

REVISTA INTERCONTINENTAL DE
PSICOLOGÍA
y **EDUCACIÓN**

Revista Intercontinental de Psicología y Educación
Universidad Intercontinental
ripsiedu@uic.edu.mx
ISSN (Versión impresa): 0187-7690
MÉXICO

2005
Zoila Edith Hernández Zamora
LA PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ
Revista Intercontinental de Psicología y Educación, julio-diciembre, año/vol. 7, número
002
Universidad Intercontinental
Distrito Federal, México
pp. 79-100

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



La psicoterapia en la vejez

Zoila Edith Hernández Zamora

Resumen

El presente trabajo hace un abreviado recuento de los diferentes conceptos que ha tenido la psicoterapia a través del tiempo; menciona y describe brevemente las principales corrientes actuales en el tema. Hace referencia a las tendencias que han surgido, en particular, en la psicoterapia con adultos mayores, así como la importancia de su uso para el logro de una buena salud mental en la vejez, en la cual suelen presentarse problemas psicológicos como la depresión, además de una baja autoestima. Se señalan asimismo los diversos modelos psicoterapéuticos para el trabajo con adultos mayores, las modificaciones en la psicoterapia

Abstract

This work briefly reviews the different concepts psychotherapy has had through its history and also describes the main currents on the topic at present. Additionally, it refers to recently emerged tendencies, particularly in psychotherapy with aged adults, as well as the importance of its use for achieving good mental health during old age, in a period in which psychological problems like depression and a low self-esteem are common. This article also points out the diverse psychotherapeutic models that may be used with aged adults, the modifications in this kind of psychotherapy, its goals and the problems facing it. Finally, this

ZOILA EDITH HERNÁNDEZ ZAMORA: Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. <zhernandez@uv.mx>

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 7, núm. 2, julio-diciembre de 2005, pp. 79-100.
Fecha de recepción: 14 de junio de 2005 | fecha de aceptación: 5 de febrero de 2006.

en el trabajo con senectos, las metas de la psicoterapia y los problemas que plantea la psicoterapia en la vejez. Finalmente, se hacen algunas recomendaciones a los profesionales de la salud que trabajan con grupos o personas de edades avanzadas tendientes al logro de una atención adecuada y de óptima calidad.

PALABRAS CLAVE

psicoterapia, vejez, modelos psicoterapéuticos, salud mental

work makes some recommendations to professionals in the field of health who work with groups or persons of elderly age in order to achieve optimum attention for said age group.

KEYWORDS

psychotherapy, old age, psychotherapeutic models, mental health

¿Qué es la psicoterapia?

La definición del concepto ha sufrido modificaciones a través del tiempo. Para Balint y Balint (1966) la psicoterapia se constituye a partir del uso de un instrumento, mismo que se apoya en una técnica y que actúa a través del psiquismo para modificar síntomas o enfermedades mentales y hasta físicos. Verdwoerd (1976) amplía este concepto diciendo que la psicoterapia es la aplicación, por parte de un terapeuta, de técnicas psicológicas específicas, de acuerdo con un programa preconcebido, cuyo objetivo es ayudar al paciente a disminuir sus limitaciones, incapacidad o invalidez y con ello propiciar un mejor funcionamiento y una mejor calidad de vida. El *Diccionario de pedagogía y psicología* (Canda, 1999) no difiere mucho de estas descripciones al afirmar que la psicoterapia es una terapia por medios psíquicos, de tipo reeducativo a través de un tratamiento psicológico, diseñada para modificar la conducta desadaptada; se realiza preferentemente por medios verbales y puede ser aplicada en forma individual o en grupo. Para Krassoievitch (2001) la psicoterapia se fundamenta básicamente en una comunicación terapéutica. El propósito del terapeuta es, ante todo, la comprensión de los fenómenos, además de descubrir la razón por la cual el paciente actúa de determinada manera y

en determinado momento, Así, “darse cuenta” es un requerimiento para el terapeuta. Todas las formas de psicoterapia pretenden cambiar o modificar la conducta; se diferencian entre ellas por sus técnicas específicas y en cuanto al marco teórico que las sustentan.

Principales corrientes actuales

Actualmente existen muchas formas de psicoterapia, entre las que pueden destacarse las siguientes (Krassoievitch, 2001):

- a) *Psicoanálisis y sus derivados*. Sus postulados son el inconsciente dinámico como motivador de las conductas actuales; la presencia de conflictos generadores de angustia contra la cual operan mecanismos de defensa para mantener el equilibrio de la personalidad, la importancia de las experiencias infantiles como modeladoras de la estructura caracterológica, entre otros.
- b) *Psicología del yo y del self*. Se presta atención a las transferencias narcisistas, el grado de deficiencia y desorganización del *self* (percepción del sí mismo) y los mecanismos defensivos arcaicos (escisión, introyección y proyección), de acuerdo con Kernberg (1982).
- c) *Psicoterapias humanistas*. Se pone un énfasis particular en la intensidad de las experiencias vividas y las emociones, y oponen la dimensión humana universal y trascendental a la enajenación que la confina.
- d) *Teoría de la comunicación y psicoterapia*. Al mismo tiempo que estudia la conducta individual, observa los efectos de esa conducta sobre las demás dentro de un contexto determinado; más que los hechos y las cosas, importan las relaciones entre ellas.
- e) *Técnicas conductistas*. Consisten en descubrir, en términos objetivos, explícitos y cuantitativos, las respuestas desadaptativas que distorsionan o limitan al ser humano en su satisfacción o efectividad en el área interpersonal, familiar, social, de trabajo y demás.
- f) *Terapias “cognitivas”*. Intentan actuar al nivel de los procesos cognitivos,

en donde se engloban pensamiento, lenguaje interior, fantasías, creencias, valores, entre otros. Se recomienda particularmente para tratar casos de ansiedad y depresión.

Salud mental y vejez

La salud mental representa una abstracción del concepto global de salud, pues ésta es indivisible. Se hablará aquí del concepto salud mental, definida por Héctor Cabildo como un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre la realidad interna y externa del individuo, manifestada por medio de un ajuste flexible y constructivo a la vida, con relaciones empáticas, productividad, objetividad, libertad y ponderación de juicio, así como estabilidad y positividad de la conducta y congruencia con su cuadro de valores humanos (Cabildo, 1991). Por supuesto, no todos los seres humanos pueden alcanzar este nivel de salud mental; entre este punto de referencia y el correspondiente, por ejemplo, a un esquizofrénico, existe toda una serie de grados intermedios.

La salud mental está relacionada con las ocho labores o crisis psicosociales que, según Erikson (1985), atravesamos a medida que avanzamos en nuestro viaje desde que nacemos hasta que alcanzamos la vejez, cada una vinculada de forma flexible a un periodo determinado de la vida. Estas labores se asientan una en las otras, porque la persona no puede dominar lo que corresponde a una fase posterior a menos que haya superado con éxito las crisis de desarrollo de las fases previas. La última etapa, la de la vejez, es la integridad del ego, que supone la aceptación de la propia vida para poder aceptar la próxima muerte. Las personas mayores que han alcanzado la integridad del ego sienten que su vida tiene un significado. Paradójicamente, este sentido de la importancia personal les permite aceptar su insignificancia en la vida (es decir, el hecho de que pronto van a morir). Un destino diferente es el que aguarda al anciano que se lamenta de los errores cometidos y de los sueños no cumplidos. Frustrado y condenado porque ya es demasiado tarde para enmendar la pobreza de los años pasados, esta

persona siente terror por la muerte. En palabras de Erikson, la emoción que acosa a este individuo en sus últimos años es la desesperación. Si se resume lo anterior, en la etapa de integridad contra desesperación, la primera resulta cuando las personas se sienten contentas, tranquilas y sin miedo a la muerte; en su contraparte, la desesperación, las personas no tienen esperanza, se sienten deprimidas y aterrorizadas por la muerte inminente.

La salud mental de los senectos está determinada por aspectos de su historia clínica, la incidencia de padecimientos que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral. Las limitaciones en el estilo de vida, la pérdida de autonomía, la muerte de personas significativas o de bienes y estatus social, la pobreza y el aislamiento son factores de riesgo.

En general, quienes están más satisfechos de la vida son quienes gozan de mejor salud y mejor calidad de vida. En la *Encuesta sociodemográfica del envejecimiento en México* de 1994, la mayoría de los ancianos se dijo satisfecho de la vida (76.8%); el resto (32.2%) se declaró insatisfecho o muy insatisfecho. Habría que aclarar la forma en que se obtuvo la muestra y si se consideró el nivel socioeconómico de las personas, su estado de salud, si viven o no en instituciones y, en caso positivo, en qué tipo de instituciones (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Cabildo (1991) también menciona que la salud mental del anciano depende de la satisfacción de las siguientes necesidades: casa y manutención aseguradas, protección a su salud física, compañía, atención, respeto, afecto, tener una ocupación, responsabilidades, sentirse útil, esparcimiento, apoyo psicológico, filosófico, espiritual y/o religioso.

Poco se ha hecho en el campo de la salud mental del adulto mayor y mucho se puede hacer en el futuro: promoción de la salud, asistencia, rehabilitación, investigación y enseñanza, entre otras (Hernández, 2001b).

La atención a la salud mental del adulto mayor

Uno de los problemas de la población añosa es la falta de atención adecuada en las instituciones de salud, que se debe, la mayoría de las veces,

a que el personal, aparte de no ser tolerante y paciente, carece de capacitación, comprensión y afecto. En consecuencia, les resulta embarazoso, desagradable e irritante brindar un servicio de calidad total, lo cual incluye, además del trato afectuoso, un tratamiento interdisciplinario con enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicoterapeutas y geriatras, a fin de ofrecer a estas personas una atención de mejor calidad.

De manera especial, el profesional de la salud que trata a pacientes ancianos debe tener en cuenta diversos aspectos mentales del envejecimiento, que abarcan las reacciones psicológicas y emocionales a dicho proceso, en especial los trastornos depresivos y el deterioro psiquiátrico asociados a diferentes tipos y grados a un malo o escaso ajuste a ese proceso. El profesional de la salud que atiende a pacientes añosos debe contar con una buena formación académica y respetar los principios humanísticos de la profesión, teniendo en cuenta las bases de la bioética en la atención del adulto mayor, que consiste en una percepción especial, una estrategia que se ocupe del estudio del comportamiento moral de las personas ante aquellas de edad avanzada, y que debe orientarse al respeto y la dignidad de las personas mayores (Hernández, 2001a).

Esta tendencia particular por la salud de los senescentes origina prácticas de investigación que tienden a confirmar información con la cual sea posible establecer estrategias de atención. No obstante, a principios de este siglo XXI sólo se cuenta con un mínimo de información empírica en la que pueden apoyarse las soluciones. La información recogida acerca de las necesidades y servicios considerados como críticos por las personas mayores es consistente con un patrón de carácter universal en donde los sistemas de servicios y seguridad social aparecen como los más importantes. El examen de dichos sistemas ilustra la naturaleza compleja del problema de atención a la población adulta mayor; en la práctica, la resolución relevante de este tema exige cambios profundos y difíciles en la forma en que nuestras sociedades establecen y disponen las cuestiones relativas a quién, qué, por qué, cómo, cuándo y a qué costo recibe beneficios, especialmente en periodos de escasez y demandas cada vez más complicadas y en aumento (Tapia, 1994; Hernández y Muñoz, 2003).

El aumento de la población mayor de 60 años, por una lado, y la invariable falta de recursos por el otro, han puesto de manifiesto la calidad y el tipo de atención que se les brinda, dado que mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos. En la última década se ha insistido en la búsqueda de métodos que permitan evaluar esa atención para así planificar y asegurar una calidad adecuada en los servicios brindados a la mayoría de la población senecta (Fleishman, 1994; Hernández y Muñoz, 2003).

Trastornos psicológicos más frecuentes en la vejez

En ciertos casos, la vejez implica cambios psicológicos que, desgraciadamente, no son fáciles de tomar en cuenta: en la senectud suele presentarse una deplorable soledad, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor a la muerte y depresión. Estos estados psicológicos provocan daños profundos en la salud mental y emocional del anciano y tienen repercusiones negativas al interior del ambiente familiar o entorno donde vive (Reyes, 1996).

Existen prejuicios teóricos que declaran que si el cuerpo se deteriora y desgasta, a partir de cierto punto alcanzado de máxima maduración el psiquismo también involucionaría inexorablemente, avalando así teóricamente el mito popular de “los viejos terminan siendo seniles”. En lo que se refiere al orden social, si en la vejez se está solo, por un efecto automático a nivel psíquico todo viejo vería herida su autoestima, de lo que se desprendería que los viejos serían todos seres frustrados y abatidos, resentidos y replegados en sí mismos.

De este modo se intenta fundamentar teóricamente dos generalizaciones por demás prejuiciosas: a) los viejos terminan siendo inevitablemente dementes seniles, y b) los viejos adolecen, invariablemente, de depresiones. Ninguno de estos desarrollos psíquicos permiten pensar en un envejecimiento normal a nivel de psiquismo —el estereotipo es la patología— porque no se puede conceptualizar que en el psiquismo humano hay una

dimensión imaginaria simbólica que puede permanecer inalterable, e incluso fortalecerse, con los rigores del paso del tiempo (Zarebski, 1999).

Uno de los problemas que con más frecuencia se presentan en la población general, en especial en las mujeres, y que se agudiza durante la etapa de la vejez, es la depresión, trastorno que, en muchas ocasiones, guarda una estrecha relación con la pérdida de autoestima. También suele presentarse durante este periodo del ciclo vital por la sensación de inutilidad y vacío que experimenta el sujeto añoso.

La depresión en el adulto mayor difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. La tristeza es uno de los síntomas menos comunes; en cambio, la somatización, irritabilidad y alteraciones cognitivas son más frecuentes. Aunados a los factores físicos y psicosociales previamente señalados que acompañan a la depresión, una serie de cambios en el sistema nervioso central propios del envejecimiento favorece la predisposición a la depresión.

La depresión es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y particular de la enfermedad en el adulto mayor. A pesar de que la prevalencia no se ha podido documentar como considerable, es sorprendente la cantidad de veces que los problemas depresivos acompañan a las varias enfermedades de los senectos. Las frecuentes pérdidas en esta edad, el aislamiento social y una visión negativa del envejecimiento hacen a este adulto mucha más vulnerable. Sin embargo, estos viejos deprimidos han visitado a varios médicos que han elaborado una serie de diagnósticos, excepto la depresión (Sosa, 2000).

Hay generalizaciones prejuiciosas que afirman que los viejos terminan inevitablemente como dementes seniles y que todos ellos padecen de depresiones. Estos juicios no permiten pensar en un envejecimiento normal o exitoso, ya que no consideran que hay un elemento psíquico que puede permanecer inalterable y sano aún con el paso de los años. El mito o prejuicio anterior puede deberse a que entre la mayoría de las personas ancianas —aunque sean emocionalmente sanas— existe, en comparación con personas más jóvenes, una incidencia relativamente alta de perturbaciones mentales, debido en parte a un aumento en la depresión como respuesta a

múltiples tensiones vitales y, en parte, a un aumento de las alteraciones orgánicas cerebrales. Después de los 65 años muchos trastornos que motivan la consulta médica están vinculados más al envejecimiento que a la enfermedad. Existe, de hecho, una limitación evidente impuesta por las afecciones crónicas, lo que debe esmerar el cuidado del médico teniendo presente el componente psicológico del existir en esta edad. Los trastornos de la memoria, de la atención y las modificaciones del sueño, así como las dificultades de relación con el entorno matizan de un tono característico las quejas somáticas. Si a ello se suma cierto sentimiento de minusvalía y dependencia que existe frecuentemente por la pérdida de sus ingresos, el cierre de las perspectivas de vida, se entenderá la aparición de una enfermedad depresiva, de tipo reactivo y, en otras circunstancias, la presencia de una enfermedad melancólica (Caetano, 1993).

Un factor importante en la salud mental de las personas añosas es la pérdida de integración yoica que se expresa por medio de la desesperación y el temor a la muerte, a través del sentimiento de que el tiempo que le queda es, quizás, demasiado corto para intentar otro modelo de vida o para probar caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo se torna en un sentimiento desagradable, difuso, que oculta su desesperación (Rage, 1997).

Afortunadamente, una buena parte de las personas mayores, como la mayoría de personas de cualquier edad, son emocionalmente saludables. Por lo general, estas personas desean participar activamente en la vida, ser tan autosuficientes como lo permiten su salud y sus circunstancias, y mantener relaciones satisfactorias con otras personas. La vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de consolidación de las habilidades y conocimientos que se han logrado desarrollar a lo largo del tiempo. Sin embargo, los recursos emocionales de la vejez con frecuencia disminuyen debido a las muchas crisis que deben enfrentarse (Papalia y Wendkos, 1997). El funcionamiento físico y psicológico de las personas en la transición a la edad adulta tardía es también un elemento clave. En la medida en que se cuente con más edad, la capacidad funcional es distinta: cada vez se necesita más descanso, cuesta más trabajo hacer las cosas, la reacción

intelectual es un poco más lenta y el aprendizaje requiere mayor esfuerzo (Gamietea, 1999). Como se ha mencionado con anterioridad, existen muchos estereotipos negativos relacionados con la vejez que, sumados a sus minusvalías físicas y otras pérdidas sufridas, contribuyen a que el adulto mayor tenga un bajo concepto de sí mismo y una autoestima pobre.

La autoestima es un estado mental, es la manera como uno se siente y lo que piensa respecto a sí mismo y los demás. Puede reflejarse en la manera como se actúa; también puede definirse como un estado interno de creencias y la manera como se experimenta externamente la vida. La expresión “autoestima elevada” se relaciona con tener un sentido positivo del propio valor inherente como persona.

De acuerdo con Shub (2003), son tres varillas las que sirven de soporte para una autoestima alta. La primera consiste en desarrollar creencias positivas y reales acerca de sí mismo; la segunda está centrada en disminuir aquellas creencias negativas sobre sí mismo, y la tercera requiere que la persona tenga un compromiso con el autocuidado, íntimamente relacionado con el desarrollo de un estilo de vida que comprenda, como parte esencial, la satisfacción adecuada de las necesidades personales: alimentación, ejercicio, salud, saber valorar y aprovechar el tiempo en soledad, contar con amigos, tener apoyo social y ser capaz de pedir lo que se necesita de otras personas; esto les permite sentirse protegidos y seguros en el propio ambiente y bien consigo mismos.

La psicoterapia en la vejez

Contrariamente a la catastrófica sentencia de Freud (después cambiada por él mismo), que afirmaba que después de los cuarenta años de edad las estructuras psicológicas se rigidizan y ya no es posible cambiar, los estudios de resultados confirman que la psicoterapia es efectiva en edades superiores a los 65 años. De acuerdo con Belsky (2001), existen dos conocidas psicoterapias aplicables a personas de cualquier edad, cuyo uso principal es para la vejez: el planteamiento cognitivo conductista y el psicoanalítico.

La terapia cognitiva conductista es una serie de técnicas estructuradas, centradas en el presente y orientadas a la acción, que parecen ser las más adecuadas para las personas mayores porque no exigen remover de las profundidades recuerdos infantiles ni tumbarse en un sofá durante años. La terapia se aplica en forma de “clases” y las personas mayores no tienen que definirse a sí mismas como enfermos mentales. Este modelo es básicamente respetuoso con la edad: la fase de la vida en que el individuo se encuentre es irrelevante para comprender y cambiar las conductas. Las personas pueden cambiar en cualquier momento de su vida.

En cuanto a la terapia psicoanalítica, para Belsky adquiere nuevos matices que harían estremecer al psicoanalista tradicional, ya que el psicoterapeuta se aventura a salir de sus consultas y reorganizar todo su sistema de actuación para adecuarlo a las necesidades de la persona. El terapeuta se centra menos en cuestiones relacionadas con la infancia y más en problemas de aquí y ahora. Trata a los pacientes desde una perspectiva no ancianista, con la idea de que todo el mundo puede cambiar. A los pacientes se les dice que exploren libremente sus emociones sin ninguna interferencia. Mediante esta intensa autoexploración, el individuo descubre las necesidades inconscientes que motivan los síntomas y pueden construir una vida mejor.

La terapia en los ancianos tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social. Estos dos aspectos están íntimamente relacionados y, como todo lo que tiene que ver con la diferencia y la marginalidad, los patrones culturales ejercen un peso determinante. El hecho —fácil de constatar a primera vista— de la desvalorización cultural de los últimos años de la vida del ser humano, coloca inmediatamente a los ancianos en una posición de minusvalía, lo cual genera los consabidos sentimientos de pérdida de la autoestima, la depresión, el aislamiento y otros.

El objetivo central de la psicoterapia geriátrica es que el paciente actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno. En general se tiende a obtener cambios en los sentimientos, los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad.

De lograrse estas metas, aún en pequeña escala, aparece una vivencia confortante que favorece los sentimientos de autoestima y dignidad (Krassoievitch, 2001).

Este objetivo de la psicoterapia —la recuperación de la autoestima del senecto y la perspectiva de que se sienta aceptado por la sociedad a la cual contribuyó con hijos y con trabajo— desafortunadamente no se ha logrado en su totalidad, muy posiblemente debido a que nuestra cultura, en la cual el dinero y el poder son los valores fundamentales, no ha utilizado las potencialidades implícitas en la etapa final de la vida como la experiencia, las diversas capacidades y conocimientos, la reflexión, el saber, la ecuanimidad. Los problemas de la vejez serían mucho menores si se utilizaran las reservas y posibilidades de las personas de mayor edad. La reminiscencia, por ejemplo, se valora cada vez menos debido a los adelantos de la ciencia y de los medios de comunicación. Habría que encontrar nuevas formas para que los senectos puedan contribuir a la sociedad con sus conocimientos del pasado (Delval, 1994).

Diversos modelos psicoterapéuticos para el trabajo con adultos mayores

Botella (1994) menciona que, a medida que los conocimientos sobre la efectividad y el proceso de psicoterapia con ancianos progresan, las líneas de investigación se diferencian. Dos de los temas a los que se dedica una mayor atención son: 1) la psicoterapia de la depresión en la vejez, y 2) las psicoterapias de reminiscencias y revisión vital con pacientes ancianos. La primera se basa en que el proceso de envejecimiento suele implicar la sucesión de pérdidas significativas en la vida del sujeto, las cuales provocan un proceso de duelo con características muy similares a la depresión clínica. Al respecto, las investigaciones sobre el abordaje psicoterapéutico de la depresión en el anciano establecen una diferencia clara entre el tratamiento de la depresión mayor y el de la distimia (o neurosis depresiva). En el primer caso, la psicoterapia por sí sola no ha demostrado ser efectiva, pero

sí combinada con tratamientos farmacológicos. La psicoterapia de la neurosis depresiva ha recibido mayor atención. El modelo de tratamiento predominante es la psicoterapia cognitiva, que parte de la concepción de la depresión como causada por la visión negativa del paciente respecto de sí mismo, sus experiencias y su futuro. Los esquemas de pensamiento idiosincrásico le llevan a transformar cualquier dato en una cognición negativa y a sus errores en el procesamiento de la información. La intervención terapéutica reviste un carácter marcadamente racionalista y su objetivo es la modificación de estas tres características de la cognición del paciente depresivo. La aplicación grupal de este modelo se ha revelado especialmente efectiva pues aún a las ventajas del formato de grupo (apoyo social, interacción) con el elevado grado de estructuración de las sesiones. Aunque algunos autores (Steuer y Hammen, cit. en Botella, 1994) sugieren que algunos de los factores que afectan el proceso psicoterapéutico en esta modalidad son las alteraciones en el rendimiento intelectual debidas a la edad, el estado de salud física y la gravedad de la depresión, mencionan que las diferencias de estatus cultural y educativo de los miembros del grupo podrían afectar negativamente a la cohesión del mismo, por lo que deberían controlarse en el momento de la formación (Botella, 1994).

Otras formas de tratamiento menos utilizadas de la neurosis depresiva en el anciano son la psicoterapia grupal psicodinámica, la psicoterapia grupal conductual y la psicoterapia ecléctica.

El segundo tema —psicoterapia de reminiscencia y revisión vital— refiere que por reminiscencia se entiende el proceso de evocación narrativa del contenido de la memoria remota. La revisión vital consiste en el proceso estructurado (habitualmente grupal) de fomento de la reminiscencia. Estas concepciones resultan especialmente atractivas por su operatividad y su coherencia con el modelo teórico del ciclo vital de Erikson (1985), que define como tarea propia de la vejez la consecución de un sentido de integridad *versus* desesperación. Debido a este atractivo, la reminiscencia y la revisión vital se han empleado como intervención psicoterapéutica con ancianos en multitud de modalidades (normalmente en grupo, ya que de esta forma se añade un componente de apoyo social al propio de la reminiscencia). Sin

embargo, la literatura al respecto adolece de cierta ambigüedad; vgr. Haight (1988) demostró, mediante un cuidadoso diseño experimental en una muestra de ancianos impedidos que vivían en su casa, que el proceso de revisión vital (individual) incrementaba la satisfacción vital y el bienestar psicológico. Sin embargo, Hewett y cols. (1991) presentan resultados negativos del empleo de la reminiscencia grupal en estancias geriátricas, que atribuyen a la imposibilidad de los residentes de cambiar sus vidas de forma significativa. Por su parte, Baker (1985) lo propone como forma de incrementar el sentimiento de dignidad personal del anciano, mientras que Poulton y Strassberg (1986) consideran que resulta indicado para la resolución de conflictos pendientes.

Ante esta falta de resultados unívocos, la investigación futura debería clarificar: a) las metas psicoterapéuticas de los grupos de reminiscencia y revisión vital; b) las condiciones que aconsejan o desaconsejan la participación en ellos; c) la estructura de las sesiones y del proceso psicoterapéutico en general; d) los componentes activos; e) las formas de evaluación de los resultados, y f) la efectividad diferencial respecto de otras formas de investigación (Botella, 1994).

De igual forma, el terapeuta puede contribuir a la naturaleza constructiva más adaptativa de esta experiencia por medio de interés, aceptación y exploración. El tipo de terapia usada en las personas de edad avanzada ha sido muy variada y, según el caso, se pueden considerar: 1) terapia de grupo; 2) terapia individual; 3) orientación a la realidad; 4) terapia de resocialización; 5) psicodrama; 6) técnicas de modificación de conducta; 7) remotivación; 8) terapia de actitudes, y 9) PREVLAB (prevención de soledad, ansiedad y aburrimiento). Estas terapias pueden retardar el desarrollo de la senilidad y resultan en una vida más rica y placentera para el paciente y los que viven con él. Estas técnicas tienen como finalidad enfrentar al individuo de edad avanzada con la realidad del mundo que le rodea, mejorar su conducta, ayudarlo a socializar con la gente con la que tiene contacto y favorecer su dedicación a más actividades. La terminación de la terapia puede hacerse de tal forma que las sesiones se vayan espaciando y después se realicen visitas esporádicas en caso de necesidad (Botella, 1994).

Una terapia adaptada a las necesidades e intereses de las personas mayores es muy beneficiosa. Por ejemplo, en el Centro para Terapia Cognoscitiva de la Universidad de Pennsylvania se ofrece la terapia cognoscitiva, que ha demostrado su ayuda en el alivio de la depresión de personas viejas, mejorando funciones como la concentración, la atención y la memoria, apoyándolas a verse a sí mismas en términos más realistas y a tomar parte en actividades interesantes. La terapia de grupo puede ser especialmente útil para las personas mayores ya que ofrece la oportunidad de compartir preocupaciones y ayuda a superar la soledad (Papalia y Wendkos, 1997).

Modificaciones en la psicoterapia con adultos mayores

Cuando el terapeuta ya ha reconocido las resistencias cognitivas y empáticas en su trabajo con los pacientes, existen aún ciertas modificaciones por hacer a la terapia. Es importante establecer metas específicas a corto plazo, que se deben proponer al inicio de la terapia, y planificar para que sean alcanzadas con rapidez. También se debe asumir una mayor iniciativa para identificar las áreas de conflicto y los problemas emocionales, facilitando así el establecimiento inmediato de metas terapéuticas específicas. Muchos terapeutas recomiendan, debido a las limitaciones físicas típicas de estos pacientes, sesiones más cortas y frecuentes, aunque es necesario estar pendiente en la observación, al principio de las sesiones, hasta cuánto tiempo puede estar dirigida la atención de los senectos en el trabajo terapéutico. Se ha observado que, en algunos casos y dependiendo del estilo del terapeuta, pueden llegar a estar en una sesión hasta dos horas sin dar señales de hastío o cansancio. Otros dicen haber tenido éxito usando refrescos, música, dulces, hasta cantar en grupo, como un “calentamiento” antes de las sesiones de terapia de grupo. Otros más abogan por ciertas características del paciente como factores positivos potenciales en la situación de terapia (“darse cuenta”) introspección (Groues, 1997).

En la terapia de estos adultos es necesario un papel más activo por parte del terapeuta, así como una delimitación más clara de su papel, ya que por

la salud muchas veces pobre y la tendencia a la dependencia de estos pacientes, las demandas sobre el terapeuta pueden ser excesivas. Existe un gran número de reportes en la literatura que hacen énfasis en el éxito de la terapia de grupo sobre la individual, apoyándose en los beneficios del contexto social del grupo que puede responder al aislamiento que se da frecuentemente en estas personas. También se dice que el contexto en el que existe una multiplicidad de individuos estimula las comparaciones mutuas y facilita el apoyo en lo que se percibe como problemas comunes o compartidos. Se ha visto que los pacientes en las terapias de grupo disminuyen su grado de deterioro y progresan en su apariencia e higiene personal, así como en el interés social, el funcionamiento mental y las relaciones interpersonales.

La terapia individual es recomendada antes o a la par que la grupal en los casos en que el adulto mayor tiene problemas de carácter o está diagnosticado como “caracterológico” o “defensivo caracterológico”, ya que el grupo podría rechazarlo ante su falta de integración al mismo y acentuar su depresión y/o falta de contacto con los otros.

Estos hallazgos van de acuerdo con la idea de que continuar en situaciones de involucramiento social es altamente benéfico en la moral de la gente de edad avanzada. Una reacción típica al inicio de la terapia es la ambivalencia; la angustiante vulnerabilidad que va unida al mostrar los sentimientos internos ante un grupo puede oscurecer la promesa implícita del apoyo de éste, especialmente al principio de su formación. Como miembro de una minoría en desventaja, los ancianos pueden mostrar abiertamente su descontento y obtener así apoyo mutuo. Según Groues (1997), las técnicas usadas en la terapia de estos pacientes tienen en común las siguientes metas:

1. Proveer al paciente con experiencias que contrarresten la distorsión de la realidad.
2. Facilitar comunicaciones realistas y significativas con otros.
3. Facilitar una participación satisfactoria con otros.
4. Reducir la ansiedad y aumentar el confort.
5. Aumentar la autoestima.

6. Proveer de introspección hacia las causas y manifestaciones del proceso de envejecimiento.
7. Movilizar y motivar hacia la creación y productividad a su nivel.

Es primordial que el profesional en esta área tenga presente que cualquier cambio en las actuales prácticas psicoterapéuticas con la gente de edad avanzada dependerá de los avances de la posición de éstos en la sociedad, así como de una valoración más sólida de las carencias y las capacidades que aún poseen.

Problemas que plantea la psicoterapia en la vejez

La aplicación de tratamientos psicoterapéuticos a clientes ancianos se vio seriamente frenada por la opinión externada por Freud en 1905 (Botella, 1994) de que las estructuras de carácter se rigidizan a partir de los 40 años aproximadamente y que, a partir de dicha edad, cualquier cambio significativo se vuelve extremadamente difícil. Si bien algunos psicoterapeutas, incluso desde modelos próximos al psicoanálisis, cuestionaron esta opinión, hubieron de transcurrir varias décadas hasta los primeros trabajos científicos sobre psicoterapia en la vejez. En este sentido, Knight (1978) afirma, con base en su revisión de la literatura desde 1959, que la única diferencia entre la psicoterapia con ancianos y jóvenes radica en las áreas de contenido que caracterizan el proceso psicoterapéutico con unos y otros. Rubin (1977) atribuye la reticencia a trabajar con ancianos a los conceptos erróneos del psicoterapeuta respecto a la efectividad del tratamiento, a sus mitos sobre el proceso de envejecer y a la contratransferencia. Por su parte, Steuer (1982) la atribuye a sesgos conceptuales del psicoterapeuta: sexismo, problemas económicos, actitudes de los ancianos y poca difusión de los recursos comunitarios de salud mental disponibles. La etapa inicial de las investigaciones se caracteriza por los intentos de demostrar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico con ancianos desde diferentes modelos teóricos. La meta final de la psicoterapia no será el cambio profundo de la

personalidad que pretendía el psicoanálisis ortodoxo, sino el apoyo emocional y la determinación de metas vitales. Hay que reconocer, además, la dificultad que para muchos psicólogos que carecen de una formación especializada resulta conciliar su formación psicoterapéutica con el abordaje gerontológico, pudiendo caer en dos posiciones que delatan esta dificultad:

1. Cuando se propone ser consecuente con lo que le compete específicamente, que es la escucha del deseo del viejo, suele desentenderse de toda cuestión gerontológica. No se ocupa entonces de investigar las especificidades de la vejez ni de dar cuenta de su praxis en encuentros interdisciplinarios, ejerciendo así un modelo psicoterapéutico cerrado que no resiste el trabajo de equipo.
2. Cuando piensa que el viejo ya no es un sujeto deseante y, por lo tanto, no hay nada que escuchar en él, ignorando todos los aportes actuales de la gerontología.

No hay que evadir la cuestión de los problemas a los que se enfrenta el psicoterapeuta cuando se trata de la ancianidad; debe estar al tanto de las reacciones psicológicas y bioquímicas de los medicamentos y, para ello, estar en estrecha relación con el médico. Deberá además conocer los sistemas de defensa o resistencia de la persona añosa —aislamiento, encasillamiento, regresión y negación— para establecer una comunicación eficaz con sus pacientes. Estas defensas son cambios que suelen suceder en la vejez y hacen que el tratamiento de una persona mayor sea diferente al de una persona joven. Es importante aceptar que, en esta etapa de la vida, disminuye la represión en algunos terrenos y hay que tener precaución de no acometer directamente contra las defensas del sujeto añoso. Se debe tener cuidado al seleccionar el tipo de psicoterapia, pues el vetusto siempre es más susceptible y más propenso a ser mortificado narcisísticamente, y no tienen, por lo general, un ideal del Yo interno al cual recurrir, como hacen los jóvenes. En general, el método más adecuado con los ancianos es una terapia de apoyo para que atraviesen lo mejor posible por la crisis de la vejez.

Conclusiones

La gente mayor es, en su mayoría, un sector de la población olvidado, desechados por inútiles, improductivos, incapaces para cualquier tarea que requiera destrezas físicas y/o intelectuales. Es necesario descartar este mito, entre otros, ya que para muchos senectos es una profecía autorrealizada. Erróneamente nuestra cultura ha propagado de innumerables formas estas creencias durante la niñez y las etapas siguientes. La mayoría de las personas llegan a viejos con tantos estereotipos negativos que hacen que estos prejuicios sean tomados como algo propio de la edad y que, por tanto, una vez que estén en esta etapa serán también adjudicables a ellos.

Esta situación tiene como consecuencia que hasta ahora no se hayan realizado las suficientes acciones para promover una buena calidad de vida en los adultos mayores y, por tanto, se descuiden los programas, instituciones y servicios de atención para las personas senectas. Resulta injustificable que, a pesar de los avances en la medicina y en las ciencias de la salud y del aumento de la expectativa de vida que trae como resultante una población cada vez más envejecida, se carezca todavía de la infraestructura necesaria para una mejor calidad de vida, en especial durante la vejez, aunada al aumento de la longevidad de las personas. El objetivo no debe consistir solamente en que los individuos tengan cada vez un mayor promedio en su esperanza de vida, sino darle a estos últimos años el placer y la alegría de gozarlos a plenitud.

Parte del trabajo preventivo para evitar un mal envejecimiento radica en crear espacios en los cuales las personas en distintos estadios de envejecimiento puedan reflexionar, concientizar e intercambiar impresiones sobre cómo les afectan los duelos, la viudez, la jubilación, la sexualidad, las angustias, la muerte. Estos temas requieren un espacio de escucha a fin de revisar la posición personal frente a estos avatares del envejecer. La tarea del psicoterapeuta consiste en acompañar este autoconocimiento, lo que le permite detectar los factores de riesgo psíquico, es decir, factores de personalidad que inciden en un mal envejecer y que se manifiestan por medio de puntos clave: la total dependencia, la posición frente a la discapacidad, el

no sentirse ya nada, la carencia de poder, el ejercicio de la abuelidad, “todo tiempo pasado fue mejor”, la falta de flexibilidad, “yo soy así”, la falta de proyectos, la elaboración psicológica de duelos, la dificultad para realizar trabajo psíquico y compensar pérdidas con ganancias, la de asumir el autocuidado, la posición frente a la muerte, el enfrentamiento con la sexualidad, evitar ciertos temas —“de eso no se habla”—, etcétera.

Los aspectos psíquicos del envejecer inciden en el orden físico, y un mal envejecer, desde el punto de vista emocional, favorece el aceleramiento del deterioro, el desencadenamiento de patologías orgánicas y facilita el poder destructivo del maltrato social. Para realizar una tarea preventiva eficaz es necesario crear las condiciones para que el sujeto pueda sostener o retomar el trabajo psíquico como motor del trabajo físico y del enlace social y recíprocamente. Resulta indispensable que la psicogerontología se integre a los equipos preventivos e incluso intervenga en el diseño de políticas para este sector. El psicoterapeuta o psicólogo que trata a los ancianos no debe conformarse con aportar un diagnóstico acerca de los diversos modos de deprimirse o dementizarse en la vejez. Es necesario que dé cuenta de las razones que llevan a un sujeto a estas circunstancias y de lo que se puede hacer para afrontarlas. En síntesis, debe aportar si quiere contribuir a hacer más eficaz la tarea preventiva e insistir en que hay factores de riesgo psíquico que llevan a un mal envejecer.

Para concluir, es necesario mencionar que a esta edad la gente suele ser más receptiva, dispuesta a contar su historia, su manera de ser y de pensar; es como si la persona necesitara establecer contacto, aprovechando la oportunidad de poder hablar. Resulta emotivo observar el agradecimiento que sienten cuando hay alguien que las escucha por primera vez. Se trata entonces de dar voz a las personas que rara vez son escuchadas y, en ese proceso, ayudar a comprender a la vejez como realmente se vive. Estar con los viejos es también darle un sentido a la vida del psicoterapeuta y a la de todos aquellos profesionales de la salud que se dedican a trabajar con esta minoría etaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. y E. Balint, 1966, *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*, Siglo XXI Editores, México.
- Baker, J., 1985, "Reminiscing in group therapy for self-worth", *Journal of Gerontological Nursing*, núm. 11, pp. 21-24.
- Belsky, J., 2001, *Psicología del envejecimiento*, Paraninfo, Buenos Aires.
- Botella, L., 1994, "Tratamientos psicoterapéuticos en la vejez", en J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*, Siglo Veintiuno Editores, Madrid, pp. 411-430.
- Caetano, G., 1993, "Conceptos generales y orientaciones terapéuticas en el envejecimiento normal y patológico", *Psiquis*, vol. 2, núm. 5, pp. 99-103.
- Canda, D., 1999, *Diccionario de pedagogía y psicología*, Ediciones Cultural, Madrid.
- De la Fuente, R., M. Medina-Mora y J. Caraveo, 1997, *Salud mental en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Delval, J., 1994, *El desarrollo humano*, Alianza Psicológica, Madrid.
- Erikson, E., 1985, *The life cycle completed*, Norton, Nueva York.
- Fleishman, R., 1994, "Evaluación de la calidad de atención al anciano", en E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (eds.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años 90*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Gamietea, A., 1999, "La transición a la tercera edad", en *Mujer de tercera edad y seguridad social*, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, pp. 47-59.
- Groues, L., 1997, "La tercera edad: ¿mito, fantasía o realidad?", *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 2, pp. 4-12.
- Haight, K., 1988, "The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects", *Journal of Gerontology*, núm. 43, pp. 40-44.
- Hernández, Z., 2001a, "Formación del alumno del área de ciencias de la salud en la atención del paciente de la tercera edad", *Psicología y Salud*, vol. 11, núm. 2, pp. 31-37.
- , 2001b, "¿Por qué se deprimen los viejos?", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 3, núm. 2, pp. 31-38.
- y M. Muñoz, 2003, "Propuesta de un modelo de atención geriátrica", *Psicología y Salud*, vol. 13, núm. 2, pp. 187-192.
- Hewett, J., K. Asamen, J. Hedgspeth y T. Dietch, 1991, "Group reminiscence with nursing home residents", *Clinical Gerontologist*, núm. 10, pp. 69-72.
- Knight, B., 1978, "Psychotherapy and behavior change with the non-institutiona-

- lized aged”, *International Journal of Aging and Human Development*, núm. 9, pp. 221-236.
- Krassoievitch, M., 2001, *Psicoterapia geriátrica*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Kernberg, O., 1982, “The psychotherapeutic treatment of borderline personalities”, *Psychiatry (Annual Review)*, pp. 470-487.
- Papalia, D. y S. Wendkos, 1997, *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*, McGraw-Hill Interamericana, México.
- Poulton, L. y S. Strassberg, 1986, “The therapeutic use of reminiscence”, *International Journal of Group Psychotherapy*, núm. 36, pp. 381-398.
- Rage, E., 1997, “La personalidad del anciano”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 2, pp. 13-22.
- Reyes, L., 1996, *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia*, México.
- Rubin, R., 1977, “Learning to overcome reluctance for psychotherapy with the elderly”, *Journal of Geriatric Psychiatry*, núm. 10, pp. 215-227.
- Shub, N., 2003, *La autoestima, un enfoque Gestalt*, Centro de Estudios e Investigación Gestálticos (CEIG), México.
- Sosa, A., 2000, “Depresión”, en R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D’Hyver (eds.), *Geriatría*, McGraw-Hill Interamericana, México, pp. 216-220.
- Steuer, L., 1982, “Psychotherapy with the elderly”, *Psychiatric Clinics of North America*, núm. 5, pp. 199-213.
- Tapia, J., 1994, “Los ancianos y las políticas de servicio en América Latina y el Caribe”, en E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (eds.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años 90*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Verwoerd, A., 1976, *Clinical Geropsychiatry*, The Williams y Wilkins Co., Nueva York.
- Zarebski, G., 1999, “Aspectos psicológicos de la tercera edad. Abordajes preventivos interdisciplinarios: factores de riesgo psíquico en el envejecer”, en *Primeras jornadas internacionales para una mejor conciencia gerontológica*, Asociación Mutual de Agentes de Organismos de la Tercera Edad (AMAOTE), Buenos Aires.