trabajador social del centro, advirtió la manía de Rubén de dominar constantemente a su esposa. Se ponía de manifiesto cada vez que el Dr. Zaccarelli planteaba a Sophie una pregunta: Rubén tenía la enojosa manía de contestar en su lugar.

El Dr. Zaccarelli decidió una estrategia terapéutica en dos frentes. Intentaría modificar el patrón conyugal destructivo (la tendencia de Rubén a tratar a Sophie como totalmente incapaz y, por esta razón, a empeorar sus problemas) y, al mismo tiempo, intentaría trabajar con Sophie a solas, actuando sobre sus angustiantes síntomas. En lugar de concentrarse directamente en su depresión, decidió atacar su fobia utilizando una técnica denominada desensibilización *in vivo*. Consideraba que su miedo a salir de su casa era el origen de los síntomas depresivos, perpetuando su terrible convicción de no ser mentalmente capaz, que era responsable de su sombrío estado de ánimo y de su perspectiva incompetente y desesperada de la vida. Además, el hecho de permanecer recluida en casa durante semanas lógicamente produce apatía y mal humor a cualquiera. Dado que consideraba que Sophie no presentaba una depresión mayor, el Dr. Zaccarelli no recomendó antidepressivos. Sabía que no era una buena idea prescribir fármacos a un anciano si éstos no eran absolutamente necesarios.

El primer paso del Dr. Zaccarelli, que poseía formación en sistemas de terapia familiar, fue reestructurar la relación conyugal, proporcionando a la pareja instrucciones diseñadas para transformar el papel de paciente de Sophie en el papel de una persona competente. Incluso aunque no pudiera salir, Sophie tenía que responsabilizarse de todas las tareas domésticas que pudieran llevarse a cabo sin salir, como encargar comestibles a la tienda y otras provisiones por teléfono. Antes que utilizar la lavadora/secadora del piso, era necesario que lavara la ropa en las lavadoras del sótano del edificio, como un lugar a medio camino para intentar atreverse a salir, donde además podría conocer a otras personas y hacer nuevos amigos. Al proporcionarle estas instrucciones, el Dr. Zaccarelli dejó muy claro que consideraba que Sophie era sumamente capaz de llevar a cabo sola la mayoría de tareas, incluyendo hacerse cargo de su tratamiento. Asimismo pidió a Rubén que permaneciera en la sala de espera durante las sesiones posteriores.

Para ayudar a Sophie a librarse de su fobia, el Dr. Zaccarelli le explicó que debía enfocar sus salidas del hogar por etapas. Primero, debía permanecer cierto tiempo en lugares donde sólo se encontrara ligeramente ansiosa, como el jardín del edificio y la lavandería del sótano. Después, gradualmente, a medida que fuera ganando confianza en sí misma, tenía que alejarse cada vez más de su domicilio. Para alentarla, el Dr. Zaccarelli le indicó que llevara consigo una tarjeta con su dirección. Sabía que este apoyo funcionaría principalmente como amuleto de la buena suerte. El barrio le era tan familiar que Sophie apenas tendría problemas para recordar cómo regresar a su casa, incluso si sus dificultades de memoria tenían un componente orgánico menor.

Después de algunos meses de prácticas regulares, la fobia de Sophie casi había desaparecido. Podía visitar a sus amigos y hacer sola la mayoría de recados. De vez en cuando, tenía momentos de debilidad, pero su ansiedad siempre se desvanecía cuando se daba cuenta de que llevaba consigo la dirección. Asimismo, siempre llevaba consigo el número de teléfono del psicólogo, por lo que le podía llamar en caso de emergencia. Como predijo el Dr. Zaccarelli, junto con la fobia también desaparecieron gradualmente sus síntomas depresivos.

Cuando inició el tratamiento, Sophie estaba sumida en un mar de dudas. No solamente le resultaba violento admitir que tenía problemas mentales sino que el médico ¡parecía tan joven! ¿Podía en realidad alguien de la edad de su hijo comprender sus problemas o ser capaz de aconsejarle cómo tenía que vivir? Sin embargo, a medida que las sesiones prosiguieron, sus dudas se disiparon. Sophie esperaba ansiosamente la hora de la terapia como el acontecimiento más sobresaliente de la semana. Admiraba extraordinariamente a su terapeuta, sintiéndose intimidada por su competencia, pero también sabía que tenía mucho que ofrecerle. Una de las cosas que podía hacerle comprender era lo que significaba envejecer. Por eso, además de discutir sus progresos sobre sus salidas, durante las sesiones, dedicaba cierto tiempo a explicar al Dr. Zaccarelli cómo era el mundo a medida que maduró, enseñándole algunas de sus percepciones sobre la vida, adquiridas con el paso de los años.

Al principio, Rubén se sentía ambivalente con respecto a su nueva esposa, más competente. Dado que había tenido que abandonar su papel de cuidador (y de amo absoluto), a su vez, empezó a deprimirse. El Dr. Zaccarelli pudo subsanarlo visitando a Rubén durante algunas sesiones y animándole para que desempeñara alguna actividad en la comunidad, tal y como hacía antes de que Sophie hubiera caído enferma. Ambos continúan encontrándose bien desde que concluyó su tratamiento, hace 6 meses.

□

Como comprobamos en el capítulo 10, los expertos no están de acuerdo en la incidencia de los problemas psicológicos entre los ancianos. No obstante, podemos suponer que la participación de los ancianos en estos problemas está lejos de ser insignificante. Como mínimo, se acerca a la incidencia documentada en individuos de menos de 65 años. Además, los ancianos pueden presentar una patología que no se observa en los individuos más jóvenes: la demencia. Por consiguiente, sería previsible que los ancianos recibieran una cantidad significativa de tratamiento por problemas de salud mental.

ANCIANO Y SISTEMA DE SALUD MENTAL

Por desgracia, los hechos demuestran lo contrario. Los individuos de más de 65 años, en proporción a su número, reciben una cantidad de asistencia psicoló-

gica relativamente insignificante. Visitan las clínicas de salud mental y los psicoterapeutas privados con mucha menos frecuencia que los adultos jóvenes o de mediana edad. Cuando acuden a estos centros, sus problemas tienden a revestir mayor gravedad. Habitualmente, se les prescriben fármacos y no psicoterapia y tienen más probabilidades de ser visitados de forma breve, quizás abandonando el tratamiento prematuramente sin que sus problemas se hayan resuelto (Gallagher y Thompson, 1982; Goldstrom y cols., 1987; Kahn, 1977; Lowy, 1980).

A pesar del renovado interés por las necesidades de salud mental de los ancianos durante los últimos 15 años, estos sombríos hechos no han cambiado. A principios de la década de los 70, pese a comprender más del 10% de la población, los ancianos sólo representaron el 4% de las visitas a centros de salud mental comunitarios (Redick y Taube, 1980). Diez años más tarde, un sondeo de la American Psychological Association mencionó un incremento solamente ínfimo: alrededor del 6% de estas sesiones tenía lugar con individuos cuya edad era superior a los 65 años (Flemming, Buchanan, Santos y Rickards, 1984).

Una situación idéntica se observa con las visitas ambulatorias a psiquiatras privados. Sólo alrededor del 4% del número de casos atendidos por psiquiatras privados está constituido por ancianos (Schurman, Kramer y Mitchell, 1985). Si consideramos que la fracción de norteamericanos ancianos en este período ha avanzado lentamente hacia el 12%, de hecho, esta cifra es una representación insuficiente.

Incluso en condiciones óptimas, cuando los servicios psicológicos son fácilmente accesibles y los médicos de atención primaria son sensibles a las preocupaciones relacionadas con la salud mental de sus pacientes, prevalece la misma situación. En un estudio, Goldstrom y cols. (1987) examinaron la frecuencia con la que los ancianos que utilizaban un innovador centro de salud comunitario, adherido a un hospital docente, se visitaron con especialistas de salud mental contratados por el centro. Aunque diagnosticados como portadores de trastornos mentales con la misma frecuencia que los pacientes con una edad inferior a los 65 años, los ancianos utilizaron menos a menudo los servicios psicológicos basados en el centro. Menos de la mitad de los clasificados con un trastorno emocional acudió al centro en busca de ayuda, una proporción mucho más insignificante de lo que se mencionó en el caso de adultos de mediana edad o más jóvenes. Además, cuando los ancianos se pusieron en contacto con la unidad de salud mental, acudieron a ésta para un número mucho menor de sesiones.

El patrón de utilización insuficiente fue especialmente destacado en el caso de los individuos cuyos problemas tenían menos probabilidades de requerir hospitalización inmediata: pacientes con neurosis, trastornos de la personalidad, alcoholismo o drogodependencias. Aunque la mayor parte de pacientes ancianos diagnosticados como portadores de un trastorno emocional tenían un problema de este tipo, sólo 1 de cada 3 acudió al centro en busca de ayuda psicológica. Sin embargo, cuando el problema fue una psicosis, el paciente mostró tendencia a ser visitado en la unidad de salud mental, como mínimo, en una ocasión. Esto ilustra incluso otro aspecto sobre la asistencia de salud mental de los ancianos. Los ancianos que acceden al sistema de salud mental son los pacientes con los trastornos más graves, problemas con más probabilidades de considerarse crónicos o

«desahuciados» y tratados con fármacos y no con psicoterapia, procesos con más probabilidades de justificar una asistencia hospitalaria y no ambulatoria.

La tabla 11-1 muestra la jerarquía de categorías en el sistema de salud mental. Los ancianos se concentran en los niveles más bajos. Aunque en el extremo superior de la jerarquía, servicios ambulatorios, los ancianos están representados de forma notablemente insuficiente, constituyen el estremecedor 30% de los residentes de hospitales mentales estatales y comarcales (Pfeiffer, 1976). Los hospitales estatales y comarcales constituyen lugares de último recurso en el sistema de salud mental y atienden a pacientes crónicos, con alteraciones graves y a menudo con pocos recursos económicos. Con frecuencia, la asistencia prestada por estas instituciones es de **custodia**. Simplemente se aloja, se alimenta y se administra medicación a los residentes. En la consulta de un médico privado, el paciente tiende a ser tratado enérgicamente mientras que en estas instituciones sólo «se le guarda en depósito».

Los ancianos con enfermedades como una demencia o esquizofrenia solían ser remitidos regularmente a muchos grandes centros psiquiátricos, dispersados por todo el país. No obstante, durante las dos últimas décadas, estos individuos con alteraciones graves (junto con los pacientes mentales, sin recursos económicos, de cualquier edad) típicamente se han enfrentado con un destino diferente. Durante la década de los sesenta, un movimiento de reforma logró el cierre de la mayoría de hospitales mentales estatales y comarcales. Se estableció una red nacional de centros de salud mental comunitarios con la esperanza de que, con una asistencia ambulatoria regular y la utilización de nuevos fármacos antipsicóticos prometedores, incluso los pacientes con enfermedades mentales graves pudieran disfrutar de vidas productivas en la comunidad. No obstante, por desgracia, estas esperan-

Tabla 11-1. Servicios prestados y pacientes atendidos en algunos tipos de ámbitos de salud mental

Ámbito	Servicios*
<i>Ambulatorio</i>	
Terapeuta privado	Tratamiento activo para los pacientes con buena posición socioeconómica y trastornos leves
Centro de salud mental comunitario u otra clínica ambulatoria	Tratamiento activo para pacientes con pocos recursos económicos y trastornos leves
<i>Hospitalario</i>	
Hospital psiquiátrico privado	Probable prestación de tratamiento activo, a corto o largo plazo, a pacientes con buena posición socioeconómica que presentan alteraciones graves
Unidad de psiquiatría, hospital general	Probable prestación de tratamiento activo, a corto plazo, a pacientes con alteraciones graves
Hospital mental estatal o comarcal	Tratamiento mínimo (psicoterapia) a pacientes con graves alteraciones crónicas y pocos recursos económicos

*Existen muchas excepciones a dichas generalizaciones.

zas a menudo no se materializaron. Al igual que en nuestras grandes ciudades cientos de individuos psicóticos, sin hogar, soportan un trágico destino, probablemente, muchos individuos con necesidades críticas no obtuvieron servicios de salud mental en absoluto. O bien, si tenían una edad superior a los 65 años, se les remitía a otro ámbito hospitalario de custodia: las residencias de ancianos.

Las residencias de ancianos se han convertido en los «depositarios» (a menudo reacios) del anciano con una enfermedad mental. En la actualidad, la inmensa mayoría de ancianos con trastornos psicológicos que viven en instituciones reside en geriátricos (Sherwood y Mor, 1980). Sin embargo, con algunas excepciones notables, desde el punto de vista de la obtención de asistencia adecuada de salud mental, los geriátricos podrían ser incluso más perjudiciales que las instituciones psiquiátricas a las que han reemplazado. Combinan muchas de las cualidades negativas de las antiguas instituciones —ser de custodia, impersonales, quizá fomentando un exceso de incapacidades— con una misión que se define como la atención al individuo con un deterioro físico y no mental. Por consiguiente, a pesar de que entre los residentes de los geriátricos los problemas emocionales son endémicos —las estimaciones alcanzan el 80% (Carver, 1974)— en una residencia de ancianos, la probabilidad de ser visitado con regularidad por un profesional de salud mental posiblemente es menor de lo que lo era antaño.

¿Por qué es tan nefasta esta situación? Aunque nuestra primera tentación podría ser responsabilizar a los profesionales de salud mental, los ancianos quizá no obtendrían unos servicios adecuados por otra razón: su propia resistencia a solicitar tratamiento.

Contribución del anciano a una asistencia deficiente

En comparación con adultos jóvenes y de mediana edad, esta cohorte de ancianos de más de 65 años no creció en una época en la que se consideraba aceptable solicitar ayuda psicológica. Tuvieron más probabilidades de ser socializados con la idea de que sólo los dementes acuden a un psicólogo (Lazarus y Weinberg, 1980). Este estigma contrario a la obtención de ayuda para la salud mental puede cambiar en el curso de las próximas décadas, a medida que la cohorte del *baby boom* alcance los 65 años de edad. No obstante, algunos expertos sugieren que, para un anciano, también puede ser *inherentemente* más difícil solicitar tratamiento porque el hecho de tomar esta decisión está cargado de alusiones a ser considerado incompetente desde un punto de vista mental y, en ese estadio de la vida, el miedo a ser incompetente y a carecer de control mental constituyen terribles preocupaciones (Gatz, Popkin, Pino y VandenBos, 1985).

La vergüenza también puede ser parte del problema. Probablemente el profesional que visitará al anciano será mucho más joven y para éste resulta humillante recurrir a alguien que podría ser su hijo para que le ayude a orientar su vida. Por ejemplo, los estudios indican que sobre todo los ancianos con pocos recursos económicos prefieren ser tratados por un médico cuya edad sea próxima a la suya (v. Gatz y cols., 1985). Aunque no se ha llevado a cabo ninguna investigación sobre las preferencias de edad con respecto al personal de salud mental, es probable que aquí el problema de la edad pueda suponer incluso más de una diferen-

cia. A algunos ancianos la idea de acudir en busca de ayuda psicológica a un profesional que es varias décadas más joven que ellos les puede parecer demasiada inversión de papeles para ser aceptada con facilidad.

Los ancianos podrían ser disuadidos por los propios estereotipos: la idea de que a su edad son demasiado viejos para cambiar o la creencia de que la desdicha es el precio de tener más de 65 años. Por desgracia, estas ideas tienen muchas probabilidades de ser aceptadas de forma incondicional por los pacientes que precisamente podrían beneficiarse más del tratamiento: los ancianos deprimidos. Como comprobábamos en el capítulo 10, las personas deprimidas son especialmente susceptibles a estos estereotipos nihilistas de la vejez, porque se corresponden también con su filosofía pesimista, su visión desamparada y desesperada del mundo.

No obstante, los ancianos con problemas emocionales a menudo visitan, al menos una vez, a un profesional de asistencia sanitaria, su médico de familia, y por lo tanto, deberían encontrarse en una posición adecuada para superar estos prejuicios (Lazarus y Weinberg, 1980). Un médico de familia que considera firmemente la necesidad de asistencia de salud mental podría ser muy persuasivo para conseguir que un paciente anciano concertará, como mínimo, una cita para ayuda psicológica. Y es característico que los médicos de atención primaria constituyan el conducto por medio del cual la gente accede al sistema de servicios de salud mental, sean jóvenes o ancianos. Como un experto señala, estos médicos, no entrenados psicológicamente, en realidad podrían proporcionar el grueso de asistencia de salud mental de nuestro país (Kiesler, 1980). En ningún otro ámbito esto parece más cierto que en el caso de los ancianos. Por ejemplo, en un estudio, los investigadores comprobaron que, aunque 4 de cada 5 individuos con una edad superior a los 65 años y una enfermedad mental diagnosticada en la consulta eran tratados por su médico de atención primaria, la cifra comparable para los individuos de menos de 65 años fue sólo de 2/5 (Schurman, Kramer y Mitchell, 1985).

¿Incumbe la responsabilidad únicamente a los ancianos? ¿Son los ancianos remitidos para un tratamiento, pero éstos no están dispuestos a seguirlo? ¿O comparten los médicos dicha responsabilidad? Dado que también creen en el estereotipo de que los ancianos no pueden cambiar o porque llegan a la conclusión de que cualquier signo de confusión o agitación en un paciente cuya edad es superior a los 65 años significa demencia, los médicos de atención primaria parecen menos dispuestos a remitir para ayuda psicológica a sus pacientes ancianos.

Un estudio (Kucharski, White y Schratz, 1979) sugiere que en realidad los médicos podrían ser parcialmente responsables de esta asistencia deficiente. Se remitió por correo a una muestra aleatoria de médicos de atención primaria una serie de historias que describían 8 pacientes hipotéticos, cada uno de los cuales presentaba una serie diferente de síntomas psicológicos. Las descripciones remitidas a cada médico fueron idénticas excepto para las edades de los pacientes. Si los síntomas fueron graves y, por esta razón, la causa *pudo* ser una demencia, se observó una clara diferencia relacionada con la edad en la tendencia de los médicos a remitir a los hipotéticos pacientes. Si la edad de los pacientes fue inferior a los 65 años, los médicos tuvieron más probabilidades de afirmar que sugerirían

tratamiento. En un individuo anciano con síntomas idénticos, los médicos tuvieron menos posibilidades de considerar que justificaban una atención relacionada con la salud mental, incluso cuando también podían presentar signos de un problema tratable.

Las insuficientes atenciones de especialistas se asocian con diagnósticos insuficientes. Cuando German y cols. (1987) administraron a una serie de pacientes un inventario para valorar la presencia de problemas emocionales y comparar los resultados con los diagnósticos de sus médicos de atención primaria, observaron que, aunque los médicos fueron muy precisos en el reconocimiento de problemas psicológicos en los pacientes más jóvenes, tuvieron más probabilidades de pasar por alto la existencia de un problema en los pacientes de más de 65 años. Quizá la razón de esto reside en que los problemas emocionales de la vejez pueden ser esencialmente más difíciles de diagnosticar (p. ej., los problemas psicológicos se expresan con muchas más probabilidades como síntomas que aparecen en un contexto puramente físico). Quizá los pacientes ancianos tienen menos probabilidades de plantear sus síntomas y problemas psicológicos cuando visitan a su médico de atención primaria (v. cap. 4). O posiblemente, en el individuo de edad avanzada, algunos médicos en realidad consideran «normales» la desdicha intensa o una ansiedad abrumadora u otros signos de sufrimiento mental. Sea cual sea la razón, es evidente que los pacientes ancianos con problemas psicológicos podrían no obtener la ayuda necesaria, en parte, porque su problema sigue sin reconocer y su sufrimiento emocional no se pone de manifiesto.

Por último, existe un elemento de disuasión de tipo económico importantísimo. Aunque el Medicare se hace cargo de un número ilimitado de visitas de atención primaria, sólo cubre un reducido número de sesiones ambulatorias con un psiquiatra. Además, incluso cuando debe abonar dichas sesiones, la tasa de reembolso por sesión es inferior a lo que correspondería si el individuo solicitara ayuda para un problema físico (Gatz y cols., 1985). Así pues, especialmente porque los ancianos tienen tendencia a disponer de menos dinero (v. cap. 9), muchos ancianos lógicamente podrían decidir que, desde un punto de vista económico, es más sensato acudir a su médico de familia que a un especialista de salud mental para cualquier problema psicológico.

En un paralelismo poco afortunado con el incentivo económico para ingresar en un geriátrico, en realidad, el dinero que el Medicare proporciona para salud mental podría favorecer necesidades equivocadas. El Medicare hace frente a los servicios hospitalarios de salud mental; se ignora relativamente la psicoterapia ambulatoria. Así pues, más que detectar problemas antes que requieran hospitalización u ofrecer la asistencia no institucional continuada necesaria para mantener en la comunidad al anciano con un trastorno emocional, el sistema *no* aliena la obtención de ayuda cuando podría ser más útil, interviniendo de forma más radical (y con un coste más elevado). Para agravar el problema, el Medicare sólo se hace cargo de los servicios de los psicólogos, en determinadas condiciones, y a menudo con un coste más reducido, y no cubre en absoluto los gastos de los profesionales de la salud mental que suelen ser menos costosos, los trabajadores sociales. Esto no solamente se suma al factor económico desalentador para obte-

ner ayuda, sino que disuade al anciano de utilizar un conjunto de profesionales cualificados —quizá con una formación que les prepara para proporcionar, con mayor interés, una atención sensible e informada desde un punto de vista geriátrico—.

Irónicamente, aunque la reciente insistencia en la incapacidad funcional destaca la importancia de las emociones y la conducta en la determinación de la salud del anciano (así como el papel decisivo que el personal no médico como los trabajadores sociales o los psicólogos puede desempeñar en la provisión de asistencia geriátrica), la financiación federal de la investigación y formación geriátrica orientada a las enfermedades físicas supera con mucha diferencia a la de la salud mental. Dado que no se alienta de forma activa el desarrollo de un amplio cuadro de trabajadores de salud mental con formación geriátrica, incluso se podría disuadir al anciano, que desea ayuda relacionada con la salud mental, simplemente porque no encontraría a profesionales cualificados para ayudarle.

Contribución del proveedor de servicios de salud mental a una asistencia deficiente

Sin embargo, podríamos sostener que la responsabilidad no puede atribuirse sólo al anciano, a los médicos de atención primaria o al gobierno. La mayor parte de ancianos obtendrían la ayuda que precisan si los proveedores de servicios de salud mental verdaderamente intervinieran en una educación del anciano, de los médicos de atención primaria y del público en general que les inculcara que los problemas emocionales de la vejez son tratables, procurando conseguir financiación para mayor formación geriátrica y emprendiendo una campaña para lograr que la asistencia de salud mental para el anciano constituya una verdadera prioridad. No obstante, hasta hace relativamente poco tiempo, esto no ha ocurrido. Una razón de ello no resulta difícil de adivinar: los trabajadores de salud mental también pueden ser reacios a tratar a adultos de edad avanzada.

Esta aversión a tratar a los ancianos tiene raíces profundas y respetadas. En una declaración clásica, el propio Freud (1924) advertía específicamente que tratar a individuos de más de 50 años plantea problemas especiales, que los ancianos a menudo carecen de flexibilidad mental para cambiar realmente. Aunque los clínicos de orientación psicoanalítica que se especializan en geriatría se han tomado la molestia de pasar por alto esta declaración bien conocida (Grotjan, 1955; Meerloo, 1961; Newton, Brauer, Guttman y Grunes, 1986; Simberg, 1985), los escritos psicoanalíticos sobre los ancianos todavía pueden ser muy negativos, expresados en términos de pérdidas y declives irrevocables (v. Cath, 1965). Dado que muchos clínicos aprueban esta influyente teoría de la conducta humana, estos comentarios negativos sólo pueden tener un efecto espeluznante sobre la buena disposición general de la profesión para tender la mano a los adultos de edad avanzada.

Además, la opinión profesional de que los ancianos son intratables puede caer sobre un terreno emocional fértil, racionalizando la predisposición a rehuir a los ancianos. Algunos terapeutas pueden tener miedo de que tratar a pacientes ancianos provoque emociones dolorosas: *a)* ansiedad sobre el hecho de envejecer, *b)*

sentimientos ambivalentes con respecto a los padres y otras figuras autoritarias y c) sentimientos de incompetencia personal: «¿Cómo puedo sentirme cómodo siendo el consejero de individuos con muchos más años de experiencia de la vida que yo?» (Gotestam, 1980; Pfeiffer, 1976).

También pueden surgir temores de incompetencia profesional, de ausencia de las habilidades necesarias para tratar a este grupo de edad. El principio de que para tratar eficazmente a los ancianos es necesario formación especial en geriatría (Swenson, 1982) puede tener algunas ventajas, pero algunos expertos sugieren que también tiene efectos negativos involuntarios: convertirse en otro obstáculo para que los ancianos obtengan servicios de salud mental y exacerbar la aversión a tratar a individuos de más de 65 años (Gatz y cols., 1985).

Por último, los profesionales de salud mental mencionan que son reacios a tratar a los ancianos porque los problemas objetivos que éstos tienen les obligan a actuar como administradores sociales antes que como terapeutas, a invertir su tiempo organizando servicios concretos (como los de amas de casa) antes que dedicarse a las actividades correspondientes a su formación: proporcionar ayuda puramente psicológica (US Commission on Civil Rights, 1979). Y esta preocupación, aunque en ocasiones podría utilizarse como racionalización, encierra parte de verdad. En especial en el tratamiento de ancianos frágiles, el papel del trabajador de salud mental con frecuencia debe ir más allá de los límites tradicionales, convirtiéndose en su defensor y en su terapeuta, ayudando al paciente a afrontar los pormenores concretos de la vida (v. Blum y Tross, 1980).

Organizar las trivialidades de la vida no suele ser una actividad que corresponda a los profesionales de salud mental. Éstos se concentran en cambiar al individuo, modificando actitudes de adaptación deficiente, una conducta contraproducente y sentimientos preocupantes que limitan una vida plenamente dichosa. Ahora que sabemos que la edad no acarrea una mayor rigidez (v. cap. 7), no hay razón de que tenga que existir una fecha límite mágica, más allá de la cual los servicios psicológicos son ineficaces, una edad más allá de la cual la gente es demasiado vieja para cambiar. Los testimonios de los clínicos que se especializan en psicoterapia con ancianos lo reflejan: los ancianos, debido a su mayor madurez, pueden constituir candidatos muy buenos a la terapia (Grotjan, 1955; Newton y cols., 1986). Debido a su mayor sensatez, su perspectiva verdaderamente «adulta» de la vida, a menudo resulta muy gratificante trabajar con adultos de edad avanzada (Cyrus-Lutz y Gaitz, 1972). El psiquiatra Eric Pfeiffer (1976) incluso ha sostenido que, de forma paradójica, precisamente porque en la vejez son más limitadas las opciones para cambiar el mundo exterior, los servicios de salud mental pueden ser doblemente importantes. Cuando nuestras reservas de relaciones estrechas se erosionan por la muerte de familiares y amigos, mantener una relación continuada con un terapeuta puede llegar a convertirse en un apoyo vital, con independencia de que nuestra vida nos permita un mayor o menor número de cambios concretos.

Nadie puede llegar al razonamiento de que las intervenciones de salud mental con los ancianos son satisfactorias o ineficaces sin examinar lo que se ha demostrado al respecto. Por este motivo, al examinar los tratamientos siguientes, prestaré especial atención a los estudios que demuestran su valor. ¿Origina una

terapia concreta cambios verdaderos que el paso del tiempo no produciría? ¿Son algunos tratamientos más eficaces que otros para abordar los trastornos mentales de la postrimería de la vida? ¿Qué tipo de pacientes probablemente responderán mejor a una intervención determinada? Cuando (como ocurre a menudo) estos estudios de eficacia, denominados **estudios de resultados**, son insuficientes o contradictorios, recurriré a criterios menos científicos para considerar su utilidad: mi propia apreciación subjetiva de si el tratamiento, y en qué condiciones, podría beneficiar a adultos de edad avanzada.

Existen tratamientos de salud mental específicamente para individuos con trastornos mentales funcionales y otro tipo de tratamientos para la demencia, intervenciones cuyo objetivo es al mismo tiempo ayudar al paciente que sufre esta devastadora enfermedad y «entrenar» a los miembros de la familia para afrontarla. En primer lugar, examinaremos los dos tratamientos principales de los trastornos funcionales: psicoterapia y tratamiento farmacológico.

PSICOTERAPIA

Como es bien sabido, la psicoterapia intenta curar los problemas emocionales por medios verbales, hablando con el paciente, proporcionando instrucciones y escuchándole. Aunque, por desgracia, en algunos Estados, cualquier persona puede considerarse a sí misma psicoterapeuta, los profesionales dedicados a la psicoterapia suelen tener formación en una de las profesiones básicas de salud mental, citadas en la tabla 10-5 en el capítulo precedente.

Aunque toda la psicoterapia se basa en la idea de que, hablando con el paciente, puede tener lugar un cambio emocional, las técnicas utilizadas y la visión del mundo de cada psicoterapeuta varían considerablemente. Estas diferentes ideas se reflejan en muchas escuelas de terapia, de las cuales aquí sólo se comentarán las más comunes.

Psicoterapia psicoanalítica

Los principios básicos de la teoría psicoanalítica son que las experiencias, deseos y acontecimientos de la infancia son la base de la personalidad adulta, y que estas experiencias y otros pensamientos y sentimientos del inconsciente determinan poderosamente todas las acciones humanas, tanto normales como patológicas (v. cap. 1). Estos principios, junto con la creencia de que adquirir conciencia de estos sentimientos y pensamientos inconscientes es la clave para la salud mental, forman la esencia de la **psicoterapia psicoanalítica**.

Los terapeutas de orientación psicoanalítica consideran que los problemas emocionales están causados por defectos de la personalidad, consecuencia de experiencias infantiles desdichadas. Estas experiencias no permiten que el desarrollo psicológico proceda de una forma saludable. Normalmente, los sentimientos y fantasías del ello están controlados, hasta cierto punto, a medida que el niño aprende a adaptarse a la realidad exterior (es decir, a medida que el niño desarrolla un yo) y a obedecer ideas morales y sociales del bien y del mal (es decir, a

medida que el niño desarrolla el superyó). No obstante, cuando la infancia de una persona presenta carencias excesivas o es intensamente gratificante, no tiene lugar el desarrollo normal de un yo (y un superyó adecuado). Los impulsos del ello siguen siendo demasiado intensos y existe una correspondiente incompetencia del funcionamiento del yo.

Los síntomas psicóticos son consecuencia de las deficiencias más extremas de la formación del yo. Las alucinaciones, delirios e ideas por completo irracionales, características de estas alteraciones mentales graves, son manifestaciones del ello, que ha abrumado un yo frágil. (Hoy en día, incluso el psicoanalista más acérrimo, probablemente, admite, basándose en pruebas científicas abrumadoras, que también existe una poderosa predisposición biológica a los trastornos psicóticos.) En los trastornos emocionales menos graves, las neurosis, el yo es lo suficientemente fuerte como para prevenir la expresión directa de estos impulsos inconscientes, aunque son todavía tan intensos que surgen de forma indirecta, mediante síntomas preocupantes y formas de comportarse contraproducentes que deterioran la vida y limitan su calidad. La terapia psicoanalítica está diseñada para tratar estas alteraciones menos graves: miedos irracionales, episodios inexplicables de depresión, los modos en que los individuos se sienten obligados a actuar en detrimento de sí mismos.

El objetivo del **tratamiento psicoanalítico orientado hacia la introspección** es ayudar al paciente neurótico a comprender los orígenes inconscientes de su conducta, deseos, anhelos y fantasías infantiles ocultos, que están causando los síntomas. De acuerdo con la teoría, una vez que se comprenden estos sentimientos que proceden de la primera infancia, dejará de ser necesario que se expresen en síntomas y el paciente estará curado. Así pues, la esencia del tratamiento reside en hacer conscientes o en comprender estas experiencias y pensamientos inconscientes.

Por el contrario, el tratamiento que suele recomendarse en los pacientes con trastornos más graves (que mantienen un control más frágil de la realidad) se denomina **tratamiento de apoyo**. Aquí el objetivo no es explorar el inconsciente sino contribuir a solidificar un control menos firme del paciente en el mundo real. Los terapeutas utilizan la comprensión de la dinámica del paciente (las fuerzas inconscientes que motivan al paciente) para fomentar un pensamiento realista, llevar a cabo la delicada tarea de reforzar el yo, sin correr el riesgo de «poner sobre el tapete» una cantidad excesiva de dolorosa información del pasado.

Aproximadamente en los últimos diez años, se ha producido un interés considerable por técnicas psicodinámicas, de breve duración, orientadas a la introspección, tratamientos que comprimen los años que normalmente esta intensa exploración de la psique tiende a precisar. Sin embargo, como habitualmente se practica hoy en día, la terapia de orientación psicoanalítica todavía requiere un importante compromiso, tanto de tiempo como de esfuerzo emocional. Los pacientes deben explorar diversos aspectos de su personalidad y ahondar profundamente en su pasado, incluso, cuando este autoexamen sea doloroso y parezca tener una conexión sólo muy remota con el problema real que impulsó la búsqueda de ayuda. Como parte de lo que se denomina alianza terapéutica, el paciente y el terapeuta examinan minuciosamente todos los aspectos de la vida y expe-

riencias infantiles del paciente. La curación del problema que comprometió al paciente en la terapia tiende a convertirse en secundaria a un objetivo más primordial: conocerse a sí mismo lo mejor posible. (De hecho este es el único objetivo del psicoanálisis, la forma más intensa de terapia psicoanalítica. Aquí, el objetivo es extraordinariamente ambicioso: explorar completamente el inconsciente.)

Esta breve descripción nos proporciona un marco para comprender cómo se trata a los adultos de edad avanzada utilizando este tipo de tratamiento y también algunos riesgos de la utilización de las técnicas psicoanalíticas con este grupo de edad. Aunque la literatura sobre terapia psicoanalítica con los ancianos es escasa comparada con la avalancha de artículos sobre técnicas conductuales (v. Gatz y cols., 1985), existen algunas observaciones de este tipo de terapia utilizada satisfactoriamente (v. Newton y cols., 1986, para una revisión). He aquí dos ejemplos:

Tratamiento orientado a la introspección. La descripción siguiente procede de un analista que considera que especialmente los ancianos pueden valorar las conexiones entre las experiencias de la infancia y la conducta adulta y, por consiguiente, se adaptan a una terapia orientada a la introspección (Meerloo, 1961). El analista describe cómo trató a un anciano de 70 años con un trastorno grave, utilizando un enfoque orientado a la introspección. Al leer la cita, obsérvese la importancia conferida a las experiencias infantiles y al inconsciente, decisivos en el enfoque psicoanalítico:

Un consejero [abogado] desarrolla una agitada melancolía después de una intervención de vesícula biliar. No puede dormir ni dejar de llorar... Había iniciado una forma de psicoterapia de orientación analítica... En cada sesión elaboró sueños, que empezó a interpretar por sí mismo, sin intervención. Predominaban hasta tal punto en su mente que algunos de los sueños presentaron recuerdos directos de la infancia... Más tarde, surgió en primer término el miedo a la muerte... [El paciente expresa:] Me encontraba en una estación de ferrocarril... No tenía mucho tiempo. ¿Podría coger el tren? Por los altavoces se indicó a los pasajeros la vía 999... Me limité [el analista] a dejar que el paciente comprendiera los patrones generales del sueño. La vía 999 era para el paciente la última estación de partida. Espontáneamente, interpretó la otra parte del sueño como su resistencia a irse [hacia su muerte]... Mientras tanto había sido capaz de reanudar su actividad laboral [Meerloo, 1961, pág. 195].

En la cita anterior, podemos comprobar claramente la perspectiva psicoanalítica de lo que causa y cura los problemas emocionales. De acuerdo con el analista, el temor inconsciente del abogado a la muerte, que, al interpretar el sueño, llega a ser consciente, es la principal razón de que la intervención de vesícula biliar provocara síntomas. Lo que curó la depresión y permitió que el paciente reanudara una vida normal fue el conocimiento del contenido real de este temor, analizando aspectos de su inconsciente, revelado en sueños.

Tratamiento de apoyo. En el tratamiento de apoyo, al contrario, antes que dejar que los pacientes ahonden en su inconsciente, los terapeutas utilizan su interpretación para el apoyo de un yo más frágil y reforzar un control más firme de la realidad.



CUADRO 11-1

Transferencia en el anciano

En el razonamiento psicoanalítico sobre cómo actúa la terapia es primordial el concepto de **transferencia**: como consecuencia natural de estar en tratamiento, el paciente empieza a tener una visión distorsionada del terapeuta, infundiendo al terapeuta cualidades muy poco realistas y haciendo de la relación terapéutica el centro psicológico de su vida. Estos intensos sentimientos se denominan transferencia porque se considera que son transferidos desde una relación más básica, la relación con los padres durante los primeros años de vida del paciente. En la transferencia, se supone que el paciente repite dicha relación convirtiendo al analista en el centro de todos aquellos sentimientos de los primeros años de la vida.

Los psicoanalistas consideran que la transferencia es el motor emocional que hace funcionar la terapia. Esta intensa vinculación con el analista proporciona al paciente motivación para continuar la dolorosa tarea de autoexplorarse. El carácter de la transferencia ofrece información esencial sobre esos años tan remotos. Los sentimientos del pasado se reviven en el presente, y en éste pueden percibirse, entenderse, examinarse y aceptarse. Y a diferencia de los padres del paciente, el analista representa un buen padre o madre que permite que el paciente supere estas experiencias negativas.

Siempre se ha considerado que, en la transferencia, el paciente encasilla al terapeuta en el papel de una figura paterna. Sin embargo, algunos gerontólogos (Lazarus y Weinberg, 1980) creen que, en el caso de los ancianos, no siempre se desarrolla esta transferencia padre/madre. Más que representar la figura paterna o materna, quizá los ancianos, en ocasiones, llegan a considerar al terapeuta como un buen hijo, sobre todo cuando el terapeuta es bastante más joven que ellos y los pacientes experimentan intensos sentimientos para con sus propios hijos.

Como sugiere la historia ilustrativa del principio del capítulo, llegar a ver al terapeuta como un hijo o hija sería incluso una estrategia para recuperar la sensación de capacidad que las pérdidas de la vejez han erosionado. Es posible que el éxito del tratamiento de Sophie Gold, en parte, pudiera tener su origen en la consideración de su papel en este sentido: como «consejera» de su terapeuta, Sophie fue capaz de recuperar la confianza en sí misma y su sentimiento de amor propio.

Asimismo, no todos los investigadores están de acuerdo en la existencia real de una transferencia inversa. Martin Berezin (1983) sostiene que lo que los terapeutas jóvenes e inexpertos clasifican como transferencia paterna/filial característicamente es una *contratransferencia*: los propios sentimientos incómodos del terapeuta de ser encasillado en el papel de padre/madre por alguien que tiene la edad de sus padres. ¿Interpretan los te-

rapeutas una transferencia inversa en los ancianos a causa de su propio desasosiego? O, ¿tiene fundamento la frecuente percepción «mi paciente de 80 años me considera como su hijo»? Dado que la teoría psicoanalítica se dedica al ámbito de la fantasía, ambas interpretaciones son igualmente probables.



Alvin Goldfarb, uno de los primeros psiquiatras que se especializaron en el tratamiento de residentes en geriátricos, desarrolló una extraordinaria técnica psicoanalítica de apoyo para este grupo frágil. Su enfoque se basó en su análisis del problema subyacente de los ancianos ingresados en instituciones: una extrema dependencia, asociada con la necesidad de sentirse eficientes y con dominio de sí mismos (Goldfarb, 1953; Goldfarb y Turner, 1953). Más que ayudar a estos individuos a entender esta necesidad (que podría ser imposible por completo, ya que muchos presentaban un deterioro cognitivo), Goldfarb utilizó la siguiente estrategia: visitó a los pacientes durante breve tiempo (alrededor de 15 min), con relativa poca frecuencia (menos de una vez por semana) y de forma continuada. Durante las sesiones, intentó activamente aumentar su sensación de eficiencia, permitiéndoles que percibieran que en cierto modo habían triunfado sobre él o le dominaban. En otras palabras, dispuso la situación de modo que los pacientes percibieran que «habían puesto de su parte» a una figura representativa de la autoridad, el médico que, supuestamente, tenía más poder que ellos. Su intención era que esta mayor sensación de poder fortalecería su capacidad para desenvolverse y mejoraría su autoestima (obsérvese cómo este análisis de hace casi 40 años presagia la importancia actual asignada a la provisión de autonomía y control en este mismo grupo).

Evaluación. Estos ejemplos están lejos de demostrar que la terapia psicoanalítica es eficaz. Como ocurre en cualquier informe de casos, la mejoría se definió subjetivamente, sólo por medio del informe del terapeuta. Incluso si se confirmaran los criterios de estos observadores involucrados personalmente mediante índices más objetivos, dichos pacientes podrían haber mejorado de forma idéntica si se les hubiera administrado otra terapia o sin ningún tratamiento en absoluto. Para complicar las cosas todavía más, la misma terapia, incluso si hubiéramos llevado a cabo un estudio controlado de ella, hubiéramos comprobado que provocó un cambio y podría haber sido eficaz por razones ajenas a la teoría psicoanalítica; por ejemplo, por el hecho de que el anciano sea escuchado o tratado con respeto por otro ser humano.

Existen pocas razones por las que una serie de estudios de la eficacia del tratamiento psicoanalítico con ancianos mencionan eficacia y otros no (v. Gotestam, 1980). Dado que los pacientes y los terapeutas varían considerablemente —y ninguna terapia es eficaz para todo el mundo— en la literatura sobre resultados, son endémicos los resultados contradictorios. Por esta razón, como he sugerido pre-

viamente, al evaluar la utilidad de este tipo de psicoterapia específicamente para el anciano, nos vemos obligados a fijarnos más en la lógica: conociendo lo que en estos momentos conocemos sobre este tratamiento, ¿qué probabilidades tiene de ser eficaz la terapia psicoanalítica orientada hacia la introspección con el tipo de paciente anciano al que va destinada, un paciente con problemas emocionales pero no con trastornos graves?

Por desgracia, considero que este tratamiento es la terapia menos aplicable a la cohorte que actualmente tiene más de 65 años. Mi especulación no tiene nada que ver con consideraciones sobre una mayor inflexibilidad de los ancianos sino con un conflicto de expectativas: pocos adultos ancianos podrían sentirse cómodos cumpliendo con los requisitos de este enfoque.

Para someterse a una terapia orientada hacia la introspección, un paciente debe estar de acuerdo con sus presunciones básicas, que existe un inconsciente y que concentrarse en la propia niñez es muy importante. Debe aceptar la idea, ni mucho menos razonable, desde un punto de vista intuitivo, de que los problemas emocionales sólo pueden curarse indirectamente, a través de la comprensión general de sí mismo. Aunque estas ideas sobre el inconsciente, la importancia del conocimiento de sí mismo y el valor de discutir los sentimientos han formado parte del entorno cultural durante cierto tiempo, en el curso de la primera parte de este siglo no eran tan comunes. Para la gente que ha alcanzado la edad adulta mucho antes de la época del examen de conciencia, en la década de los sesenta, estas ideas podrían parecer extrañas o incluso ridículas, dificultando o haciendo imposible experimentar esta forma de tratamiento.

Y la falta de disposición a explorar los sentimientos podría representar algo más que un mero fenómeno de cohorte. Algunos de los estudios de investigación comentados en el capítulo 7 dan a entender que podría ser intrínseco a la propia vejez: un hallazgo reciente muestra que los ancianos utilizan estrategias de afrontamiento como «prescindir» de los sentimientos para enfrentarse al estrés; el hallazgo del estudio de Kansas City, de varias décadas de antigüedad, muestra que, en el test de apercepción temática (TAT), los grupos de edad avanzada narran historias más concretas, menos impregnadas de sentimientos. En otras palabras, incluso las futuras cohortes de ancianos podrían no estar tan interesadas en el intenso examen de conciencia que exige el tratamiento psicoanalítico. El deseo juvenil de invertir años en examinar nuestras motivaciones internas podría desvanecerse considerablemente en la postrimería de la vida.

La terapia psicoanalítica también podría violar la idea más tradicional de lo que representa, para el anciano, la relación médico-paciente (v. Haug, 1981, y cap. 4). Más que explicar al paciente lo que debe hacer para encontrarse bien, en la terapia orientada a la introspección la figura que representa la autoridad se abstiene de dar ningún consejo en absoluto. El individuo es responsable de la dirección del tratamiento, de «poner sobre el tapete» toda la información necesaria para curarse. Además, existe el problema de la duración de la terapia ¿Cuántos ancianos considerarían productivo invertir años en una terapia, dados los años de vida ya transcurridos? ¿Cuántos considerarían adecuado el desembolso, especialmente cuando las sesiones necesarias para la curación superan con creces las cubiertas por el Medicare?

Estas preguntas sugieren que podrían limitar el atractivo del enfoque psicoanalítico una serie de consideraciones básicas de la propia edad. Además de los problemas de tiempo y de dinero, existe la necesidad de investigar los sentimientos y el hecho de que el individuo debe concentrar su atención en un pasado muy remoto. Una cosa es que un individuo de 30 años considere significativo comprobar lo que le ocurrió a los 3 años y otra cosa muy distinta convencer a un anciano de 70 años que considere su primera infancia como el único fin de su vida adulta.

Por estas razones, los terapeutas de orientación más psicoanalítica aconsejan que cuando se trabaja con pacientes de edad avanzada se modifiquen las técnicas psicoanalíticas estándar. Los terapeutas deben ser más activos; concentrarse más en preocupaciones realistas y prácticas; prever que la terapia sea a más corto plazo y utilizar un enfoque de mayor apoyo (Blum y Tross, 1980; Pfeiffer, 1976).

Y, por último, es poco probable que la terapia psicoanalítica tradicional se emplee a menudo en el futuro, aunque por una razón distinta de la falta de aplicabilidad en los ancianos. En las últimas décadas, este método de tratamiento ha llegado a ser menos popular, tanto entre los individuos más jóvenes como entre los terapeutas. En otras palabras, la terapia psicoanalítica asimismo puede ser un fenómeno de cohorte, específico de la cohorte actual de clase media y de mediana edad.

Terapia conductual

Para muchos individuos, visitar a un terapeuta evoca imágenes de tratamiento psicoanalítico orientado hacia la introspección: hablando abiertamente con una persona, a menudo silenciosa, o quizá tendiéndose en un diván durante años. Las técnicas conductuales no tienen nada en común con estas imágenes. Para utilizar un enfoque conductual, no es necesario que los pacientes estén de acuerdo en el valor de hablar o incluso que los pacientes sean capaces de hablar. Y el terapeuta no tiene que limitarse a tratar los problemas psicológicos funcionales, como hacen los terapeutas psicoanalíticos. Como hemos comprobado en casi cada capítulo de este libro, las técnicas conductuales se utilizan para modificar no solamente los problemas clasificados como trastornos mentales, sino cualquier problema de conducta —desde un déficit de memoria hasta la incontinencia— o para lograr que una persona destinada a una silla de ruedas ande de nuevo.

Esta aplicación más amplia se debe a un marco teórico diferente del conductismo. Volviendo a lo expuesto en el capítulo 1, los conductistas creen que todas las respuestas se aprenden de formas muy simples —adquiridas directamente mediante condicionamiento clásico u operante o indirectamente por observación—. Los problemas emocionales no constituyen una entidad aparte, separada de otros tipos de conducta aprendida. Asimismo son respuestas que se han aprendido de la misma forma. El único problema es su contenido. El individuo que ha desarrollado uno de estos problemas lo ha aprendido de forma errónea. Se han establecido algunos refuerzos que favorecen el aprendizaje de respuestas patológicas, respuestas que, lejos de fomentar una vida dichosa, limitan una vida plena. Los terapeutas conductuales consideran que su papel no es el de médico sino un pa-

pel de entrenador o reeducador, profesionales expertos en la utilización de principios de aprendizaje para extinguir la conducta mal adaptada e incorporar nuevas respuestas, saludables. Cuando el terapeuta y el paciente colaboran juntos en esta reeducación, el tratamiento se denomina **terapia conductual**. Cuando el tratamiento se relaciona con una nueva organización de los refuerzos por parte del terapeuta sin la colaboración del paciente (de hecho, los conductistas utilizan el término *cliente*), el tratamiento se denomina **modificación de la conducta**.

En los capítulos precedentes, hemos comprobado cómo se utilizan las técnicas conductuales para tratar muchos problemas no clasificados como trastornos mentales. A continuación, examinaremos ejemplos de tratamientos para dos problemas con estas etiquetas: fobias y depresión. He seleccionado, por razones específicas, los siguientes tratamientos a partir de la amplia variedad de técnicas que un terapeuta de orientación conductual podría utilizar. El primer tratamiento, denominado **desensibilización**, es uno de los enfoques conductuales más ampliamente utilizados y constituye el tratamiento estándar para muchos problemas cuya raíz es la ansiedad. En nuestra historia ilustrativa, se utilizó desensibilización. El segundo, un tratamiento para la depresión, ofrece un ejemplo fundamental de cómo se utiliza en la práctica el nuevo **enfoque conductual cognitivo**. Como he mencionado en el capítulo 1, en comparación con la terapia conductual tradicional, que trata solamente respuestas *evidentes*, los terapeutas conductuales cognitivos se concentran en modificar *cogniciones* erróneas, intentan eliminar las formas alteradas de pensamiento y percepción del mundo del paciente (Mahoney, 1977).

Desensibilización. La desensibilización, empleada para tratar a Sophie Gold en nuestra historia, es una técnica conductual utilizada extensamente no sólo para erradicar la ansiedad intensa, sino para otras respuestas emocionales indeseables, como la cólera, la repugnancia o un impulso sexual impropio. No obstante, más a menudo la desensibilización sistemática se utiliza para el tratamiento de las fobias —temores irracionales intensos—. El paciente con un problema de este tipo a menudo sabe que su miedo es irrazonable, pero no puede evitar sentir una ansiedad abrumadora incluso con el mero hecho de pensar que está cerca de la persona, objeto o situación que suscita la respuesta fóbica.

Al ser un tipo de ansiedad, las fobias, como se sugiere en el capítulo 10, podrían ser menos prevalentes entre los ancianos que entre los adultos más jóvenes; sin embargo, esta clase en extremo frecuente de problemas emocionales también afecta a individuos de más de 65 años. Como en nuestra historia, una fobia puede coexistir con otro diagnóstico psicológico como la depresión; o puede existir sola. Puede ser relativamente benigna, limitada a un solo objeto, raras veces afrontado, como las serpientes. O como en el caso de Sophie Gold, puede estar vinculada a una actividad sumamente decisiva como salir. Las reacciones fóbicas de este último tipo pueden ser sobremanera incapacitantes, provocando una intensa angustia y restringiendo gravemente la vida normal.

Los conductistas en general consideran que las fobias están causadas por un condicionamiento clásico inadecuado. Una situación neutral desencadena miedo porque se ha asociado con otra que inherentemente provoca ansiedad (v. cap. 1).

Por ejemplo, en relación con Sophie Gold, su espantosa experiencia de comprobar que su mente se había quedado en blanco en el supermercado se consideraría como un estímulo que provocaría ansiedad intensa. Dado que este acontecimiento generador de ansiedad ocurrió cuando había salido sola, el miedo se convirtió en condicionado al acontecimiento inicialmente neutro, el hecho de haber salido sola. Por último, incluso la idea de salir sola provocaba en Sophie una ansiedad intensa.

La historia también ilustra otra característica de las fobias: su resistencia a la extinción. Después de su experiencia traumática, la simple idea de salir de su casa se acompañaba de tanta ansiedad que Sophie dejó de salir sola. Esta incapacidad para afrontar la situación temida después del acontecimiento que provocó la fobia se observa con frecuencia. No obstante, únicamente perpetúa el problema. Dado que el individuo deja de entrar en contacto con la situación realmente neutra, no existe ninguna posibilidad de «desaprender» el miedo. Expresado más técnicamente, la extinción no puede producirse porque no existe exposición al estímulo condicionado sin su conexión con el no condicionado. Para que tenga lugar la extinción, el paciente tendría que exponerse repetidamente a la situación fóbica sin relacionarla con la situación inherentemente provocadora de ansiedad. O para superar la fobia, Sophie necesitaría salir sola probablemente una serie de veces sin que su mente se quedara en blanco. Sin embargo, como es característico, su ansiedad llegó a ser demasiado intensa incluso para pensar en acercarse a la puerta. En esta situación, se aplica la desensibilización sistemática: una estrategia diseñada para que la ansiedad sea lo suficientemente controlable para que la persona con una fobia pueda tratarla y permanecer en la situación el tiempo suficiente para que se produzca extinción. Es característico que la desensibilización se relacione con dos aspectos: entrenamiento en la relajación y enfocar la situación temida por etapas graduales (v. Wolpe, 1973). (Este procedimiento también puede llevarse a cabo con la imaginación. Es decir, antes que enfrentarse físicamente a la situación temida, el paciente se imagina que la afronta en etapas graduales. No obstante, generalmente, la desensibilización tiene lugar *in vivo*, o en la vida real, como en nuestra historia.)

La forma estándar de enseñar relajación es grabar una serie de instrucciones murmuradas e indicar al paciente que escuche y practique diariamente la grabación. Después de dominar el arte de relajarse en condiciones que no provocan ansiedad, el paciente está preparado para la segunda etapa: afrontar la situación.

Para afrontarla, terapeuta y paciente construyen lo que se denomina *jerarquía del miedo*: una lista de situaciones relacionadas con la fobia cuya capacidad para producir auténtico miedo es variable. El paciente ordena estas situaciones en una escala del 1 al 100. Por ejemplo, en nuestra historia, el apartado «salir sola al jardín del inmueble» podría encontrarse en una posición relativamente baja en la jerarquía de Sophie. El apartado que ocuparía la posición superior en la escala de Sophie podría ser «salir sola de compras a un lugar desconocido». El objetivo de la lista es lograr que la persona fóbica afronte el miedo en dosis medidas. Como en la historia, las situaciones en el extremo inferior de la escala a menudo pueden afrontarse en seguida, ya que causan cierto grado de tensión, pero no en cantidades intolerables. Cuando el paciente afronta sin miedo estas situaciones que

producen tensión de bajo nivel, la ansiedad relacionada con ellas se extingue. Esta pérdida se generaliza a las situaciones más temidas, haciendo que a su vez provoquen una ansiedad algo menor. Cuando evocan un nivel tolerable de ansiedad, el paciente puede afrontar las situaciones de miedo más intenso permitiendo que se produzca la extinción. Cuando se afronta la situación del extremo superior de la escala y la ansiedad relacionada con esta situación se disipa, finalmente, la fobia está completamente curada.

Aunque el terapeuta de nuestra historia no utilizó relajación, cuando se emplea dicho procedimiento, se pide al paciente que utilice lo que ha aprendido al escuchar la cinta en su casa procediendo de apartado en apartado. Si es capaz de relajarse siquiera cierto grado, disminuye el miedo relacionado con cada situación y se acelera la extinción.

Tratamiento conductual cognitivo para la depresión. Este difundido tratamiento conductual para la depresión personifica el punto de vista conductual cognitivo. La causa principal de los síntomas del paciente son pensamientos negativos poco realistas e irracionales. Estas cogniciones incorrectas producen los restantes signos del trastorno: humor sombrío, incapacidad para actuar, lentitud del pensamiento e incluso las características físicas de la depresión. Por consiguiente, el objetivo del tratamiento se basa en conseguir que el paciente deprimido identifique y modifique dichos pensamientos negativos que generan depresión (Beck, 1973; Rush, Khatami y Beck, 1975).

Como primer paso hacia este objetivo, el terapeuta y el paciente trabajan juntos para identificar el contenido real de estas cogniciones y las situaciones concretas que los desencadenan. Dado que los pensamientos negativos que causan depresión tienden a presentar un carácter automático del que el paciente no es consciente, esto no es tan fácil como podría parecer (Gallagher y Thompson, 1983). El paciente podría «saber» cuándo está deprimido, pero podría ser incapaz de expresar la razón de su estado de ánimo. Todo lo que experimenta el paciente son los síntomas desagradables, pero no la cadena de razonamiento que es su relación causal.

De acuerdo con el psiquiatra Aaron Beck, el artífice de este enfoque innovador, los pensamientos que generan depresión tienen determinadas características: exageran el significado desdichado de un acontecimiento individual. Habitualmente se relacionan con generalizaciones excesivas (basándose en una experiencia negativa, se alcanza una conclusión globalmente catastrófica). Pueden extraer selectivamente una conclusión injustificada de lo que ha ocurrido, deduciendo arbitrariamente algo negativo de un acontecimiento en realidad neutral.

Después de la identificación de estos pensamientos, se enseña al paciente a monitorizarlos, a ser consciente de su falta de lógica y a sustituirlos por pensamientos más racionales, aprendiendo a pensar, por ejemplo, «estoy exagerando», «lo estoy sacando de contexto» o «estoy sacando conclusiones precipitadas» cuando surge una idea pesimista (v. tabla 11-2 para una serie de ejemplos). El terapeuta alienta este esfuerzo activo para controlarse poniendo en tela de juicio continuamente la lógica existente detrás de cada pensamiento. Se espera que, en último término, el paciente pensen a la depresión tenga capacidad suficiente

Tabla 11-2. Registro de pensamiento disfuncional completado parcialmente y respuestas realistas por las que podría sustituirse

Situación	En casa, leyendo; esperando que mi hijo llame
Emociones	Triste, abatido, abandonado o/y solo
Pensamientos automáticos	¿Por qué no llama? ¿Por qué me rechaza? ¡Me siento tan abatido! No sé qué hacer. ¿Por qué esto siempre me tiene que ocurrir a mí? No puedo continuar así. ¿Qué he hecho mal?
Pensamientos más racionales	a) El hecho de que no llame no significa que me rechace. No tengo ninguna prueba de ello. En realidad vino a verme hace 2 semanas. b) No es verdad que siempre me pase esto. A veces, no le llamo cuando he dicho que le llamaría y él no piensa que sea el fin del mundo. c) Además, no existe ninguna razón para que tenga que pensar que si no me llama es culpa mía. Puede que haya tenido que volver a quedarse trabajando hasta tarde. d) Incluso si está molesto conmigo por alguna razón, no significa que no vuelva a hablarme nunca más. e) Supongamos que esté enfadado conmigo. He superado problemas con él antes de ahora. Todas las relaciones tienen altibajos. Lo primero que tengo que hacer es intentar averiguar si algo va mal antes de darme por vencido

Adaptado de Gallagher y Thompson, 1983, pág. 172.

para considerar de manera objetiva *cualquier* pensamiento poco realista y sea capaz de reemplazarlo por una idea no generadora de depresión.

He aquí un ejemplo de este tratamiento con un viudo de 83 años:

Aproximadamente a una edad de 80 años, el Sr. D empezó a experimentar dificultades auditivas y visuales y a mediados de sus 82 años, empezó a manifestar signos de mala memoria... Se decidió que se trasladara a vivir a casa de su hijo y su nuera que disponían de una habitación de más. Poco después, empezó a estar deprimido y ansioso... A petición de la familia estuvo de acuerdo en solicitar ayuda... El tratamiento se inició comentando las molestias actuales del Sr. D y después identificando algunas de ellas para resolverlas... En primer lugar, atenuar su terrible sensación de desesperanza; en segundo lugar, ayudarle a aprender a controlar su sensación de pesadumbre, y, por último, ayudarle a dejar de sentirse un fracasado... Cuando se le presentó el modelo de terapia cognitiva, el Sr. D pareció decepcionado y confuso porque había esperado que se le administraría algo que solucionara sus problemas... Sin embargo, después de haber dedicado tres sesiones a discutir el modelo y su posible aplicación a sus problemas... estuvo de acuerdo en anotar los tipos de pensamientos que se le ocurrían cuando se sentía pesimista y ansioso. Casi todos los pensamientos se centraron en torno a sentimientos de inutilidad... Su vida había dejado de tener significado u objetivo y sólo era una cuestión de tiempo que le ingresaran en una residencia para individuos incapacitados... Para ayudar al Sr. D a afrontar su visión pesimista, se utilizaron dos enfoques. El primero basado en el hecho de que sus amigos acudieran a visitarlo. El terapeuta alentó al Sr. D a considerar la idea de que sus amigos acudirían a visitarle porque lo pasaban bien con él... Fomentó un esfuerzo indaga-

por su parte para que entendiera los aspectos en los que sus amigos se beneficiaban del tiempo que pasaban con él... El segundo enfoque se concentró en ayudar al Sr. D a considerarse un modelo para ayudar a los demás a afrontar problemas con los que podrían toparse a medida que envejecieran... Éste pareció un aspecto fundamental de la terapia, ya que el Sr. D aceptó la idea de que su vida todavía tenía objetivo como educador y un papel de modelo para los demás... Las últimas tres sesiones... se utilizaron para revisar las habilidades específicas que había aprendido, identificando y verificando sus pensamientos disfuncionales y a fin de prepararse para situaciones potencialmente generadoras de depresión en el futuro [Thompson, Davies, Gallagher y Krantz, págs. 262-265].

Este caso ilustra lo esencial de la terapia conductual cognitiva. Se identifican los pensamientos poco realistas, se señala su base ilógica y el paciente aprende a sustituirlos por pensamientos más realistas. Mediante una práctica continuada, cada vez que surge una idea depresiva, el paciente, en último término, llega a tener habilidades para sustituirla por pensamientos no generadores de depresión. Además, en vez de adoptar un enfoque pasivo de los sentimientos nihilistas que un paciente anciano deprimido podría acarrear a la terapia, al principio de ésta, el terapeuta conductual cognitivo pone mucho esmero en erradicar cualquier duda. Socializar al paciente en el tratamiento, tratando cuidadosamente los sentimientos negativos y explicándole la propia terapia, se considera un primer paso esencial necesario para que la terapia sea satisfactoria (Gallagher y Thompson, 1983).

Este tratamiento en especial también es muy adecuado para superar las dudas sobre la terapia relacionadas con la edad. Cuando un anciano manifiesta sus reservas: «en mi caso, el tratamiento no será eficaz porque soy demasiado viejo para cambiar», la respuesta podría ser: «pero, ¿se ve capaz de aprender?». El terapeuta podría explicar al anciano que el enfoque conductual presta atención a la educación: «Mi objetivo no es cambiar su personalidad sino enseñarle nuevas habilidades para prevenir y controlar su depresión» (Gallagher y Thompson, 1983).

Evaluación. Prácticamente cada característica de la terapia conductual sugiere que se adapta mejor que las técnicas psicoanalíticas para ayudar a los adultos de edad avanzada. La terapia conductual se orienta hacia los problemas y es un tratamiento a corto plazo. Irónicamente, aunque es menos probable que expresen el tratamiento en una terminología orientada hacia el modelo médico, los terapeutas conductuales actúan de forma más parecida a los médicos tradicionales que los psicoanalistas: dan instrucciones y explican al paciente lo que tiene que hacer. Los terapeutas conductuales conocen directamente las resistencias de los individuos ancianos; se esfuerzan por dirigir sus técnicas hacia las necesidades de sus pacientes. Por ejemplo, en el caso que se acaba de describir, el terapeuta procedió muy lentamente a enseñar al paciente una nueva forma de pensamiento, procurando tener en cuenta las menores capacidades de aprendizaje del Sr. D. Lejos de concluir bruscamente el tratamiento, lo redujo gradualmente, permitiendo que el Sr. D practicara con independencia sus nuevas habilidades y todavía «mantuviera contacto» para algunas sesiones de «actualización». Aunque los terapeutas de orientación psicoanalítica en ocasiones modifican sus técnicas, sólo en el caso de los terapeutas conductuales podemos comprobar esta adapta-

ción del tratamiento totalmente flexible para abarcar las necesidades y capacidades de los adultos de edad avanzada.

Por lo tanto, no resulta extraño que los resultados, en los pocos estudios controlados disponibles sobre éstos, comparando ambos tratamientos en ancianos, hayan tenido tendencia a favorecer la terapia conductual (Gallagher y Thompson, 1983; Steuer y cols., 1984; Thompson y cols., 1986). Por ejemplo, en un estudio característico, se asignó aleatoriamente un grupo de ancianos deprimidos a uno de los siguientes tratamientos: terapia conductual cognitiva, el mismo número de sesiones de otro tipo de terapia conductual y un tratamiento de orientación psicoanalítica. Aunque en los tres tratamientos se comprobó idéntica eficacia en la disminución de los síntomas al término de las 16 sesiones de terapia, se observó que los enfoques conductuales eran claramente superiores en los seguimientos: 6 semanas, 3 meses y 6 meses después de la terapia, los ancianos asignados a estos tratamientos tuvieron menos probabilidades de haber presentado recaídas y más probabilidades de haber permanecido libres de síntomas (Gallagher y Thompson, 1983; Thompson y cols., 1986).

Sin embargo, este estudio también ilustra las limitaciones de la terapia conductual (y, podría añadir, de *cualquier* otra técnica psicoterapéutica). Los enfoques conductuales fueron más eficaces en los ancianos con depresiones menores. Estos enfoques fueron menos útiles en los pacientes cuyas depresiones se clasificaron como mayores. En otras palabras, aunque los individuos con depresiones mayores pueden beneficiarse claramente de una psicoterapia asociada a un tratamiento farmacológico, la terapia conductual cognitiva *sola* es más adecuada para tratar los problemas de la vida que para tratar alteraciones con una etiopatogenia más biológica.

Terapia de grupo

La **terapia de grupo** para el tratamiento de los problemas psicológicos evolucionó durante la Segunda Guerra Mundial como una solución para muchos individuos que necesitaban ayuda psicológica y a causa de la escasez de profesionales de salud mental entrenados. Hoy en día, este tipo de tratamiento es muy popular. Incluso se ha extendido hasta individuos que se definen como «normales» y no experimentan un trastorno emocional. Por ejemplo, los grupos de encuentro están diseñados para fomentar la comprensión de sí mismo entre individuos que (como mínimo en teoría) ya están bien adaptados. Y, como comprobamos en capítulos previos, existen grupos para ayudar a individuos «promedio» a afrontar acontecimientos vitales causantes de estrés, como el cuidado de familiares incapacitados, o a tratar las transiciones de la jubilación o la viudez. De hecho, muchos grupos para los ancianos no son en absoluto grupos con una orientación hacia los problemas. Su objetivo es de tipo educativo y social: compartir información y conocer a gente (Zarit, 1980).

En comparación con estos tipos de grupo, el objetivo explícito de un grupo de psicoterapia consiste en ayudar a la gente con problemas emocionales a resolver sus dificultades. ¿Hasta qué punto son prometedores estos métodos de tratamiento para los ancianos? El examen de lo que los grupos pueden ofrecer a los individuos de cualquier edad proporciona algunos indicios.

En un libro de texto clásico sobre psicoterapia de grupo, Irving Yalom (1975) describe las diversas influencias curativas que considera que son el fundamento de los grupos de psicoterapia. Yalom considera que estas influencias son comunes a todos los grupos que resultan satisfactorios, con independencia de sus notables diferencias en la forma externa (p. ej., entre sus miembros, la frecuencia con la que se reúnen, y en su orientación teórica).

Los grupos, de acuerdo con Yalom, facilitan el aprendizaje interpersonal y permiten que sus miembros desarrollen técnicas de socialización. Ofrecen un foro para que la gente aprenda cómo los demás perciben sus acciones, incluyendo sus virtudes y sus defectos. Las respuestas honestas de otros miembros del grupo enseñan a los participantes lo que están haciendo mal y cómo relacionarlo con mejores formas de actuar. Los grupos también ofrecen solidaridad. Con el apoyo del grupo, cada participante tiene el consuelo de saber que no está solo luchando con sus problemas. Los grupos fomentan la esperanza y la sensación de «universalidad» permitiendo que los miembros del grupo reparen en otros individuos con problemas similares que pueden estar afrontándolos de forma más satisfactoria. Como consecuencia, el esfuerzo de cada individuo parece menos exclusivo e insuperable. Asimismo, en relación con estos beneficios existe otra influencia curativa: los grupos fomentan el modelado. Observando cómo otros miembros del grupo afrontan las dificultades, los participantes aprenden nuevas estrategias de afrontamiento.

Y por último, a diferencia de la terapia individual, los grupos permiten que la gente sea «altruista», dando consejos y ayudando a otros miembros del grupo. Es previsible que esta experiencia de poder elevarse desde una posición dependiente a la de ofrecer ayuda sea especialmente eficaz para aumentar la autoestima entre los ancianos que pueden sentirse inútiles porque han dejado de tener la posibilidad de entregarse a los demás.

Todos estos posibles beneficios (algunos de los cuales también se logran en el tratamiento individual) sugieren que la terapia de grupo puede ser muy útil para los ancianos. De hecho, la literatura sobre la utilización de grupos de psicoterapia con ancianos es muy abundante (Gatz y cols., 1985), lo que sugiere que, en realidad, muchos ancianos (o incluso la mayoría) que obtienen ayuda psicoterapéutica son tratados en grupo. Como muestran estos dos ejemplos muy diferentes, también son distintos los tipos de ancianos tratados en grupo.

La señora L, una anciana de 86 años, regresó a su domicilio después de su estancia en el hospital. Se mostraba retraída y desorientada... Rechazaba comunicarse con su esposo y sus hijas y la mayor parte del tiempo permanecía sentada, hundida en una silla, con los ojos fijos en el suelo. La familia y sus ancianos amigos reconocían que había sido una mujer con mucha actividad y no estaban dispuestos a creer que la señora L padecía un proceso irreversible. Pidieron a un terapeuta... que interviniera y... se formó un grupo de amigos, vecinos y familiares de edad avanzada.

El terapeuta... empezó planteándole preguntas sobre sí misma. El grupo, siguiendo el ejemplo, hizo lo mismo... Al cabo de media hora la señora L estaba sentada en su silla prestando atención a la conversación en alemán de un primo anciano. En la tercera sesión de grupo, la señora L fue capaz de hablar sobre su reciente intervención quirúrgica y su prolongada estancia en el hospital. La señora L reanudó por completo sus actividades [Fry, 1986, página 371].

Por el contrario, Robert Butler y Myrna Lewis (1973) utilizaron este método de tratamiento de forma radicalmente distinta, estableciendo diversos grupos de psicoterapia integrados según la edad, cuyos miembros tenían de 15 a 80 años e incluso una edad superior. Su objetivo fue fomentar, al mismo tiempo, un cambio de la personalidad y contrarrestar la segregación relacionada con la edad. Butler y Lewis consideraron que generaciones diferentes podrían ser muy útiles las unas a las otras, a medida que compartieran experiencias características de diferentes estadios vitales.

A diferencia de la señora L, los miembros de estos grupos, aunque eran individuos preocupados y con problemas, no presentaban alteraciones graves o un deterioro intelectual. Los grupos se reunieron semanalmente durante un período prolongado; los participantes acudieron a las reuniones un promedio de alrededor de 2 años. Los miembros más ancianos hicieron contribuciones especiales que, a su vez, les ayudaron a aumentar su sensación de valía personal. Aportaron al grupo su madurez y su amplia experiencia. Sirvieron como modelos de envejecer para los participantes más jóvenes.

Evaluación. Como otras investigaciones de resultados, aunque en algunos estudios de evaluación de la terapia de grupo se mencionan resultados favorables, otros han producido resultados decepcionantes (v. Gatz y cols., 1985; Gotestam, 1980). Así pues, de nuevo, en la evaluación de los méritos de este enfoque terapéutico, debemos recurrir a conjeturas. ¿Cuáles son los pacientes ancianos con más probabilidades de beneficiarse de este tipo de tratamiento? ¿Qué dificultades puede entrañar la utilización de grupos con adultos de edad avanzada?

Los grupos parecen ser especialmente prometedores para ayudar a los ancianos aislados y solitarios que pueden beneficiarse de las excepcionales funciones de apoyo que se acaban de describir. El hecho de que compartir experiencias pueda ser la base del efecto curativo de este tipo de tratamiento también sugiere que podrían ser especialmente útiles los grupos en los que los participantes de edad avanzada afrontan similares preocupaciones de la vida (p. ej., jubilación o viudez).

No obstante, como en el caso del tratamiento psicoanalítico, algunos adultos de edad avanzada pueden tener dificultades para discutir los problemas personales en grupo. Para muchos ancianos, expresarse con franqueza en grupo puede resultar incluso más difícil que ser sincero con un terapeuta individual. Quizás esta es la razón de que la terapeuta Judith Altolz (1978) afirme que, según su experiencia, los ancianos tardan más tiempo en sentirse cómodos en grupo y tienen muchas más probabilidades de rehuir la discusión de problemas personales que los adultos más jóvenes.

Otras precauciones al utilizar este tipo de terapia con los ancianos también se aplican a individuos de cualquier edad: los grupos pueden intensificar el aislamiento si los compañeros del grupo rechazan o critican al anciano (Hartford, 1980). Los grupos tampoco deben anunciarse como grupos cuyo objetivo es la conversación cuando su finalidad encubierta sea la prestación de psicoterapia. Se ha sugerido que este problema puede ser especialmente frecuente en los ancianos a causa de la diversidad de los grupos utilizados con individuos de edad avanza-

da. Por ejemplo, en los centros de la tercera edad, a menudo se establecen grupos para que los individuos alternen y hagan vida social. Cuando, como ocurre a menudo, la prioridad encubierta de estos grupos, conducidos por no profesionales, es la prestación de psicoterapia (Zarit, 1980), se multiplica el riesgo de «accidentes» o de reacciones psicológicas negativas. (P. ej., se han mencionado casos de individuos que, después que un grupo exploró sus problemas personales con excesiva profundidad o formuló, con poco tacto, juicios sobre verdades inaceptables, han intentado suicidarse o han tenido que ser hospitalizados.)

Terapia conyugal y familiar

En la **terapia conyugal y familiar**, el terapeuta suele visitar simultáneamente a una pareja o a una familia de forma regular. Esta técnica evolucionó como respuesta a la observación común de que, cuando un paciente mejoraba con tratamiento individual, a menudo se observaba un hecho especial. El cónyuge u otros miembros de la familia desarrollaban problemas o la familia, de alguna manera, saboteara los progresos del paciente. En otras palabras, los problemas que parecían limitados al paciente, en realidad, en líneas generales, se localizaban en el conjunto de la familia. En la terapia familiar/conyugal, el tratamiento está dirigido al núcleo familiar con trastornos emocionales antes que al individuo con trastornos emocionales (Glick y Kessler, 1980; Satir, 1967).

La terapia familiar y conyugal se basa en la idea de que en realidad los problemas emocionales están causados por relaciones patológicas y que sólo tratando estas relaciones perturbadas pueden curarse los problemas de un individuo. Aunque todos los terapeutas que trabajan con familias coinciden con esta premisa básica, como ocurre en el caso de la terapia de grupo, existen diversas escuelas de terapia familiar, como el tratamiento orientado de forma psicoanalítica y la terapia familiar conductual. Además, los terapeutas familiares han desarrollado un tipo de tratamiento exclusivamente suyo: el **enfoque de sistemas** (v. Haley, J., 1971). Esta visión radicalmente distinta de lo que causa psicopatología evolucionó como reacción a las formas ortodoxas de considerar los problemas psicológicos. La tasa de curación, a menudo insuficiente, de la terapia tradicional, sobre todo psicoanalítica, constituyó un estímulo para el desarrollo de este enfoque.

Los terapeutas psicoanalíticos consideran que los problemas se localizan en la persona y se deben a experiencias precoces de la infancia. Los terapeutas familiares de sistemas invierten este punto de vista. Creen que el origen de los problemas psicológicos debe buscarse en la situación actual del individuo y consideran que no es patológico el individuo sino la *situación*. En su opinión, una conducta alterada es una respuesta adecuada, adaptativa, al entorno actual, patológico.

Esta perspectiva determina una estrategia de tratamiento muy diferente. El terapeuta en lugar de permanecer pasivo y dejar que se pongan de manifiesto los sentimientos y fantasías de la infancia, interviene de forma activa para modificar las interacciones familiares perturbadas. Por ejemplo, en nuestra historia, el Dr. Zaccarelli intentó que Rubén Gold dejara de sobreproteger a su esposa definiendo de nuevo a Sophie como una persona capaz, ya que consideró que, planifi-

cando este cambio, el miedo de su paciente disminuiría. También proporcionó a la pareja tareas para hacer en casa —instrucciones que debían seguir entre sesiones— con objeto de reparar su mala relación.

Otra interesante técnica de sistemas familiares es la que se denomina «prescripción del síntoma». El terapeuta da instrucciones a los miembros de la familia para que en su domicilio regularmente pongan en práctica lo que les molesta. Se pide a la pareja que no puede dejar de discutir que se pelee cada noche; se pide al paciente con ataques de ansiedad incontrollables que sufra un ataque de ansiedad cada noche, a las 8. Se considera que, cuando el síntoma pierde su calidad involuntaria, pierde su significado emocional. Una vez que el paciente controla la enfermedad, deja de ser prisionero de su miedo, por lo que los síntomas se disipan de una manera natural.

A continuación, se describe un ejemplo de intervención de terapia familiar desarrollada para los ancianos, una técnica que combina elementos de terapia orientada hacia la introspección y terapia familiar de sistemas. En primer lugar, se reestructuran activamente las interacciones familiares, separando al paciente físicamente de la situación. Una vez fuera de su hogar, el paciente mejora, tal como es de prever si la situación patológica es la responsable del problema. En este momento la familia es capaz de participar en una terapia familiar orientada hacia la introspección. En esta segunda fase de tratamiento, la familia se reúne para comprender cuáles son sus maneras destructivas de relacionarse y sustituirlas por acciones y emociones más positivas.

El Sr. H, de 82 años, era alto, tenía buen aspecto y aparentaba menos edad. Su esposa, 20 años más joven, era una mujer atractiva a la que la gente a menudo tomaba por su hija. Dos años antes de su ingreso, el Sr. H decidió jubilarse y presentó su dimisión en la fábrica donde trabajaba. Su esposa trabajaba en una perfumería y su salario se destinaba a la manutención de ambos cónyuges. Poco antes de su ingreso, el Sr. H dejó de ayudar a su esposa con las tareas domésticas que se habían convertido en una de sus obligaciones después de la jubilación. La pareja discutía constantemente. La Sra. H no podía soportar que su esposo envejeciera. Representaba su papel de individuo de edad avanzada con una conducta regresiva y pueril... Sin decir nada a su esposa manipulaba a sus hijas casadas para que le ayudaran con el trabajo doméstico. Intentaba poner a sus hijas de su parte y en contra de su exigente esposa. Al ingresar al Sr. H en el hospital de día, conseguimos la fase 1. No existía razón para que sus hijas entraran a hurtadillas en el hogar paterno para ayudar a su padre en las tareas domésticas y el Sr. H dejó de molestar a su esposa en el trabajo. Fue capaz de establecer un papel más positivo y menos destructivo de sí mismo en la familia... Aunque su hostilidad era mutua, ambos esposos se comunicaron bien y asumieron la exclusiva responsabilidad de su conducta. Se logró la fase 2. El Sr. H restableció su propia dignidad en la familia. Asimismo ayudamos a la familia a aceptar al padre y esposo en un nuevo papel... Se dio de alta al Sr. H, visiblemente mejorado [Grauer, Betts y Birnbom, 1973, pág. 24].

Evaluación. La terapia conyugal y familiar parece especialmente adaptada a las situaciones clásicas a las que se enfrenta una pareja anciana o una familia con padres de edad avanzada; por ejemplo, la adaptación a los cambios de papeles como ocurre en caso de enfermedad o jubilación.

Aunque muchos individuos son capaces de afrontar sorprendentemente bien la situación cuando su cónyuge se pone física (o mentalmente) enfermo (v. capí-

tulo 8), este acontecimiento relacionado con la edad «se cobra víctimas»: como en nuestra historia ilustrativa, existen parejas cuyas relaciones se deterioran por el impacto de este considerable estrés. La jubilación es otro estrés de la postrimería de la vida que, aunque habitualmente no ocasiona problemas, afecta negativamente algunas parejas (Keating y Cole, 1980). Cuando estos cambios producen desavenencias conyugales, la terapia conyugal parece ser un enfoque lógico.

La terapia familiar también puede ser idealmente apropiada para ayudar a los hijos a hacer frente a un padre incapacitado. Como comprobamos en el capítulo 8, en este caso, son mucho más predecibles unas relaciones turbulentas: irritación y alejamiento entre el padre y el hijo que cuida de él (Cantor, 1983) y conflictos entre hermanos y hermanas cuando se esfuerzan para afrontar de forma equitativa la responsabilidad de los cuidados (Johnson, E. S., y Bursk, 1977). En estas situaciones, siempre que la familia como un todo esté motivada para visitar a un terapeuta (Blazer, 1982), la terapia familiar puede representar la intervención de elección.

TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

En la primera mitad de este siglo, la gente soñaba con el día en que existiría una medicación capaz de acabar con los trastornos mentales. A finales de la década de los cincuenta, este sueño se hizo parcialmente realidad, cuando se desarrollaron fármacos que, en ocasiones, produjeron este espectacular efecto. Estos fármacos denominados **psicotropos** (modificadores de la psique) actúan neurológicamente, alteran los sentimientos, los procesos del pensamiento y la conducta, y alivian los atormentadores síntomas que producen los trastornos psicológicos funcionales.

Existen cuatro tipos de fármacos psicotropos (v. tabla 11-3): **fármacos antipsicóticos** que combaten la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; **fármacos antidepresivos** para las depresiones mayores; **fármacos antiansiedad** o **ansiolíticos** que tranquilizan a los pacientes que experimentan ansiedad, y **fármacos antimaniacos** (el carbonato de litio, que es una sal más que una sustancia química sintética, se utiliza en el tratamiento de la enfermedad maniaco-depresiva).

En nuestro país, los psicotropos son los fármacos más a menudo prescritos para adultos de cualquier edad. Y los ancianos, además de ser más propensos a utilizar medicaciones en general, son asimismo usuarios más frecuentes de psicotropos. Los expertos calculan que 1 de cada 3 individuos con una edad superior a los 65 años toma un fármaco psicotropo en algún momento en un año determinado (Fry, 1986; Walker, J. I. y Brodie, 1980). En los geriátricos, donde la psicopatología de gravedad es endémica, los porcentajes son mucho más elevados: en un momento determinado, se prescribe algún tipo de fármaco modificador del humor a 3 de cada 4 residentes (Baldessarini, 1977). Estas estadísticas ponen de manifiesto la necesidad imprescindible de examinar los inconvenientes y beneficios de estos fármacos en los ancianos.

Tabla 11-3. Lista parcial de psicotropos

Clases principales	Tipos químicos
<i>Antipsicóticos o neurolépticos</i>	Fenotiacinas (p. ej., clorpromacina) Tioxantenos (p. ej., clopentixol) Butirofenonas (p. ej., haloperidol) Difenilbutilpiperidinas (p. ej., pimocida) Indoles (p. ej., molibdona)
<i>Antidepresivos</i>	Antidepresivos tricíclicos (p. ej., amitriptilina o imipramina) Inhibidores de la recaptación de serotonina (p. ej., fluoxetina o citalopram) Inhibidores de la MAO (p. ej., tranilcipromina o moclobemida)
<i>Ansiolíticos</i>	Triazolobenzodiacepinas (p. ej., alprazolam) Benzodiacepinas (p. ej., diacepam o fluracepam) Barbitúricos (p. ej., fenobarbital) Propanedioles (p. ej., meprobamato) Azaspirodecanodionas (p. ej., buspirona)
<i>Antimaniacos</i>	Antihistamínicos (p. ej., hidroxicina) Sales de litio

Fármacos antipsicóticos

Los fármacos antipsicóticos han revolucionado el tratamiento de la esquizofrenia. Son los principales responsables del movimiento de reforma que permitió cerrar las puertas de muchas de las instituciones psiquiátricas que alojaban a pacientes mentales crónicos. Estos fármacos pueden producir espectaculares efectos sobre los síntomas esquizofrénicos más extremos: producen una desaparición de las ideas delirantes, alucinaciones y otros síntomas extraños de esta devastadora enfermedad. Ningún profesional que trabaje en una unidad psiquiátrica hospitalaria puede dejar de sentirse impresionado por la potencia de estos fármacos. Al cabo de pocas horas de haber iniciado un tratamiento con alguno de estos fármacos, un paciente violentamente psicótico e incoherente puede transformarse en un individuo con quien se puede razonar y hablar, y que en último término puede ser dado de alta para llevar una vida relativamente normal fuera del hospital.

Sin embargo, los fármacos antipsicóticos no son una panacea. Sólo actúan hasta un grado limitado en algunos pacientes y no son en absoluto eficaces en otros. Producen efectos adversos. Aunque muchas de estas reacciones adversas son simplemente molestas, otras pueden revestir gravedad, causar lesiones neurológicas permanentes, o incluso, en casos excepcionales, el fallecimiento del paciente. No curan la esquizofrenia en sí sino que sólo suprimen sus síntomas mientras el paciente está en tratamiento con el fármaco. Debido al inconveniente de tomar a diario diversos comprimidos y a los efectos adversos, muchos pacientes esquizofrénicos dejan de tomar la medicación, una decisión que puede conducirles a una recidiva, otro episodio psicótico y un nuevo ingreso en el hospital.

Aunque, como se ha mencionado en el último capítulo, podría ser menor el número de individuos con una edad superior a los 65 años que experimentan esquizofrenia, en los ancianos los fármacos antipsicóticos se prescriben con relativa frecuencia. Esto es especialmente verdad en las residencias de ancianos (Baldessarini, 1977; Norman y Burrows, 1984). En muchos casos, la prescripción de los fármacos es adecuada, incluso cuando el problema principal del individuo no es la esquizofrenia. Por ejemplo, la agitación grave y las ideas delirantes y alucinaciones se asocian a menudo con demencia (Zarit, Orr y Zarit, 1985; v. cap. 10). Los fármacos antipsicóticos pueden resultar muy útiles en el tratamiento de estos problemáticos síntomas secundarios de la enfermedad de Alzheimer (Baldessarini, 1977).

Sin embargo, por desgracia, como ocurre no sólo en el caso de los ancianos sino en individuos de cualquier edad y con escasos recursos socioeconómicos ingresados en instituciones, en ocasiones, los fármacos antipsicóticos se utilizan para necesidades institucionales antes que individuales: para sedar a los individuos que el personal de enfermería considera difícil de tratar (Norman y Burrows, 1984; Peabody, Warner, Whiteford y Hollister, 1987; Zarit, Orr y Zarit, 1985). Por ejemplo, en un sondeo de 12 hospitales de la Veterans Administration, se comprobó que el 23% de los ancianos tratados con psicotropos no experimentaba ningún trastorno mental (Walker, J. I. y Brodie, 1980).

Resulta fácil imaginar la poderosa tentación de sobremedicar a los residentes de geriátricos. A causa de un personal poco cualificado (y, como comprobamos en el capítulo 4, al bajo estado de ánimo del personal), pueden existir muy pocos métodos para tratar a pacientes difíciles, aparte la sedación. Además, los geriátricos habitualmente sólo disponen de un psiquiatra consultor contratado, o más a menudo carecen de psiquiatra consultor. Cuando el atribulado personal de enfermería presiona a un médico de atención primaria para que «haga algo» para tranquilizar a un paciente difícil, incluso los profesionales más conscientes pueden sucumbir a la presión de dispensar fármacos enseguida, sin una evaluación cuidadosa de lo que requiere el paciente (v. la lista de directrices al término de esta sección).

Sin embargo, como también comprobamos al principio de este libro, la prescripción de fármacos entraña mayor riesgo en los pacientes de edad avanzada a causa de su mayor posibilidad de desarrollar reacciones tóxicas a los fármacos. La utilización despreocupada de fármacos antipsicóticos no sólo crea, sin ninguna necesidad, incapacidades excesivas sino que incluso puede ser una amenaza para la vida.

Fármacos antidepresivos

Dado que esta clase de fármacos no producen un efecto tranquilizante sobre una conducta violentamente alterada, la prescripción de antidepresivos puede ser menos indiscriminada que la de otros psicofármacos. En este caso, el problema reside en los efectos adversos que producen los antidepresivos, incluso cuando se prescriben adecuadamente.

Como los fármacos antipsicóticos, los antidepresivos pueden «hacer milagros» en algunos pacientes deprimidos. Son más eficaces cuando un individuo presenta los síntomas clásicos de depresión mayor (v. cap. 10). En los pacientes

con depresiones menores, estos preparados no producen una mejoría tan espectacular. Asimismo, para ser eficaces, son necesarias 1-3 semanas, por lo que algunos pacientes, desalentados, abandonan prematuramente el tratamiento. Estos preparados producen efectos adversos que pueden ser desagradables, o sobre todo, en el caso de los ancianos, incluso pueden poner la vida en peligro. Paradójicamente, dado que estos fármacos son especialmente tóxicos cuando se toman en dosis elevadas, su utilización en individuos deprimidos con ideas suicidas entraña un riesgo elevado, ya que los pacientes pueden tomar una sobredosis con una finalidad suicida.

Fármacos ansiolíticos

Los ansiolíticos se denominan también tranquilizantes menores porque se utilizan para trastornos emocionales menos graves, para problemas relacionados con una ansiedad intensa. Estos fármacos tranquilizan, sedan y relajan al individuo ansioso. Pueden causar somnolencia, por lo que se utilizan también para combatir el insomnio (Stotsky, 1975).

No obstante, pese a su popularidad, la utilización de esta clase de fármacos para tratar la ansiedad simple ha sido objeto de duras críticas a causa de la considerable posibilidad de abuso. Los pacientes, jóvenes y ancianos, fácilmente pueden convertirse en adictos a estos fármacos. Las razones de los ancianos para tomar esta clase de fármacos pueden ser poco apropiadas (como combatir la reducción normal y relacionada con la edad del número de horas necesarias de sueño). El problema de la prescripción de estos fármacos a los ancianos no reside sólo en su calidad adictiva sino en el propio efecto deseado. ¿Compensa el beneficio sedante de estos preparados el riesgo de que el anciano experimente una caída por somnolencia? La disminución del estado de alerta mental, ¿no exacerbará cualquier problema cognitivo que el usuario de edad avanzada pueda tener? Un apasionante estudio demuestra, en líneas generales, que este peligro es real. Cuando los investigadores administraron a una serie de ancianos con la cognición intacta 10 mg de diazepam (una dosis que, pese a ser elevada, se encuentra dentro de los límites que un médico puede prescribir), en una prueba de memoria, los pacientes presentaron déficit casi idénticos a los de un grupo de comparación que padecía una enfermedad de Alzheimer (Block, R. I., De Voe, Stanley, Stanley y Pomara, 1985).

Fármacos psicotropos y el anciano

Como ocurre con la mayoría de fármacos, los ancianos toleran los psicotropos menos bien que los adultos más jóvenes. Es probable que una dosis dentro de los límites que un individuo de 30 años puede asimilar sea excesiva para un individuo de 70 años. Dado que el metabolismo y la eliminación de los fármacos en el anciano son menos eficientes, los preparados permanecen durante más tiempo en el organismo. Además, los frecuentes efectos adversos de los psicotropos pueden exacerbar las dificultades físicas que muy probablemente tienen los ancianos. Por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos deben utilizarse con mucha precaución en individuos con cardiopatías porque provocan irregularidades del latido.

do cardíaco y, en consecuencia, incluso podrían precipitar un infarto de miocardio (Baldessarini, 1977; Hollister, 1993).

Los efectos adversos de los fármacos psicotropos incluyen delirios y diversas reacciones específicas —la gravedad de los efectos adversos fluctúa desde la sequedad de boca hasta las crisis cardíacas que ponen la vida en peligro, mencionadas previamente—. Aunque la mayor parte de efectos no son mortales, muchos afectan negativamente las capacidades funcionales o la forma de sentirse de un individuo. El riesgo de efectos adversos negativos se multiplica si el paciente está siendo tratado al mismo tiempo con otros fármacos, lo que es frecuente en el caso de los ancianos. Es probable que se produzcan interacciones farmacológicas, en ocasiones por mecanismos desconocidos, con el psicotropo (Fry, 1986; Peabody y cols., 1987; Simonson, 1984). El riesgo de reacciones adversas en los ancianos también es mayor porque los problemas cognitivos, emocionales e incluso de visión aumentan asimismo las probabilidades de que el paciente no tome correctamente el fármaco, según lo prescrito.

Estas advertencias sugieren que, en los ancianos, los psicotropos deben prescribirse con moderación y en dosis más bajas. Su utilización también debe supervisarse cuidadosamente. Uno de los objetivos principales de un nuevo campo denominado **psicofarmacología geriátrica** consiste en desarrollar directrices para su utilización. Algunas de estas directrices (v. Fry, 1986, pág. 411) se enumeran a continuación:

1. Establecer un período basal libre de fármacos mediante la suspensión de todos los fármacos psicotropos no esenciales.
2. Evaluar la historia de fármacos del anciano para diferentes enfermedades médicas y trastornos psicológicos funcionales.
3. Evaluar la tensión arterial y el hemograma, cocientes proteína/albumina totales, análisis de orina y procesos cardíacos y respiratorios del anciano.
4. Evaluar la ingestión de fármacos y sus efectos adversos o positivos sobre el anciano.
5. Las dosis iniciales y de mantenimiento de los fármacos para los ancianos deben ser de un tercio a la mitad de las de pacientes más jóvenes.
6. La administración del fármaco al anciano debe ser responsabilidad de un adulto que viva con aquél y pueda monitorizar los efectos adversos.
7. Los ancianos tratados con psicotropos deben ser observados regularmente por sus cuidadores, con una monitorización en busca de signos de fatiga, abstinencia, confusión cognitiva. Es esencial una estrecha vigilancia.
8. Los médicos deben revisar regularmente a los pacientes ancianos tratados con fármacos para evitar el riesgo de efectos adversos progresivos y posiblemente peligrosos.

TRATAMIENTOS PARA LA DEMENCIA

Los métodos para tratar la demencia se dividen en las mismas categorías que las utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos funcionales: por una parte, intentos para mejorar el razonamiento utilizando medios no biológicos

(hablar con el paciente o reestructurar el entorno) y, por otra, esfuerzos para tratar al paciente por medios químicos (habitualmente mediante fármacos experimentales que mejoran la memoria). Además, dado que la demencia continúa siendo una enfermedad incurable, en la década previa se ha prestado cada vez más atención a ayudar a las otras víctimas de estas enfermedades devastadoras: los familiares.

Tratamientos ambientales

El mundo exterior puede reestructurarse mediante diversos métodos para ayudar a un paciente con demencia. Por ejemplo, cualquier intervención que fomente la independencia física también puede aumentar el funcionamiento cognitivo. Otros tratamientos ambientales para la demencia incluyen los servicios formales descritos en el capítulo 4: hospitales de día y geriátricos con unidades especiales para residentes afectados de demencia. Asimismo, existen dispositivos externos que intensifican el recuerdo y protegen al paciente. A continuación se describen algunas ayudas útiles en ancianos con déficit cognitivos (O'Quinn, comunicación personal, 1986):

1. Para la memoria:

- a) Tablón de anuncios para la planificación diaria y mensajes.
- b) Minutero de cocina y despertador para recordar al paciente lo que tiene que hacer.

2. Para vivir con independencia:

- a) Ropa y zapatos con cierres velcro.
- b) Asideros para cepillos de dientes, cubiertos, plumas y lápices.
- c) Vasos para beber de flujo controlado.
- d) Trabas en las extensiones de los pomos y tiradores de las puertas.

3. Para la seguridad:

- a) Alarma para escapes de la llave del agua (la alarma se dispara en caso de inundación).
- b) Tetera o cafetera con interruptor automático; plancha con interruptor automático y estufa con interruptor automático.
- c) Cerraduras de puertas y botiquín a prueba de niños.
- d) Asideros junto al WC y la bañera.
- e) Relojes automáticos en electrodomésticos y lámparas.

Y, a continuación, se describe el tratamiento denominado *orientación de la realidad*.

Orientación de la realidad. La **orientación de la realidad**, utilizada habitualmente en instituciones cuyos residentes presentan confusión grave, se basa en

el principio de que la desorientación puede combatirse aumentando la cantidad de exposición que los pacientes con confusión reciben de los hechos básicos sobre sí mismos y su situación externa. En otras palabras, aumentando el volumen de las informaciones externas sobre la realidad, se pueden compensar parcialmente las pérdidas internas (Kohut, Kohut y Fleishman, 1979). Un programa de orientación de la realidad típicamente precisa un compromiso total del personal del geriátrico.

En primer lugar, se instruye al personal para que no escuche nunca la charla delirante del paciente sin informarle de la realidad. Cuando el Sr. Chin afirma que está en un hotel, el personal debe corregirle diciéndole: «No, se encuentra en la residencia de ancianos Four Acres.» Además, se dan idénticas instrucciones a la familia del Sr. Chin: «No siga nunca la corriente a las ideas delirantes de su padre.» Después, en cada visita, se informa al paciente sobre hechos básicos: con quién está hablando, dónde se encuentra. Estos intentos de anclar al individuo en la realidad se producen cada vez que un miembro del personal interacciona con un paciente en estado de confusión. Además, el geriátrico puede ofrecer grupos o clases de orientación de la realidad que proporcionan a los residentes la misma información de forma más estructurada.

A continuación, se describe la conducta que un miembro del personal que practica la orientación de la realidad puede seguir cuando da la comida a un residente. Las palabras en cursiva son los indicios que orientan al paciente con respecto a su entorno:

«Buenos días, Sr. Y. ¿Cómo se encuentra hoy? (Esperar respuesta.) Hace un *día* maravilloso de otoño y la *mañana* es clara y despejada. ¿Está listo para *desayunar*? (Esperar respuesta.) Aquí está su *bandeja del desayuno*. Son las 8 de la *mañana* y he aquí su *desayuno*. Estas tostadas parecen deliciosas, Sr. Y» [Adaptado de Kohut, Kohut y Fleishman, 1979, página 68].

Aunque esta conversación puede parecer artificial, tiene un objetivo importante: anclar al paciente en el mundo real, recordándole el momento del día, la estación, el tiempo que hace y lo que se espera que haga (comerse el desayuno). Cuando una residencia de ancianos se compromete en un verdadero programa de orientación de la realidad, el personal utiliza este enfoque a cada oportunidad.

Además, la orientación de la realidad a menudo incluye la utilización de accesorios ambientales: calendarios de grandes dimensiones y relojes dispuestos en lugares llamativos y un objeto denominado tablero de orientación de la realidad (v. fig. 11-1). Expuestos en lugares destacados en toda la institución, se supone que estos recordatorios físicos de la realidad también ayudan a reducir la desorientación.

En el domicilio del anciano, unos altavoces también pueden anunciar con regularidad, durante el día, hechos básicos como la hora y la fecha. El personal de la institución puede animar a los residentes a personalizar sus habitaciones (p, ej., conservar, junto a su cama, fotografías de la familia y objetos familiares). Un objeto tan simple como un espejo también puede ser un instrumento de orientación de la realidad. Se considera que el espejo combate asimismo la desorientación, recordando al paciente un hecho esencial de la vida: su aspecto.

Hoy es viernes
La fecha es 19 de diciembre de 1995
Hace un día soleado
El próximo día festivo es Navidad
La próxima comida es la cena
Mañana es sábado

Fig. 11-1. Tablero de orientación de la realidad.

Evaluación. Aunque hoy en día los distintivos de la orientación de la realidad, como el tablero de orientación de la realidad, constituyen elementos estándar en muchos geriátricos, se ha desvanecido considerablemente el interés por esta técnica. La premisa básica de la orientación de la realidad está lejos de ser una verdad indiscutible: que, de algún modo, el hecho de recordar la realidad mejorará la vida del paciente que sufre confusión. ¿Se encuentra realmente mejor un paciente con demencia multiinfarto por el hecho de conocer la penosa verdad de que está en una residencia de ancianos y que su esposa ha muerto antes que imaginarse que se encuentra de luna de miel en España? Incluso, lo que todavía es más desalentador, los escasos estudios que han evaluado si la orientación de la realidad es eficaz han llegado a conclusiones decepcionantes (v. para una revisión Zarit, 1980).

Un estudio que puso de manifiesto la utilidad del procedimiento proporciona indicios de las condiciones específicas que pueden ser importantes para que sea eficaz (Brook, Degun y Mather, 1975). Los investigadores dispusieron un grupo de pacientes en una habitación que contenía periódicos, un tablero de la orientación de la realidad y objetos interesantes. Se instaló a otro grupo en la misma habitación con un miembro del personal que les habló de los materiales y señaló los apartados del tablero de la orientación de la realidad. Los investigadores comprobaron que sólo mejoró el segundo grupo, lo que sugiere que, suponiendo que la orientación de la realidad sea de alguna ayuda, se precisa estimulación interpersonal, y que el hecho de exponerse simplemente a recordatorios externos de la realidad carece de efecto. Además, la intervención sólo mejoró la cognición entre pacientes que, para empezar, no presentaban un deterioro grave. Así pues, una segunda precondition para que la orientación de la realidad sea eficaz podría ser la selección de los pacientes adecuados. La técnica debe utilizarse sólo con adultos de edad avanzada que experimenten demencia moderada.

Como veremos, el problema de la selección de pacientes es fundamental en un ámbito donde la eficacia sería trascendental: encontrar un tratamiento biológico eficaz para las demencias mayores de la postrimería de la vida.

Tratamientos biológicos

El descubrimiento de un fármaco o sustancia para curar la demencia representa el sueño de finales de este siglo, una fantasía compartida no sólo por todos los individuos de más de 65 años, sino por cualquier persona, sin que importe su edad, cuya vida se haya visto arruinada presenciando los estragos de la enfermedad en un familiar demente, al cual también puede haber tenido que cuidar. Aunque los investigadores persiguen fervientemente este sueño, hasta la fecha, ningún tratamiento ha podido prevenir, invertir o ni siquiera aminorar realmente el curso degradante, inexorable de la demencia más frecuente, la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, una serie de medidas preventivas como la disminución de la tensión arterial o del colesterol pueden reducir hasta cierto punto la frecuencia de los pequeños ictus característicos del segundo tipo principal de demencias, la demencia por multiinfarto (v. Zarit, Orr y Zarit, 1985).

El enfoque principal del tratamiento biológico de la enfermedad de Alzheimer es eminentemente lógico. Hay que determinar cuáles son las sustancias deficitarias, puestas de manifiesto en sus víctimas y, después, administrarlas por medio de fármacos, regímenes dietéticos u otro tratamiento (v. para revisiones Cole y Liptzin, 1984; Crook, 1986). Por ejemplo, dado que los investigadores saben que en los cerebros de las víctimas de la enfermedad de Alzheimer es característico un notorio déficit de un neurotransmisor, la acetilcolina, se ha dedicado gran cantidad de investigación a intentar reforzar especialmente esta sustancia química. Un enfoque ha sido administrar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer una sustancia precursora de su producción como la colina; otra estrategia ha sido intentar disminuir la destrucción de acetilcolina, principalmente administrando a los pacientes fármacos que parecen producir este efecto. Otros tratamientos para la demencia incluyen la utilización de fármacos vasodilatadores (que mejoran el flujo sanguíneo cerebral), utilización de estimulantes que pueden mejorar la memoria, e intentos de reforzar químicamente otros sistemas en los que se ha postulado una relación con la enfermedad de Alzheimer. Aunque muchos de los investigadores que han utilizado estos diversos métodos indican un cierto grado de mejoría en algunos pacientes, hasta la fecha, ningún tratamiento ha deparado el tipo de éxito que lo clasificaría como un descubrimiento real para el tratamiento del azote más temible de la vejez.

La dificultad de investigar en este ámbito está ilustrada por algunas hipótesis sobre la razón de que una pista inicialmente prometedora, la utilización de vasodilatadores para el tratamiento de la demencia multiinfarto, constituyera en realidad un callejón sin salida (v. Sathananthan y Gershon, 1975): a) los fármacos podrían no haber actuado porque el deterioro del flujo sanguíneo cerebral podría no ser la causa de este tipo de demencia. b) Los fármacos podrían haber sido ineficaces porque sólo produjeron dilatación de los vasos sanguíneos sanos y no, como es necesario, de los vasos patológicos. c) Incluso si los fármacos aumentaron el flujo sanguíneo dentro del cerebro, la intervención quizá no habría sido eficaz porque ya se había destruido una cantidad excesiva de tejido cerebral.

Esta posibilidad final saca a colación un problema general que ha dificultado el progreso para hallar *algún* tratamiento biológico o curación para la demencia:

los problemas de un diagnóstico preciso y precoz. Establecer la presencia de una enfermedad de Alzheimer (o como anteriormente, una demencia por multiinfarto) no sólo puede ser de por sí difícil sino que la demencia es sobre todo difícil de diagnosticar en el preciso momento en que cualquier fármaco u otro tratamiento podría tener más posibilidades de ser eficaz: cuando la enfermedad se encuentra en sus estadios más precoces y la devastación neural no está demasiado avanzada. Esta es la razón de que el diagnóstico precoz sea tan importante, incluso, en ausencia de un tratamiento eficaz para la enfermedad de Alzheimer o la demencia multiinfarto. El hallazgo de un tratamiento podría *depender* del desarrollo de un marcador precoz fidedigno de las demencias.

Tratamiento de la segunda víctima: familias

Dado que no acertamos a encontrar un tratamiento para la demencia, se ha convertido en una prioridad imperiosa fortalecer la capacidad de afrontamiento de las «víctimas ocultas» de la demencia (v. Zarit, Orr y Zarit, 1985): las familias. Gracias a la extensa investigación sobre los individuos que actúan como cuidadores, en estos momentos disponemos de gran cantidad de información sobre las intensas presiones a las que se enfrentan los familiares que cuidan de un individuo con esta devastadora enfermedad (v. caps. 8 y 10). Asimismo tenemos cierta idea de los servicios concretos que estos cuidadores de primera línea necesitan tan desesperadamente (v. cap. 4). A continuación, prestaremos atención a una organización iniciada por cuidadores de familiares con demencia que ha dirigido los esfuerzos para provisión de otra necesidad decisiva a los cuidadores, apoyo psicológico; dicha asociación es la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA)¹.

Aunque esta asociación también financia y fomenta la investigación, el objetivo principal de la ADRDA es ayudar a las familias. Mantiene una línea directa gratuita y sirve como centro de intercambio de información sobre las instituciones a donde acudir y qué hacer. También auspicia una red nacional de grupos de apoyo de la enfermedad de Alzheimer.

Aunque existen consejeros que se especializan en ayudar la gente a afrontar esta difícil enfermedad, la alternativa más extendida para los cuidadores que requieren ayuda a fin de poder afrontar la enfermedad es participar en uno de estos grupos de apoyo de la enfermedad de Alzheimer en que los cuidadores se reúnen regularmente con otras personas en su misma situación para compartir información y ayudar a solucionar problemas. A continuación se ofrece un ejemplo de la clase de asesoramiento que este tipo de grupo puede proporcionar:

Dave (que habitualmente cuidaba a su esposa con demencia) se marchó de la ciudad la semana anterior y dejó a su esposa con su hija. Después (madre e hija fueron) a un restaurante... La esposa de Dave se negó a entrar en el coche para regresar a casa... Empezó a acu-

¹N. del T. En España y en la mayoría de países europeos existen también muchas asociaciones de esta índole. Por ejemplo, en España, se han creado diversas asociaciones de familiares de Alzheimer que a su vez están federadas.

sar a su hija de intentar hacerle daño e insistió en ver a Dave. Discutieron durante algún tiempo, pero nada conseguía calmarla. Por el contrario, se excitaba cada vez más hasta que por último experimentó un colapso, por lo que su hija llamó a un equipo paramédico... Cuando Dave llegó a su casa, su esposa continuaba acusando a su hija. Dave intentó razonar con ella, pero explicó al grupo que no tuvo éxito... Matt intentó poner el incidente en una perspectiva diferente para Dave. Sugirió que dicha conducta era la forma que tenía su esposa de expresar que estaba muy preocupada por su salida. Matt sugirió, además, que Dave debía reconocer que su esposa estaba inquieta antes que discutir con ella sobre si se había comportado mal... Dave seguía inquieto por las causas de su conducta... El grupo exploró diversos antecedentes posibles de la conducta de su esposa... Cuando Dave empezó a hablar sobre el incidente expresó su sensación de desesperación... El resultado de expresarlo en grupo fue que Dave gradualmente se sintió menos abrumado y mucho más optimista [Zarit, Orr y Zarit, 1985, pág 165].

Como sugiere este ejemplo, las personas que participan en estos grupos revelan abiertamente sus mecanismos para afrontar la situación y mejorar su estado de ánimo depresivo. Pero, aparte estas recomendaciones entusiastas, ¿son realmente eficaces para disminuir el estrés y la desdicha experimentados por los familiares? Para contestar a esta pregunta, Haley, Brown y Levine, en 1987, llevaron a cabo un auténtico estudio de resultados: asignaron, de manera aleatoria, una serie de cuidadores a uno de los dos tipos de grupo de apoyo o a una lista de espera que sirvió como control y valoraron los niveles de depresión, satisfacción de la vida y afrontamiento, antes y después de la intervención de 10 sesiones (v. también cap. 8). Por desgracia, aunque los individuos que participaron en los grupos los valoraron como muy útiles, la participación en dichos grupos careció de efecto sobre índices de mejoría más objetivos. Las puntuaciones de las medidas de depresión, afrontamiento y satisfacción de la vida fueron esencialmente las mismas, hubiera participado o no el individuo en un grupo. Posiblemente, 10 sesiones constituyen un tiempo demasiado breve para comprobar verdaderas mejorías. Quizá la magnitud de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores es simplemente demasiado abrumadora para «curarse» o incluso para mejorar de manera destacada con cualquier intervención de este tipo. Por otra parte, quizás el hecho de que los cuidadores mencionen que se sienten ayudados refrenda suficientemente el valor de los grupos de apoyo. Los héroes de primera línea que afrontan diariamente estas terribles enfermedades necesitan todos los sentimientos positivos que puedan conseguir.

En suma, a pesar de los progresos realizados, este capítulo muestra que nuestro país está muy lejos de abordar las necesidades de salud mental de los ancianos. Demasiado a menudo se deja languidecer a los ancianos con problemas emocionales: sus necesidades siguen sin identificar; son víctimas de la actitud de que un tratamiento «a su edad» no puede ser útil, o los servicios disponibles, simplemente, tienen un coste demasiado elevado. La misma falta de atención se aplica a los cuidadores, un grupo con una necesidad desesperada tanto de servicios concretos como de apoyo emocional. Provistos de nuestros conocimientos de que (con modificaciones) los mismos tratamientos utilizados para los jóvenes pueden ser eficaces para los ancianos, tenemos una clara prioridad: establecer una asistencia de salud mental de calidad para nuestros ciudadanos de edad avanzada es tan importante como tratar sus necesidades de salud física.

PALABRAS CLAVE

Custodia	Enfoque conductual cognitivo
Estudios de resultados	Terapia de grupo
Psicoterapia psicoanalítica	Terapia conyugal y familiar
Tratamiento psicoanalítico orientado hacia la introspección	Enfoque de sistemas
Tratamiento de apoyo	Fármacos psicotropos
Transferencia	Fármacos antipsicóticos
Terapia conductual	Fármacos antidepresivos
Modificación de la conducta	Ansiofíticos
Desensibilización	Psicofarmacología geriátrica
	Orientación de la realidad

LECTURAS RECOMENDADAS

- Baldessarini, R. J. (1977). *Chemotherapy in psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Amplia discusión sobre fármacos psicotropos, utilizaciones y efectos adversos. Incluye un apartado sobre psicofarmacología geriátrica. Dificultad moderada.
- Beck, A. T. (1979). *Depression: Causes and treatment* (7.ª ed.). Filadelfia: University of Pennsylvania Press. Terapia conductual cognitiva de Beck para la depresión. Fácil.
- Clinical gerontologist*. (1986). 5(3/4). Todo el número de la revista está dedicado a diferentes formas de psicoterapia con el anciano. Incluye artículos sobre terapia psicodinámica, terapia conductual y otros tipos de tratamiento. Fácil.
- Haley, J. (1971). Family therapy: A radical change. En J. Haley (Ed.), *Changing families: A family therapy reader*. Nueva York: Grune y Stratton. Artículo que explica los sistemas de terapia familiar. Fácil.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2.ª ed.). Nueva York, NY: Pergamon Press. El creador de la desensibilización sistemática explica sus principios. Fácil.
- Yalom, I. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2.ª ed.). Nueva York: Basic Books. Cada capítulo de esta referencia ampliamente utilizada discute la diferente influencia curativa de los grupos. Fácil.