

Constructivismo y psicoterapia en la edad avanzada

Botella, L. y Herrero, O.

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona.

En las últimas décadas se asiste a un incremento del interés por la investigación científica de los resultados y procesos psicoterapéuticos. Este fenómeno (especialmente fructífero en los países anglosajones) puede atribuirse a dos factores principales: a) la necesidad de demostrar la rentabilidad económica y social de los tratamientos psicoterapéuticos, y b) el interés científico que reviste el análisis de los fenómenos psicológicos inherentes a la psicoterapia.

La justificación de la eficacia de la psicoterapia resultó obligada desde el momento en que se incluyeron los tratamientos psicológicos en los sistemas, públicos o privados, de asistencia socio-sanitaria. Se hizo necesario poder demostrar empíricamente que el tratamiento psicoterapéutico tenía efectos beneficiosos para la salud mental y la calidad de vida y, en una segunda fase, investigar sobre la eficacia diferencial de los tratamientos. La primera de estas prioridades se planteó con especial relevancia tras la publicación de la investigación de Eysenck (1), que cuestionaba la utilidad de la psicoterapia. Como respuesta a dicha crítica, se fueron acumulando un número creciente de evidencias empíricas en sentido contrario. Esta acumulación condujo al consenso, alcanzado a principios de los años ochenta, respecto a que el tratamiento psicoterapéutico, considerado genéricamente, resulta más eficaz que su ausencia (2). Sin embargo, esta primera etapa de *investigación de resultados* llevó a la paradójica conclusión de que todas las modalidades de psicoterapia eran útiles de una u otra forma (3). Dadas las supuestas diferencias teóricas y metodológicas entre dichas modalidades, así como su multiplicación exagerada (más de 400 según Kazdin) (4) se hizo necesaria la *investigación de procesos* que permitiera establecer discriminaciones más finas de cara a un uso más racional de los recursos económicos disponibles.

Por otra parte, la progresiva sofisticación conceptual y metodológica de la psicología como ciencia hace posible la investigación de fenómenos cada vez más complejos. Un ejemplo paradigmático de dichos fenómenos son los procesos de cambio humano inherentes a la psicoterapia. En la investigación de tales procesos intervienen nociones

y modelos provenientes de una amplia gama de áreas de la psicología; procesos básicos, teorías de la personalidad, psicología cognitiva, psicología evolutiva, psicopatología, psicodiagnóstico, etc. De ahí que tanto la investigación en psicoterapia como en psicología clínica en general revista cada vez mayor importancia como fuente de modelos de intervención, metodológicos, teóricos, e incluso epistemológicos (5).

Las consideraciones generales formuladas hasta este punto son igualmente aplicables a la investigación de la psicoterapia en la vejez. Los condicionantes económicos y sociales hacen aconsejable el estudio pormenorizado de la eficacia, genérica y diferencial, de los tratamientos psicológicos con pacientes/clientes ancianos. Asimismo, la progresiva madurez científica de la psicogerontología y de la psicología del desarrollo adulto permite que dicho estudio resulte cada vez más viable. Por otra parte, este grupo de edad presenta determinadas características propias que refuerzan la necesidad de la investigación sobre los resultados y procesos de los tratamientos psicológicos. Una de ellas es su rápido crecimiento demográfico; se calcula que en el año 2020, el 22% de la población europea será mayor de 65 años. La segunda es la incidencia y prevalencia de trastornos conductuales o emocionales susceptibles de atención psicoterapéutica; si bien existen pocos datos consensuados al respecto, la mayoría de autores cifran la prevalencia de dichos trastornos en esta franja de población entre un 20 y un 45% (6), siendo la depresión la patología más frecuente (con una prevalencia de entre un 4 y un 6% según la estimación conservadora de Thompson y Gallagher) (7).

Este apartado se centrará en una revisión de la literatura sobre tratamientos psicoterapéuticos en la vejez. Tras analizar su viabilidad, a la luz de los cambios atribuidos al envejecimiento psicológico normal, en un primer apartado se revisarán las investigaciones de una *etapa inicial*. Dados los prejuicios teóricos de algunos de los modelos psicoterapéuticos que desaconsejaban el tratamiento a partir de determinada edad, estas investigaciones tuvieron el papel primordial de demostrar la viabilidad y eficacia general de la psicoterapia en la ancianidad. En un

proceso paralelo al comentado en la investigación general en psicoterapia, tras estos estudios globales poco discriminantes se entra en una fase de *diferenciación de las investigaciones*. En esta fase se abordan aspectos más específicos que en la anterior, entre ellos el de la eficacia diferencial de las formas de tratamiento y de las estrategias de intervención. El siguiente apartado se centrará en la psicoterapia constructivista de la vejez a partir de la revisión de las *investigaciones programáticas* sobre el tema. Si bien no abundan tales programas de investigación (definidos por su duración temporal y su estructura académico/científica), sus resultados merecen ser revisados por separado debido a su calidad metodológica y a su propia naturaleza programática. Finalmente, un último apartado se dedicará a una *síntesis* de la investigación revisada.

CAMBIOS EVOLUTIVOS EN LOS PROCESOS COGNITIVOS Y VIABILIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ

La mayor parte de tratamientos psicoterapéuticos se fundamentan en la relación interpersonal establecida entre terapeuta/s y cliente/s. En esta relación juega un papel fundamental la comunicación, tanto verbal como no verbal, dado que el componente activo de la psicoterapia en general parece residir en las intervenciones del terapeuta (8). En este sentido, la eficacia de la psicoterapia se vería seriamente comprometida ante un acentuado deterioro cognitivo del cliente que imposibilitara esta comunicación o bien la capacidad de aprendizaje implícita en ella.

La consideración del envejecimiento como enfermedad, relativamente extendida hasta hace pocas décadas, implicaba precisamente el tipo de declive cognitivo comentado en el párrafo anterior. Por lo tanto, antes de revisar los estudios sobre *eficacia* de la psicoterapia, merece la pena detenerse brevemente a considerar la evidencia científica respecto a este deterioro que, de hecho, determina su *viabilidad*.

1. *Envejecimiento y procesamiento de la información*: Como destacan Rybash, Hoyer y Roodin (9) en su informada revisión del tema, «uno de los resultados más extendidos en la investigación sobre envejecimiento cognitivo es la ralentización de la velocidad de procesamiento de la información». Esta ralentización se incrementa a medida que la información se hace más compleja, si bien puede ser contrarrestada por varios factores (p. ej., práctica).

2. *Capacidad de aprendizaje*: Las investigaciones sobre conocimiento experto indican que, durante la etapa adulta, dicho conocimiento deviene, a) automatizado, b) intuitivo, c) autoconstruido, y d) activo. De hecho, en ausencia de patologías orgánicas que afecten al rendimiento cognitivo, las diferencias en la capacidad de aprendizaje parecen ser debidas a variables tales como el entrenamiento o la formación inicial, más que a la edad por sí misma.

3. *Estilos de pensamiento*: El pensamiento adulto ha sido caracterizado como *postformal* por un número creciente de autores (10, 11). El pensamiento postformal se caracteriza por su capacidad de síntesis dialéctica, relativismo y contextualismo. En este sentido, representa un avance respecto al pensamiento formal adolescente, dado que facilita la resolución de los problemas mal definidos que caracterizan la vida adulta.

La combinación de estos tres factores permite adoptar una actitud de optimismo prudente ante la viabilidad de la psicoterapia en la vejez (12). El envejecimiento normal conlleva una lentitud general de los procesos cognitivos que, sin embargo, se ve contrarrestada por la mayor base de conocimientos y experiencias construidas por la persona, y por formas de pensamiento más adecuadas a la complejidad de dichas experiencias (si bien, lógicamente, esta imagen general reviste una gran dispersión interindividual en función de variables biográficas).

Establecida esta viabilidad, en los siguientes apartados se revisará la evidencia sobre la eficacia (genérica y diferencial) de los tratamientos psicoterapéuticos en la vejez, así como algunos de los resultados más destacables de la investigación en dicho ámbito.

ETAPA INICIAL DE LAS INVESTIGACIONES (1960-1980)

La aplicación de tratamientos psicoterapéuticos a clientes ancianos se vio seriamente frenada por la opinión de que las estructuras de carácter se rigidifican a partir de los 40 años aproximadamente y que, después de dicha edad, cualquier cambio significativo se vuelve extremadamente difícil (12, 13). Si bien ya en su momento algunos psicoterapeutas cuestionaron esta opinión (14-16), hubieron de transcurrir varias décadas hasta los primeros trabajos científicos sobre psicoterapia en la vejez.

Este cambio de actitud coincide con el progresivo abandono de posicionamientos ortodoxos y con la creciente multiplicidad de enfoques de la psicoterapia —el surgimiento de modelos tales como la psicoterapia psicodinámica breve, la modificación de conducta, las psicoterapias cognitivas, humanistas, sistémicas, y constructivistas. Dado que estos nuevos modelos no comparten el pesimismo inherente a la formulación anterior, la posibilidad de conseguir cambios en los clientes ancianos empieza a plantearse como realidad.

En este sentido, Knight (17) afirma, basándose en su revisión de la literatura desde 1959, que (en ausencia de deterioros cognitivos asociados al envejecimiento patológico) la principal diferencia entre la psicoterapia con clientes ancianos y jóvenes radica en las áreas de contenido que caracterizan el proceso psicoterapéutico con unos y otros. Rubin (18) atribuye la reticencia a trabajar con clientes ancianos a los conceptos erróneos del psicoterapeuta respecto a la eficacia del tratamiento, a sus mitos sobre el

proceso de envejecer y a la contratransferencia. Por su parte, Steuer (19) la atribuye a sesgos conceptuales del psicoterapeuta, prejuicios, problemas económicos, actitudes de los ancianos y poca difusión de los recursos comunitarios de salud mental disponibles.

Esta etapa inicial de las investigaciones, por lo tanto, se distingue por los intentos de demostrar la eficacia del tratamiento psicoterapéutico con clientes ancianos desde diferentes modelos teóricos. Algunos autores informan de resultados positivos en el tratamiento de estos clientes en términos genéricos (20). Otros (21, 22), pretenden sentar algunas bases clínicas y conceptuales de la psicoterapia con esta población; la meta de la psicoterapia no sería el cambio profundo de la personalidad sino el apoyo emocional y la determinación de metas vitales.

La generalidad e indiferenciación de estos primeros trabajos despierta algunas críticas, como la de Sparacino (23). En su revisión de la literatura anterior, este autor afirma que, a pesar de haberse incrementado el número de publicaciones sobre el tema, éstas son aún poco discriminantes y metodológicamente débiles.

Algunas de las líneas de investigación e intervención que ya se apuntan en esta primera etapa son las siguientes:

1. *Modalidades psicoterapéuticas.* Con clientes ancianos, y en esta primera etapa de las investigaciones, se emplean las mismas modalidades de tratamiento que con los demás grupos de edad, es decir, psicoterapia individual (23, 24), psicoterapia familiar (25, 26), y/o psicoterapia de grupo (27-30). Sin embargo, la revisión global de la literatura desde 1974 hasta el presente revela una utilización considerablemente mayor de los enfoques individuales y grupales que de la psicoterapia familiar.

2. *Patologías.* Ya desde esta etapa inicial empieza a evidenciarse un mayor interés por la intervención psicoterapéutica en la depresión (31, 32, 24). También se encuentran referencias al tratamiento de otros trastornos, si bien en menor medida; trastornos neuróticos (33, 34), alcoholismo (35) y ansiedad ante la muerte (36, 37). De hecho, la depresión en la vejez es el trastorno específico sobre el que existen más referencias (57 desde 1974 a 1992), superado sólo por aquellas publicaciones que no hacen explícito a qué trastorno se refieren.

3. *Técnicas.* El tratamiento psicoterapéutico de los clientes ancianos ha dado lugar a algunas técnicas específicas no utilizadas con otros grupos de edad. En esta etapa inicial de la investigación sistemática aparecen las primeras referencias a algunas de ellas; reminiscencia (38), remotivación (39), y orientación en la realidad (40, 41). También se proponen adaptaciones para intervenciones de uso más genérico, como las técnicas expresivas (42).

Por último, durante esta etapa resulta de fundamental importancia el trabajo de Butler (43, 44), que introduce el concepto de *revisión vital*. Según este autor (44), la vejez representa una oportunidad natural para revisar el sentido de la propia existencia mediante la rememoración de los

hechos significativos del pasado. Este proceso no sólo no es patológico ni signo de que el anciano vive anclado en sus recuerdos, sino que tiene componentes psicoterapéuticos naturales que conviene fomentar. Butler (44) da origen así a una forma de psicoterapia en la vejez cuyo empleo se prolonga hasta nuestros días: la *psicoterapia de reminiscencia y revisión vital* (de la que se tratará con mayor detalle en el próximo apartado).

DIFERENCIACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES (DE 1980 HASTA EL PRESENTE)

A medida que los conocimientos sobre la eficacia y el proceso de la psicoterapia con clientes ancianos progresan, las líneas de investigación se van diferenciando. Dos de los temas a los que se dedica una mayor atención son a) la psicoterapia de la depresión en la vejez y b) las psicoterapias de reminiscencia y revisión vital con clientes ancianos (En el apartado *Investigaciones programáticas* volverán a aparecer ambos temas, dado que constituyen el núcleo de una de las líneas de investigación comentada.)

1. *Psicoterapia de la depresión en la vejez.* El proceso de envejecimiento suele implicar la sucesión de pérdidas significativas en la vida del sujeto. Neimeyer (45) define el concepto de pérdida como: a) quedar privado de algo que se ha tenido (p. ej., pérdida de amigos, de salud); b) fracaso en el mantenimiento de algo que valoramos (p. ej., autonomía, intimidad); c) reducción de algún proceso (p. ej., pérdida de habilidades); y d) destrucción o ruina (p. ej., pérdidas causadas por una guerra). Es evidente que a pesar de que éstas son taxonomías generales, el contenido de las pérdidas será totalmente idiosincrásico y dependerá del momento vital en que se encuentre la persona y de lo que ésta y su entorno social definan como «pérdida». En definitiva, cuando hablamos de «pérdida» nos estamos refiriendo a cualquier disminución de los recursos de una persona, ya sean personales, materiales, o simbólicos, a los que la persona se encontraba emocionalmente vinculada. Dicho esto, se hace necesario destacar dos grandes categorías de pérdidas que conllevan un reconocimiento social diferenciado y que contribuyen, por tanto, a una red de apoyo social mayor o menor. Nos estamos refiriendo en este punto a lo que Rando (46) categoriza como: a) pérdidas físicas; y b) pérdidas psicológicas. Las primeras se refieren a la pérdida de algo que es tangible (p. ej., la pérdida de una posesión material o de una parte del cuerpo), mientras las segundas se refieren a la pérdida de algo que es, por definición, intangible o de naturaleza psicosocial (p. ej., la pérdida de una esperanza, de un sueño, o de una relación).

La importancia de esta taxonomía se deriva de las consecuencias implícitas que comportará una pérdida por el hecho de ser física o psicológica. Cuando la pérdida es física, es tan obvia que para la mayoría de personas es prudente pensar que quien la está sufriendo se encuentra

desconsolado/a y, por tanto, la red de apoyo social con la que cuenta la persona acostumbra a ser mayor. En cambio, no siempre sucede así cuando la pérdida es psicológica. En este último caso, las personas en general, e incluso la propia persona que la ha sufrido, no siempre son conscientes de que esta pérdida ha tenido lugar y la elaboración del duelo puede ser más complicada. Es necesario tener en cuenta que no se trata de una taxonomía donde los elementos se excluyen mutuamente; resultará obvio para el lector que toda pérdida física comportará pérdidas psicológicas, a pesar de que una pérdida psicológica no necesariamente comportará pérdidas físicas. Estas pérdidas que se dan como consecuencia de la pérdida principal se denominan pérdidas secundarias. En el caso de los ancianos no sólo encontramos pérdidas físicas sino también algunas pérdidas psicológicas que no necesariamente son identificadas o reconocidas por su entorno familiar y social, como puede ser la pérdida de autonomía e intimidad durante un ingreso hospitalario o como consecuencia del diagnóstico de una enfermedad que merma sus capacidades físicas y psicológicas, la pérdida de habilidades cognitivas, de la psicomotricidad fina, etc. En este sentido, Scrutton (47) señala que las personas ancianas muestran mayor vulnerabilidad ante un amplio rango de pérdidas: a) relaciones que fracasan o terminan en separación; b) daños físicos provocados por accidentes que pueden causar pérdidas de habilidades físicas o mentales; c) enfermedades súbitas que pueden conllevar también pérdidas transitorias o permanentes de habilidades físicas o mentales; d) pérdidas provocadas por violencia. Pulvino y Colangelo (48) identifican la jubilación como una de las mayores crisis en las vidas de hombres y mujeres. El cambio que acompaña la transición del rol de trabajador/a a no trabajador/a es una de las principales razones de estrés que afectan a ancianos y a sus familias (49).

Tanto si se trata de pérdidas sociales (jubilación, pérdida de rol), interpersonales (muerte del cónyuge, familiares, amigos) o personales (pérdida de capacidades físicas y/o sensoriales), provocan un proceso de duelo con características muy similares a la depresión clínica (50), a pesar de que el duelo no es una depresión ni una enfermedad. El proceso de duelo es una reacción natural, normal y esperable cuando se produce una pérdida. El duelo no es, bajo ningún concepto, una enfermedad. No obstante, se deben tener en cuenta dos aspectos: 1) experimentar un proceso de duelo no es tener una depresión, a pesar de que la confusión provenga del hecho de que muchas de las conductas normales en un proceso de duelo pueden parecer similares a las manifestaciones de la depresión [p. ej., estado de ánimo deprimido, ansiedad, pánico, pesadillas, trastornos del sueño, trastornos del apetito, sentimientos intensos de tristeza, y otras alteraciones psicofisiológicas (51) para una revisión de las diferencias entre depresión y duelo (12, 52) y para una discusión de las dificultades asociadas al diagnóstico de la depresión en el anciano]; y 2) un duelo que no ha sido bien elaborado puede acabar siendo un duelo complicado (o patológico)

co) o derivando en una depresión. De hecho, casi un 50% de las personas que pasan repetidamente por tal proceso desarrollan niveles clínicos de depresión (53). En cualquier caso, si bien el proceso de duelo puede actuar como detonante de un trastorno depresivo, la depresión puede no estar asociada a un suceso estresante.

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 eficaz, pero sí combinada con tratamientos psicofarmacológicos o electroconvulsivos (54, 55). Sin embargo, la investigación de Beutler et al (56) sobre la aplicación de psicoterapia cognitiva grupal con pacientes ancianos diagnosticados de depresión mayor contradice estos resultados. Estos autores trataron a 66 sujetos en una de cuatro condiciones (aprazolam, placebo, psicoterapia cognitiva más aprazolam, psicoterapia cognitiva más placebo) durante 20 semanas, y no encontraron efectos psicoterapéuticos diferenciales debidos al psicofármaco, pero sí a la psicoterapia cognitiva. Los resultados contradictorios indican la necesidad de continuar investigando sobre el tema.

La psicoterapia de la neurosis depresiva ha recibido mayor atención. El modelo de tratamiento predominante es la psicoterapia cognitiva (57-59), desarrollada inicialmente por Beck et al (60) para el tratamiento de dicho trastorno, aunque no específicamente con clientes ancianos (60) para una revisión en profundidad de la psicoterapia cognitiva). La aplicación grupal de este modelo de intervención psicoterapéutica se ha revelado especialmente eficaz, pues aúna las ventajas del formato de grupo (apoyo social, interacción) con el elevado grado de estructuración de las sesiones, cosa que facilita su seguimiento por parte del cliente anciano. Steuer y Hammen (61) sugieren que algunos de los factores que afectan al 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. Por otra parte, según estos mismos autores (61), las diferencias de estatus cultural y educativo de los miembros del grupo afectan negativamente a la cohesión del mismo, por lo que deberían controlarse en el momento de su formación.

También en este área se requiere un mayor esfuerzo de investigación. Como destacan Hayslip y Caraway (58), aún no están claros los efectos diferenciales del tratamiento psicoterapéutico respecto al efecto placebo, los sesgos de muestreo, la composición de los grupos experimentales, los instrumentos de medida empleados y las influencias del entorno sobre las cogniciones de los sujetos.

Por último, otras formas (menos frecuentes) de tratamiento de la neurosis depresiva en el anciano son las siguientes: psicoterapia grupal psicodinámica (62), psicoterapia grupal conductual (63) y psicoterapia ecléctica (64).

2. *Psicoterapias de reminiscencia y revisión vital.* Por reminiscencia se entiende el proceso de evocación narrativa del contenido de la memoria remota, que contiene información almacenada en el curso de la vida y retenida de forma más o menos indefinida. La revisión vital consiste en el proceso estructurado (y habitualmente grupal) de fomento de la reminiscencia.

Las concepciones de Butler (43, 44) resultan especialmente atractivas por su operatividad y su coherencia con el modelo teórico del ciclo vital (15, 65) 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, dado 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. Por ejemplo, Cook (66), Orten et al (67) y Gardella (68) proponen el empleo de la reminiscencia en grupo como tratamiento de la confusión y el aislamiento social de los ancianos, si bien los dos primeros trabajos se refieren a ancianos ingresados en residencias geriátricas y el tercero a personas viviendo en la comunidad. De hecho, Haight (69) demostró mediante un cuidadoso diseño experimental que el proceso de revisión vital (individual) incrementaba la satisfacción vital (evaluada mediante el *Life Satisfaction Index A*) y el bienestar psicológico (evaluado mediante la *Affect-Balance Scale*) en una muestra de ancianos impedidos que vivían en su propia casa. Sin embargo, Hewett et al (70) presentan resultados negativos del empleo de la reminiscencia grupal en residencias geriátricas, que atribuyen a la imposibilidad de los residentes de cambiar sus vidas de forma significativa. Baker (71), por su parte, lo propone como forma de incrementar el sentimiento de dignidad personal del anciano, mientras que Poulton y Strassberg (72) consideran que resulta indicado para la resolución de conflictos pendientes.

Ante esta falta de resultados unívocos, la investigación futura sobre el tema 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) sus componentes activos, e) las formas de evaluación de sus resultados, y f) su eficacia diferencial respecto a otras formas de intervención (estos y otros puntos han sido abordados en nuestra investigación sobre Grupos de Autobiografía Guiada, que se discute en el próximo apartado.)

PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA DE LA VEJEZ

Si bien las investigaciones comentadas hasta este punto revisten gran importancia y aportan datos valiosos, algunas de ellas constituyen casos aislados fruto del interés

específico de un investigador o grupo de investigadores que no han dado continuidad a su línea de trabajo.

En este apartado, por el contrario, se revisa una de las líneas de investigación sobre psicoterapia en la vejez que pueden considerarse programáticas por el número de publicaciones generadas y su extensión temporal: el trabajo de Viney et al en la Universidad de Wollongong (Australia), así como de Botella (Universidad Ramon Llull, Barcelona) y Feixas (Universidad de Barcelona), sobre la psicoterapia constructivista en la vejez.

La teoría de los constructos personales (TCP), tal como la formuló Kelly (73), es el modelo constructivista de funcionamiento psicológico humano más elaborado y complejo hasta el momento. Al igual que otros modelos constructivistas (5) se basa en la premisa fundamental de que las personas damos sentido a nuestras experiencias de forma anticipatoria (o proactiva). Esta anticipación conduce a la construcción del significado de los acontecimientos mediante un sistema de constructos personales bipolares (p. ej., vida plena-vida estéril) que proyectamos sobre el flujo de la experiencia a modo de hipótesis científicas a contrastar. Así, una persona en su vejez puede reflexionar sobre su propia existencia con la hipótesis de que ha sido una vida de plenitud; la validación de esta hipótesis, es decir, la coincidencia con la evidencia construida subjetivamente, producirá sentimientos positivos (p. ej., gozo, satisfacción, autorrealización), mientras que la invalidación conducirá a sentimientos negativos (p. ej., depresión, soledad, falta de sentido). Así como la validación no conduce necesariamente a una revisión de los constructos personales, cuando se produce una invalidación de los mismos dicha revisión se hace necesaria e influirá en nuestras anticipaciones futuras. De esta forma, la persona construye y reconstruye la experiencia, convirtiendo su sistema de constructos en un sistema que se vuelve progresivamente más predictivo. Las sucesivas pérdidas que se van sucediendo en la vejez (p. ej., pérdidas de relaciones, funciones cognitivas, salud, autonomía...) así como el diagnóstico de una enfermedad grave son acontecimientos críticos y el anciano (y cualquier persona en general) puede quedar bloqueado, dificultándose así la revisión constructiva de su sistema de constructos. Bengtson y Kuypers (74) han elaborado un modelo de fases para explicar lo que sucede en esos momentos y fomentar la intervención en función de dónde se encuentre el bloqueo. A continuación se describirá en qué consiste dicho modelo.

CICLO DE REACCIÓN DISFUNCIONAL A UN ACONTECIMIENTO CRÍTICO (74)

El ciclo desarrollado por estos autores se desarrolla a lo largo de seis fases: 1) vulnerabilidad; 2) dependencia de definiciones externas; 3) etiquetación de incompetencia; 4) dependencia inducida; 5) atrofia de las habilidades de las que se disponía previamente y 6) internalización del

sentimiento de incompetencia. En este apartado se describen estas fases con mayor detalle.

Vulnerabilidad

Un acontecimiento que es vivido como crítico, es decir, que no ha sido anticipado y que es invalidador, puede provocar vulnerabilidad en la persona que lo experimenta. Algunas circunstancias aumentan el riesgo potencial de la situación en la que se encuentra la persona (p. ej., sufrir una depresión o hacer intentos de suicidio). Esta vulnerabilidad aparece como consecuencia de aquello que la persona considera cambios potenciales en su vida, como pueden ser: la disminución súbita de los recursos económicos (p. ej., tras la jubilación, el despido del trabajo, o la muerte de uno de los miembros de la pareja), la adaptación al propio cuerpo sin algún miembro (p. ej., en el caso de una amputación —pérdida cuyas consecuencias han sido comparadas con la pérdida por muerte— (75), el rechazo social de algunos acontecimientos (p. ej., el propio miedo a la pérdida de funciones cognitivas durante la vejez comporta en ocasiones un cierto rechazo hacia las personas ancianas), el sentirse víctima de una enfermedad incurable, etc. Estos son algunos de los factores que pueden incrementar el sentimiento de vulnerabilidad, pero no los únicos ya que dependiendo de la persona, los factores que la afectarán serán unos u otros. Este sentimiento de vulnerabilidad disminuye la capacidad de realizar nuevos roles, de adaptarse a la nueva situación, de desarrollar las propias habilidades o de sentirse competente a la hora de enfrentar una pérdida. Esto nos lleva directamente a la segunda fase del modelo (74).

Dependencia de definiciones externas

El siguiente paso siguiendo este ciclo es lo que estos autores han denominado «dependencia de definiciones externas» de la situación, es decir, la persona no sabe cómo puede o debe actuar ante aquél acontecimiento y recurre a los demás en busca de ayuda. A menudo, estas dudas se deben a la falta de habilidades para afrontar el problema. Por ejemplo, una persona que sufre una enfermedad grave puede sentir que su vida ya no depende de ella misma sino que está en manos de los médicos.

Etiquetación de incompetencia

Como resultado de las fases anteriores, en el entorno de la persona/familia que está experimentando el acontecimiento crítico puede surgir la sospecha de que aquella persona no será capaz de seguir adelante por ella misma y, como consecuencia, los demás comienzan a movilizar sus propios recursos para proporcionarle el apoyo y la ayuda necesarios. De esta manera, se etiqueta al otro de «incapaz» o de sufrir de falta de habilidades. Por ejemplo,

en el caso de un hombre que acaba de enviudar, la familia puede compartir la construcción (implícita o explícita) «no sabrá organizarse en la casa» o en el caso de una minusvalía se puede pensar que la persona no sabrá arreglárselas sola y vivir una vida independiente, o en una enfermedad crónica se puede llegar a pensar que aquella persona ya no es válida ni siquiera para tomar sus propias decisiones, etc.

Dependencia inducida

De este modo, y como consecuencia de la fase anterior, los demás empiezan a llevar a cabo las tareas que creen que el otro no puede hacer por sí mismo. Esta manera de proceder lleva inevitablemente a la persona a «creerse» y asumir el rol de «incapaz» y, por tanto, la persona comienza a jugar el rol de «enferma»/«incapaz»/«inútil»/«desesperada», ya que es como los demás esperan que actúe, produciéndose así una inducción de rol como «persona incapaz y dependiente». Por ejemplo, en el caso de un anciano que sufre artrosis y está perdiendo la psicomotricidad fina, la familia puede estar contribuyendo —aun sin ninguna mala intención y sin hacerlo conscientemente— a incrementar dicha pérdida por el hecho de hacérselo todo sin darle la oportunidad de hacer cosas por sí mismo (¡cómo pasarse quince minutos para abrocharse un botón!).

Atrofia de las habilidades de las que se disponía previamente

Como consecuencia de la cuarta fase, la persona va perdiendo las habilidades de las que previamente disponía y que la hacían sentirse competente e independiente. Así, el sistema externo (familia, amigos...) está alentando y potenciando dicha «indefensión aprendida». En el ejemplo del anciano resulta obvio que al realizar tareas que él podría llevar a cabo (con mayor o menor dificultad) lo estamos ayudando a corto pero no a largo plazo.

Interiorización del sentimiento de incompetencia

En este momento del ciclo, la persona queda fijada en el rol de incompetente y lo vive como parte de su identidad. En esta fase, la etiquetación de incompetencia se la hace el propio sujeto y, de este modo, pierde toda confianza en sí mismo puesto que le ha quedado «demostrado» que no se puede valer por sí mismo; él o ella mismos se atribuyen este rol construyendo de esta forma una identidad dependiente de los demás y acentuando así su vulnerabilidad, con lo cual este círculo vicioso continúa de no darse alguna intervención en alguna de las fases comentadas que permita revisar constructivamente el sistema de constructos personales e incluso familiares (76-79)

para una explicación más detallada del sistema de creencias familiar.

Para una revisión más exhaustiva de la TCP, imposible de acomodar en este trabajo, remitimos al lector interesado a la obra original de Kelly (73), o bien a alguno de los trabajos publicados en castellano sobre el tema (80, 81).

Partiendo de las premisas fundamentales de la TCP, Viney et al han desarrollado un modelo de intervención psicoterapéutica en la vejez.

Básicamente, Viney (82, 83) propone un modelo de acción psicoterapéutica fundamentado en el proceso de validación de los constructos nucleares del anciano (es decir, de aquellos que le confieren un mayor sentido de identidad). Esta validación psicoterapéutica se dirige a contrarrestar las pérdidas de la persona en cuatro ámbitos; a) cambios corporales, b) cambios psicológicos, c) cambios interpersonales, y d) cambios en los roles sociales. Viney et al (84) presenta algunos resultados positivos de la aplicación de este tipo de psicoterapia constructivista; reduce la manifestación de ansiedad y depresión (evaluada mediante análisis de contenido de protocolos verbales) y sus beneficios se mantienen durante el seguimiento.

Viney (82) ha extendido su conceptualización al tratamiento de las familias de los ancianos, basándose en la misma lógica de validación de los constructos nucleares. Viney et al (85) discuten el modelo teórico implícito a esta forma de tratamiento y presentan un caso clínico de psicoterapia familiar constructivista con la familia de un anciano diagnosticado de depresión por duelo.

Otra modalidad de tratamiento constructivista en la vejez es el trabajo desarrollado en Barcelona sobre Grupos de Autobiografía Guiada (GAG). El concepto de GAG fue elaborado inicialmente por Birren (86), y consiste en un proceso grupal de revisión vital, con la peculiaridad de que es el psicoterapeuta quien sugiere los aspectos de la experiencia pasada en los que se centrará la sesión, y que los miembros del grupo redactan fragmentos autobiográficos en respuesta a dicha sugerencia.

En términos de la TCP, este proceso, facilitado por las intervenciones del psicoterapeuta y de los demás miembros del grupo, fomenta la validación de los constructos nucleares de los participantes y la consecución de un sentido de integridad en esta etapa de la vida (15).

Botella y Feixas (87) y Botella (88) presentan con detalle los aspectos teóricos y clínicos del GAG, así como una primera investigación empírica que demuestra que la participación en tales grupos facilita una visión más positiva de las figuras significativas en la vida de la persona. En una segunda investigación metodológicamente más sofisticada, Botella y Feixas (89) demuestran que la participación en el GAG genera un proceso gradual de cambio en el sistema de construcción de los miembros; dicho cambio consiste en la aproximación de la diferencia percibida entre el yo y el yo ideal, así como entre el yo ideal y la per-

cepción de los otros (contrastada mediante un grupo control).

En síntesis, la TCP ha demostrado ser un marco conceptual potencialmente fructífero para el diseño de intervenciones psicoterapéuticas con ancianos, tanto individuales como grupales y familiares. Por otra parte, la metodología que proporciona (p. ej., el método de la rejilla de roles; (87), resulta especialmente indicada para el análisis del proceso psicoterapéutico. De hecho, el número de publicaciones científicas de autores constructivistas en esta área es significativo, superando al total de otras siete orientaciones y situándose como el tercer grupo en importancia de los que especifican su origen teórico.

Del avance de esta línea de investigación en concreto cabría esperar, aparte de los objetivos generales compartidos por todas las demás, que sea capaz de elaborar un modelo de desarrollo adulto coherente y capaz de generar hipótesis sobre los procesos psicológicos asociados al envejecimiento (en referencia al contenido y la estructura del sistema de constructos personales así como al propio proceso de construcción). De esta forma, la investigación empírica sobre resultados y procesos de la psicoterapia podría integrarse en un modelo general de desarrollo y cambio humano. Actualmente se están desarrollando las implicaciones epistémico-evolutivas de la TCP en la etapa adulta, en una línea paralela a la de Viney. Un ejemplo de dichas implicaciones epistémicas es el mayor contextualismo que caracteriza al pensamiento postformal adulto; Chinen (90) ha demostrado la correlación significativa positiva entre esta capacidad de contextualización y los resultados de la psicoterapia con clientes ancianos.

SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

La investigación revisada en este trabajo permite extraer las siguientes conclusiones generales [complementarias a las discutidas por Lambert (8) para la psicoterapia en general, resumidas en un apartado anterior]:

1. *La psicoterapia con clientes ancianos es eficaz, si bien el tratamiento psicoterapéutico de determinados trastornos asociados al envejecimiento patológico no ha demostrado serlo, al no tener éstos una etiología psicológica.* Las suposiciones sobre la solidificación del carácter en la edad adulta no se cumplen en la mayoría de casos, o bien no son un obstáculo insalvable para el tratamiento psicoterapéutico. La mayoría de trastornos en la vejez —sean conductuales, cognitivos, o emocionales— sobre los que existe literatura, responden favorablemente al tratamiento psicoterapéutico (si bien en la depresión mayor las evidencias de eficacia son confusas).

Sin embargo, el envejecimiento patológico suele acarrear otro tipo de trastornos que, a pesar de tener manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales, no revisten una etiología psicológica; los estados demencia-

les. Estas patologías revisten una enorme importancia socio-sanitaria, debido a su elevada prevalencia (6-10% entre 65 y 80 años; 20-30% en mayores de 80 años). Si bien en algunos casos se trata de estados tratables y reversibles, la terapéutica más indicada es la farmacológica, la modificación paliativa de conductas específicas, o la terapia ocupacional. De hecho, la naturaleza de estos trastornos y el deterioro cognitivo insidioso asociado a algunas de sus formas hacen imposible el tratamiento psicoterapéutico del paciente. A pesar de ello, la psicoterapia familiar se ha revelado potencialmente útil en estas situaciones (91), no como tratamiento de la patología del anciano sino como forma de paliar las consecuencias de la crisis en la familia.

2. *Los modelos de tratamiento psicoterapéutico existentes son aplicables a los clientes ancianos (con la salvedad mencionada en el punto 1), pero requieren adaptaciones.* Existe evidencia empírica de la eficacia de los tratamientos psicodinámicos, cognitivos, constructivistas y conductuales (tanto en forma individual como grupal). Sin embargo, resulta aconsejable adaptarlos a las características de esta población. Deben tenerse presentes; a) los cambios psicofisiológicos debidos al envejecimiento normal (p. ej., la ralentización general de los procesos cognitivos), y b) las temáticas diferenciales que caracterizan a la vejez en nuestra cultura (p. ej., temor a la soledad, proximidad de la muerte). Este último punto ha llevado al desarrollo de formas específicas de tratamiento psicoterapéutico en la vejez orientadas a la clarificación de las cuestiones existenciales implícitas en esta etapa vital (p. ej., las terapias de revisión vital).

Finalmente, y aunque no se deduzca directamente de los trabajos revisados, cabe llamar la atención sobre un factor que dificulta enormemente la investigación y la práctica de la psicoterapia en la vejez: la creciente correlación bio-psico-social. Si bien se trata de un fenómeno aceptado por la mayoría de orientaciones teóricas de la psicología y aplicable a cualquier edad, resulta particularmente notorio en la vejez. En dicha etapa los trastornos somáticos se reflejan rápidamente en el estado emocional de la persona; por ejemplo, una ligera pérdida de visión puede provocar una gran ansiedad o un estado semi-confusional. Los síntomas de un trastorno psicológico son confundidos con síntomas orgánicos; por ejemplo, la falta de apetito y los trastornos del sueño asociados al inicio de una depresión pueden ser interpretados por el propio paciente como transitorios y debidos a una gripe. Por último, los cambios de orden social (por ejemplo, la jubilación o el ingreso en una residencia geriátrica) pueden producir alteraciones tanto somáticas como psicológicas, complicando más aun el cuadro.

En este sentido, la investigación y la práctica de la psicoterapia en la vejez va inextricablemente unida al desarrollo de medidas de evaluación precisas. Un diagnóstico correcto resulta imprescindible para planificar la intervención más indicada, y el coste de un error evaluativo es mucho más grave que con otros grupos de edad (entre otras

cosas porque algunas de las condiciones asociadas al envejecimiento patológico no han demostrado ser tratables, por lo que una confusión podría privar de tratamiento a alguien que de otra forma se beneficiaría de él).

COMENTARIO FINAL

Dadas las características de revisión general de este trabajo, la variabilidad interindividual que caracteriza al ser humano a cualquier edad (pero especialmente en la vejez) puede haber quedado en segundo término. Este comentario final pretende llamar la atención sobre el hecho de que el cliente de la psicoterapia es siempre un individuo (o una familia o grupo), y que su vivencia del problema que le lleva a solicitar ayuda psicoterapéutica viene determinada, fundamentalmente, por su forma de dar sentido a la realidad. Así, aunque en una primera fase de la investigación sobre el tema sea imprescindible adoptar formas de tratamiento relativamente manualizadas (como algunas de las que se han revisado en este capítulo), la finalidad última de dicha investigación sería la de aislar los componentes activos de los tratamientos para poder adaptarlos a las necesidades idiosincrásicas de cada cliente. Disponer de una teoría general de los procesos de cambio humano permitiría establecer las metas del tratamiento de forma coherente y utilizar las técnicas contrastadas empíricamente para alcanzar dichas metas. En mi opinión, y como se comentó en un apartado anterior, el constructivismo en general, y la psicología de los constructos personales en particular, reúne los requisitos necesarios para convertirse en dicho marco teórico.

Por último, si bien este capítulo se ha centrado en la aplicación «curativa» de la psicoterapia, la justificación social de ésta va mucho más allá. Las intervenciones psicológicas en la línea del *counselling*, en las que no se presupone una «patología» del cliente, utilizan en gran medida las mismas técnicas aquí revisadas con una finalidad optimizadora y de desarrollo personal. La psicoterapia y el *counselling*, por tanto, revisten una dimensión ética significativa, dado que intentan contribuir al bienestar y la satisfacción vital de aquellos a quienes sirven.

Esta dimensión de servicio se convierte en una deuda que cualquier sociedad tiene contraída con aquéllos que le han entregado los frutos de toda una existencia. Así, la intervención psicológica en la vejez debería dirigirse más allá de la «curación» de un trastorno, y aspirar como «frontera ética final» (5) a la consecución del sentimiento de integridad existencial que caracteriza a la vejez satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eysenck H. The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *J Consulting Psychol* 1952;16:319-24.
2. VandenBos GR. Psychotherapy Research: A Special Issue. *Am Psychol* 1986;41:111-2.

3. Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R. Are All Psychotherapies Equivalent? *Am Psychol* 1986;41:165-80.
4. Kazdin AE. The Evaluation of Psychotherapy: Research Design and Methodology. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; 1986.
5. Mahoney M. *Human Change Processes*. New York: Basic Books; 1991.
6. Birren JE, Schaie KW, eds. *Handbook of the Psychology of Aging*. New York: Van Nostrand; 1977.
7. Thompson LW, Gallagher DE. Depression and Its Treatment in the Elderly. *Aging* 1985;348:14-8.
8. Lambert MJ. Introduction to Psychotherapy Research. En: Beutler LE, Crago M, eds. *Psychotherapy Research*. Washington DC: American Psychological Association; 1991. p. 1-11.
9. Rybash JM, Hoyer WJ, Roodin PA. *Adult Cognition and Aging*. New York: Pergamon Press; 1986. p. 87.
10. Alexander CM, Langer EJ, eds. *Higher Stages of Human Development*. New York: Oxford University Press; 1990.
11. Commons ML, Richards FA, Armon C, eds. *Beyond Formal Operations: Late Adolescent and Adult Cognitive Development*. New York: Praeger; 1984.
12. Knight B. *Psychotherapy with Older Adults*. Beverly Hills, CA: SAGE; 1986.
13. Chodorkoff B. Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy of the Older Patient: Prologue. *J Geriatr Psychiatry* 1982;15:7-10.
14. Abraham K. The Applicability of Psychoanalytic Treatment to Patients at an Advanced Age. *Selected Papers on Psychoanalysis*. En: Abraham K, ed. New York: Basic Books; 1953.
15. Erikson EH. *Childhood and Society*. 2nd ed. New York: Norton; 1963.
16. Jung CG. *Modern Man in Search of a Soul*. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1933.
17. Knight B. Psychotherapy and Behavior Change with the Non-Institutionalized Aged. *Int J Aging Human Dev* 1978;9:221-36.
18. Rubin R. Learning to Overcome Reluctance for Psychotherapy with the Elderly. *J Geriatr Psychiatry* 1977;10:215-27.
19. Steuer JL. Psychotherapy with the Elderly. *Psychiatr Clin North Am* 1982;5:199-213.
20. Kahana RJ. Strategies of Dynamic Psychotherapy with the Wide Range of Older Individuals. *J Geriatr Psychiatry* 1979;12:71-99.
21. Cohen GD. Perspectives on Psychotherapy with the Elderly. *Am J Psychiatry* 1981;138:347-50.
22. Haring V. Možnosti a Medze Psycoterapie v Geriatrii. *Czechoslovenska Psychiatr* 1979;75:122-7.
23. Sparacino J. Individual Psychotherapy with the Aged: A Selective Review. *Int J Aging Human Dev* 1978;9:197-200.
24. Willner M. Individual Psychotherapy with the Depressed Elderly Outpatient: An overview. *J Am Geriatr Soc* 1978;26:231-5.
25. Richman JA. Couples Therapy Group on a Geriatric Service. *J Geriatr Psychiatry* 1979;12:203-13.
26. Rowland KF, Haynes SN. A Sexual Enhancement Program for Elderly Couples. *J Sex Marital Ther* 1978;4:91-113.
27. Berger LF. Activating a Psychogeriatric Group. *Psychiatr Q* 1978;50:63-6.
28. Lago DG, Hoffman S. Structured Group Interaction: An Intervention. *Int J Aging Human Dev* 1977;8:311-24.
29. Malnati RJ, Pastushak R. Conducting Group Practice with the Aged. *Psychother Theory. Res Pract* 1980;17:352-60.
30. Spence MT. Group Work with Old People. *Transactional Anal J* 1974;4:35-7.
31. Brink TL. Depression in the Aged: Dynamics and Treatment. *J Nat Med Assoc* 1977;69:891-3.
32. Power CA, McCarron LT. Treatment of Depression in Persons Residing in Homes for the Aged. *Gerontologist* 1975;15:132-5.
33. Kral VA. *Neurotic Reactions Of the Aged: Their Treatment*. Psychiatr J University Ottawa 1978;3:111-4.
34. Malikovic B, Divac M. Psychodynamic Development of Conversional Neurosis and the Treatment with Individual Psychotherapy. *Pshijatrija Danas* 1977;9:77-85.
35. Malikovic B, Divac M, Blagojevic M, Kirkovic B. Special Features of Group Psychotherapy of Elderly Alcoholics. *Socijalna Pshijatrija* 1976;4:67-76.
36. Roth N. Fear of Death in the Aging. *Am J Psychother* 1978;32:552-60.
37. Saul SR, Saul S. Old People Talk about Death. *Omega J Death Dying* 1973;4:27-35.
38. Sandel SL. Reminiscence in Movement Therapy with the Aged. *Art Psychother* 1978;5:217-21.
39. Birkett DP, Boltuch B. Remotivation Therapy. *J Am Geriatr Soc* 1973;21:368-71.
40. Browne LJ, Rittler JL. Reality Therapy for the Geriatric Psychiatric Patient. *Perspect Psychiatr Care* 1972;10:135-9.
41. Greene JG, Nicol R, Jamieson H. Reality Orientation with Psychogeriatric Patients. *Behaviour Res Ther* 1979;17:615-8.
42. Berland DI, Poggi R. Expressive Group Psychotherapy with the Aging. *Int J Group Psychother* 1979;29:87-108.
43. Butler RN. The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry* 1963;26:65-76.
44. Butler RN. Successful Aging and the Role of the Life Review. *J Am Geriatr Soc* 1974;22:529-35.
45. Neimeyer RA. *Lessons of Loss: A Guide To Coping*. New York: McGraw-Hill; 1998.
46. Pando TA. *Treatment of Complicated Mourning*. USA: BookCrafters; 1993.
47. Scrutton S. *Bereavement and Grief: Supporting Older People through Loss*. London: Edward Arnold; 1995.
48. Pulvino CJ, Colangelo N. *Counseling for the Growing Years: 65 and Over*. Minneapolis, Minnesota: Educational Media Corporation; 1980.
49. Neugarten B, Guttman D. Age-Sex Roles and Personality in Middle Age: A Thematic Appreciation Study. En: Neugarten B, ed. *Middle Age and Aging*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press; 1968.
50. Pollock GH. The Mourning Process and Creative Organizational Change. *J Psychoanal Assoc* 1977;25:3-34.
51. Worden JW. *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós; 1997.
52. Yost EB, Beutler LE, Corbishley MA, Allender JR. *Group Cognitive Therapy: A Treatment Approach for Depressed Older Adults*. New York: Pergamon Press; 1986.
53. Clayton PJ. The Sequelae and Non Sequelae of Conjugal Bereavement. *Am J Psychiatry* 1979;136:1530-4.
54. Goldney RD. Depression in the Elderly. *Mental Health Austr* 1985;1:21-5.
55. Post F. Psychotherapy, Electro-Convulsive Treatments, and Long Term Management of Elderly Depressives. *J Affective Disord* 1985;1:41-5.
56. Beutler LE, Scogin F, Kirkish P, Schretlen D, Corbishley A, Hamblin D, et al. Group Cognitive Therapy and Alprazolam in the Treatment of Depression in Older Adults. *J Consulting Clin Psychol* 1987;55:550-6.
57. Cappeliez P. Interventions Psychotherapeutiques Aupres de Personnes Agees Deprimees. *J Psychiatry Neurosci* 1991;16:170-5.
58. Hayslip B, Caraway ML. Cognitive Therapy with Aged Persons: Implications of Research Design for Its Implementation and Evaluation. *J Cognitive Psychother* 1989;3:255-71.
59. Yost EB, Beutler LE, Corbishley MA, Allender JR. *Group Cognitive Therapy: A Treatment Approach for Depressed Older Adults*. New York: Pergamon Press; 1986.
60. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.

61. Steuer JL, Hammen C. Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Depressed Elderly: Issues and Adaptations. *Cognitive Ther Res* 1983;7: 285-96.
62. Steuer JL, Mintz J, Hammen C, Hill MA, Jarvik LF, McCarley T, et al. Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Group Psychotherapy in the Treatment of Geriatric Depression. *J Consulting Clin Psychol* 1984;52:180-9.
63. Steinmetz Breckenridge J, Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher DE. Behavioral Group Therapy with the Elderly: A Psychoeducational Approach. En: Upper D, Ross SM, eds. *Handbook of Behavioral Group Therapy*. New York: Plenum Press; 1985.
64. Moberg PJ, Lazarus LW. Psychotherapy of Depression in the Elderly. *Psychiatr Ann* 1990;20:92-6.
65. Erikson EH. *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press; 1959.
66. Cook JB. Reminiscing: How It Can Help Confused Nursing Home Residents. *Soc Casework* 1984;65:90-3.
67. Orten JD, Allen M, Cook J. Reminiscence Groups with Confused Nursing Center Residents: An Experimental Study. *Social Work Health Care* 1989;14:73-86.
68. Gardella LG. The Neighborhood Group: A Reminiscence Group for the Disoriented Old. *Social Work Groups* 1985;843-52.
69. Haight BK. The Therapeutic Role of a Structured Life Review Process in Homebound Elderly Subjects. *J Gerontol* 1988;43:40-44.
70. Hewett LJ, Asamen JK, Hedgespeth J, Dietch JT. Group Reminiscence with Nursing Home Residents. *Clin Gerontol* 1991;10:69-72.
71. Baker NJ. Reminiscing in Group Therapy for Self-Worth. *J Gerontol Nursing* 1985;11:21-4.
72. Poulton JL, Strassberg DS. The Therapeutic Use of Reminiscence. *International J Group Psychother* 1986;36:381-98.
73. Kelly GA. *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton; 1955.
74. Bengtson VL, Kuypers J. The Family Support Cycle: Psychosocial Issues in the Aging Family. En: Munnichs JMA, Mussen P, Olbrich E, Coleman P, eds. *Life Span and Change in a Gerontological Perspective*. Academic Press; 1985.
75. Parkes CM. Psychosocial Transitions: Comparison between Reactions to Loss of a Limb and Loss of a Spouse. *Br J Psychiatry* 1975;127:204-10.
76. Dallos R. *Sistema de Creencias Familiares*, Barcelona: Paidós; 1996.
77. Procter HG. *Personal Construct Theory and The Family: A Theoretical and Methodological Study*. UK: Unpublished Ph.D. thesis, University of Bristol; 1978.
78. Procter HG. *Family Construct Psychology: An Approach to Understanding and Treating Families*. En: Walrond-Skinner S, ed. *Developments in Family Therapy*. London: Routledge; 1981.
79. Feixas G, Procter HG, Neimeyer G (1993). Líneas Convergentes de Evaluación: Contribuciones Sistémicas y Constructivistas. En: Neimeyer GJ, comp. *Evaluación Constructivista*. Barcelona: Paidós; 1996. p. 139-70.
80. Botella L, Feixas G. *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes; 1998.
81. Feixas G, Villegas M. *Constructivismo y Psicoterapia*, PPU, Barcelona, 1990.
82. Viney LL. *The Development and Evaluation of Short-Term Psychotherapy Programs for the Elderly*. Wollongong: University of Wollongong; 1986.
83. Viney LL. *Life Stories: Personal Construct Therapy with the Elderly*. New York: Wiley; 1993.
84. Viney LL, Benjamin YN, Preston CA. An Evaluation of Personal Construct Therapy for the Elderly. *Br J Med Psychol* 1989;62:35-41.
85. Viney LL, Benjamin YN, Preston CA. Constructivist Family Therapy with the Elderly. *J Family Psychol* 1988;2:241-58.
86. Birren JE, Deutchman DE. *Guiding Autobiography Groups for Older Adults*. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press; 1991.
87. Botella L, Feixas G. *La Reconstrucció Autobiogràfica: Un Enfoament Constructivista de Treball Grup en Gerontologia*. Barcelona: La Llar del Llibre; 1990a.
88. Botella L. Psychoeducational Groups with Older Adults: An Integrative Personal Construct Rationale and Some Guidelines. *Int J Personal Construct Psychol* 1991;4:397-408.
89. Botella L, Feixas G. El Grupo Autobiográfico como Modelo Constructivista de Intervención Gerontológica Primaria: Propuesta Teórica y Estudio de un Caso. *Anuario de Psicología* 1990b;44:47-60.
90. Chinen AB. Adult Development, Self-Contexting, and Psychotherapy with Older Adults. *Psychotherapy* 1986;23:411-6.
91. Herr JJ, Weakland JH. *Counseling Elders and their Families*. New York: Springer; 1979.