

## Psicoterapia en el anciano en el siglo XXI. Tendencias pasadas y perspectivas futuras\*

Knight, B. G. y Robi, G. S.

Andrus Gerontology Center y Department of Psychology. University of Southern California.

### PSICOTERAPIA EN EL ANCIANO EN EL SIGLO XXI: TENDENCIAS PASADAS Y NUEVAS DIRECCIONES

Aunque el envejecimiento de la población se conoce de forma satisfactoria a escala global, como ha puesto de manifiesto el recientemente concluido Año Internacional de las Personas Mayores (1), la atención a las necesidades de la salud mental del anciano ocupa un lugar menos destacado y a menudo consiste únicamente en una nota táctica a pie de página de la política sanitaria en la vejez (2). Por ejemplo los *UN Principles for Older Persons* mencionan la salud mental sólo de manera indirecta y no contemplan en absoluto los servicios de salud mental. El envejecimiento de la población y el incremento del número de personas mayores de 85 años implica, obviamente, un aumento de los trastornos mentales relacionados con la edad como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Además, también existen efectos cohorte sobre la necesidad y la demanda de servicios de salud mental, lo que implica unos requerimientos futuros de estos servicios aún mayores que los que se deducirían exclusivamente de los cálculos sobre el envejecimiento poblacional.

Las cohortes posteriores a la Segunda Guerra Mundial presentan una tasa superior de trastornos emocionales como la depresión, el suicidio, la ansiedad, el alcoholismo y la drogodependencia (3) que las de la cohorte actual de adultos. Según los estudios del *U.S. National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area* (ECA), las tasas de depresión, ansiedad, alcoholismo y drogodependencias en las cohortes ancianas actuales tan sólo representan entre una cuarta y una tercera parte de las de los nacidos en la época del auge súbito de la natalidad (los «*baby boomers*») (4).

Por lo tanto, es probable que estas tasas aumenten a medida que la cohorte de la época del auge de la natali-

dad alcance los 65 años alrededor del 2020 y experimenten tanto las enfermedades físicas crónicas y la incapacidad como la escasez de las redes sociales de apoyo y, posiblemente, niveles de vida inferiores a los actuales (5). Como los miembros de esta cohorte del auge de la natalidad han sido mucho más proclives que las cohortes de mayor edad a utilizar los servicios de salud mental, se prevé que para el año 2020 también habrá una demanda creciente de servicios de salud mental geriátrica. Por eso, el propósito de este artículo es describir el papel de la psicoterapia con ancianos en los años venideros. Aunque nuestra esperanza es proporcionar puntos de vista que trasciendan a nuestro contexto cultural, nuestras experiencias y la base de nuestros conocimientos provienen en gran parte de los Estados Unidos.

Para comprender lo que el futuro puede deparar a la psicoterapia en la vejez, resulta útil considerar la historia de las décadas de los ochenta y los noventa. Puede encontrarse una completa revisión de la psicoterapia con ancianos en Knight, Kelly y Ganz (6) e Izal y Montorio (7). Knight et al (6) sintetizaron la aportación de los años ochenta en la aparición de seis temas generales: la necesidad de una valoración cuidadosa del cliente anciano, la necesidad del psicoterapeuta de ser capaz de actuar como terapeuta de casos («caseworker»), el reconocimiento de los estresores más frecuentes de la edad avanzada, cierta atención sobre la diversidad de la población anciana, la importancia de la interacción de los terapeutas jóvenes con los clientes de edad avanzada y la aparición de literatura empírica. En nuestra opinión, estos temas seguirán representando un importante papel en el futuro de la psicoterapia en la vejez.

Estos temas se han enriquecido en los años noventa en varios sentidos muy importantes. En primer lugar, en los Estados Unidos se ha producido una explosión de las publicaciones sobre salud mental y envejecimiento con la aparición de nuevos libros cada año. Este crecimiento ha incluido también una globalización progresiva de la salud mental y el envejecimiento, con la inclusión de autores internacionales en publicaciones de los Estados Unidos y la aparición de libros editados y escritos por personas no es-

---

\* Trabajo traducido por el Dr. Pedro Regalado. Médico especialista en Geriátrica.

Correspondencia: Bob Knight, Ph. D. Andrus Gerontology Center. University of Southern California. Los Angeles, CA 90089-0191. USA. E-mail: bknight@usc.edu.

tadounidenses (p. ej., R Woods, ed, *Handbook of clinical psychology and ageing* e I. H. Nordhus, G. Vanden Bos, S. Berg & P. Fromholt, eds, *Clinical Geropsychology*). En segundo lugar, mientras que antes de los años noventa el enfoque que predominaba en la valoración de los pacientes mayores consistía básicamente en la distinción entre la depresión, el síndrome confusional y la demencia, posteriormente este espectro se amplió a otros trastornos como la ansiedad, las adicciones, los trastornos del sueño, la paranoia y la esquizofrenia. Algunos libros sobre salud mental y envejecimiento publicados recientemente como los de Zarit y Zarit (8) y Smyer y Qualls (9) reflejan esta mayor amplitud de miras. En tercer lugar, ha existido un interés creciente en integrar el desarrollo de los sistemas de salud global con los sistemas de salud mental. En cuarto lugar, la armonización de la gerontología con la salud mental y el envejecimiento ha desembocado en desarrollos teóricos como el modelo de diátesis-estrés del desarrollo de Gatz, Kasl-Godley y Karel (10) para comprender los cambios de los trastornos mentales durante el envejecimiento y del modelo de Knights del desafío contextual, cohorte-específico de la madurez. Por último, los grandes cambios económicos y sociales han hecho que se reexamine el propio concepto de salud y de asistencia sanitaria mental. En los Estados Unidos estos cambios han sido inducidos principalmente por la transición desde sistemas de pago por servicios a sistemas de asistencia gestionados por las aseguradoras; en Europa, estos cambios los han impulsado cuestiones económicas como por ejemplo los estándares económicos utilizados como examen para ingresar en la Unión Europea. Nosotros interpretamos estos cambios ocurridos en los años noventa como un signo de la llegada de la era de la geropsicología clínica tanto en los Estados Unidos como en la Unión Europea.

Como ya se ha mencionado previamente, los seis temas generales tratados por Knight et al (6) continuarán desempeñando un importante papel en el futuro de la psicoterapia. La función principal de la valoración continuará siendo la distinción entre trastornos cuyo origen reside en una alteración de la capacidad de funcionamiento cerebral, como la demencia y el síndrome confusional agudo y otros trastornos funcionales como la depresión, la ansiedad, la paranoia y la esquizofrenia (8), además de diferenciar los aspectos físicos, psicológicos y sociales de los distintos problemas (11). Debido a esto, la valoración del anciano requiere herramientas específicas, como ciertos conocimientos de neuropsicología y psicología de la salud (11). Por consiguiente, los geropsicólogos necesitarán ser capaces de reconocer las distintas variantes de la demencia y los efectos de la medicación y de la patología médica sobre los trastornos psicológicos (6).

Además de la valoración cuidadosa, el papel del psicoterapeuta requerirá flexibilidad y cooperación con otros profesionales al trabajar con personas de edad avanzada. Los ancianos presentan a menudo necesidades sociales (p. ej. transporte, ayuda en las tareas domésticas) además

de sus problemas médicos y psicológicos y, por consiguiente, requieren que el terapeuta haga frente a sus necesidades más urgentes trabajando como terapeuta de casos («caseworker») en los momentos iniciales de la terapia (6). Los pacientes de edad avanzada suelen presentar comorbilidad médica y a menudo expresan sus problemas psicológicos fundamentalmente como síntomas físicos. Estas diferencias requieren una coordinación con la medicina mayor que en el caso de clientes más jóvenes y ha desembocado en modelos de cooperación en los cuales el geropsicólogo trabaja con médicos de atención primaria en clínicas y consultorios y atiende consultas en hospitales médico-quirúrgicos (12). Para este cometido el geropsicólogo, además de tener importantes conocimientos sobre valoración, también ha de tener nociones sobre las intervenciones psicológicas necesarias en el ámbito de la salud y sobre el trabajo en equipo con la clase médica. Una vez que las necesidades médicas y sociales están resueltas el terapeuta puede orientarse hacia los objetivos a largo plazo de la terapia, haciendo énfasis en la independencia del cliente y en resolver sus problemas psicológicos. Por eso, al trabajar con ancianos, los geropsicólogos necesitarán ser flexibles en su papel de psicoterapeutas y capacidad para cooperar con otras disciplinas y atender así las necesidades de sus pacientes de mayor edad.

Además, en la terapia hay que tener en cuenta estresores que son frecuentes en la vejez. Knight (11) exponía que los temas de la terapia con ancianos frecuentemente versan sobre enfermedades crónicas, el pesar por la muerte de seres queridos, el enfrentamiento al propio proceso de envejecimiento y la muerte y sobre aspectos conyugales y familiares incluyendo el cuidado y la atención que se les presta. Por lo tanto, la psicoterapia con ancianos implica el tratamiento de una serie de estresores propios de la edad avanzada y la comprensión de los problemas familiares y de los cuidadores, sobre todo cuando se trata de pacientes frágiles o con enfermedades crónicas cuyo bienestar a menudo influye y se ve influido por los familiares que se ocupan de su atención (13, 14). Estos estresores no son específicos de la vejez, pero sí son más frecuentes entre las personas de edad avanzada y requieren ciertos conocimientos específicos y formación adicional de los terapeutas que trabajan con los ancianos que se enfrentan a estos problemas, concretamente sobre asesoramiento en cuanto a la rehabilitación, el duelo y la muerte, problemas acerca de los cuidados y teoría de los sistemas familiares aplicada a las familias de edad avanzada. Por lo tanto, la psicoterapia con ancianos continuará requiriendo el abordaje de una gran variedad de estresores y la obtención de conocimientos y formación adicionales para poder enfrentarse a ellos.

Además, los geropsicólogos necesitan abarcar la diversidad de la ancianidad (6). Aunque en la vejez existen estresores comunes, los ancianos también difieren entre ellos en cuanto a su edad, la cohorte a la que pertenecen, el sexo, la etnia y la orientación sexual. Las personas ma-

yores de 60 años pueden tener entre ellas una diferencia de edad de 20, 30 o más años y pueden representar dos generaciones de una familia (cada vez más frecuentemente el cuidado de los ancianos consiste en hijos viejos-jóvenes cuidando a padres viejos-viejos) abarcando varias cohortes de personas con distintas historias sociales e identidades generacionales. En los Estados Unidos, por ejemplo, los ancianos actuales están compuestos por la cohorte de la Gran Depresión, la generación de la Segunda Guerra Mundial, la generación silenciosa de la postguerra y pronto se añadirá la generación del auge súbito de la natalidad («*baby boomers*»). La acepción específica de cada una de estas cohortes variará en cada nación, pero la existencia de múltiples cohortes con diferentes identidades entre los denominados «ancianos» es universal. En la mayor parte del mundo, la mayoría de los ancianos son mujeres y las mujeres también tienden a ser la mayoría de los clientes de las terapias. Las necesidades psicológicas de los hombres ancianos no deben pasar desapercibidas, pero las teorías del envejecimiento tampoco deben basarse sólo en los varones, como a menudo ha sucedido en las teorías del envejecimiento de la personalidad que han dado forma a la psicoterapia (15-17). En los Estados Unidos y gran parte de Europa, la pluralidad étnica está aumentando y hay que prestar atención a la influencia de la cultura en el envejecimiento y en el cuidado de los miembros más viejos de la familia. Por último, los adultos homosexuales también llegan a la ancianidad y presentan problemas específicos relativos al envejecimiento, a la manera de afrontar el estilo de vida de la jubilación y a los estresores de la edad avanzada. Por lo tanto, cuando se trabaja con ancianos, los psicoterapeutas necesitan tener en cuenta que éstos difieren unos de otros de la misma forma que los adultos más jóvenes y deben explorar el significado del envejecimiento y de los problemas de la última etapa de la vida dentro del contexto social y de la identidad específica de los clientes con los que se enfrentan en la sala de terapia.

Además, la reacción de los terapeutas jóvenes hacia los ancianos o hacia los problemas comunes de la edad avanzada continuará siendo otro de los temas más importantes en la psicoterapia en la vejez; el terapeuta ha de enfrentarse con la enfermedad, la incapacidad, la muerte y pérdidas irreparables (6), que a menudo se encuentran en el futuro del terapeuta y no en su pasado, en contraste con lo que sucede con los clientes más jóvenes. Por consiguiente, los geropsicólogos han de prepararse para reconocer y afrontar los diversos problemas de la contratransferencia provocada por sus clientes de mayor edad. Este conocimiento por lo general se puede obtener de la experiencia supervisada con clientes ancianos y mediante consultas con otros terapeutas que trabajen con ancianos.

Mientras aumenta la atención en los enfoques basados en la evidencia para las intervenciones médicas y de salud mental tanto en Europa como en Estados Unidos, debe continuar la investigación de la eficacia de las intervenciones sobre los ancianos. En una revisión empírica de

las intervenciones psicológicas en ancianos, Gatz et al (18) señalaron que los tratamientos conductuales y ambientales ante los problemas de conducta de los pacientes con demencia eran intervenciones con un apoyo empírico bien establecido, así como los tratamientos que se enumeran a continuación probablemente eran eficaces: las terapias cognitivas, conductuales y psicodinámica breve en la depresión; «repaso vital» (*life review*) para aquellas personas con síntomas depresivos o que viven en entornos que restringen la independencia; terapia cognitivo-conductual en los trastornos del sueño; grupos de apoyo psicoeducacional para los cuidadores; y reentrenamiento cognitivo y de la memoria en los pacientes con demencia. Por lo tanto, en el futuro la investigación debe indagar sobre la eficacia de estas intervenciones en muestras de ancianos con enfermedades crónicas e incapacitados, y en ancianos con otros tipos de trastornos psicológicos y deberían validarse aún más los datos sobre eficacia que actualmente se basan en estudios de un único grupo de investigación.

Aunque esta revisión muestra los progresos realizados en lo referente a las intervenciones psicológicas con ancianos, se ha prestado poca atención a las intervenciones preventivas en la vejez. Las tasas de trastornos emocionales podrían reducirse bien previniendo su desarrollo o bien mediante la detección precoz y el tratamiento correspondiente para evitar así su progresión o sus complicaciones (5). Como señalaron Teri y Logsdon (19) un área de interés preventivo es el del cumplimiento en el área de la salud; las técnicas de tratamiento psicológico que faciliten al anciano el cumplimiento tanto de los tratamientos médicos como de los psicológicos son una importante área de trabajo en el futuro. Por consiguiente, necesita evaluarse el papel de la psicoterapia con ancianos en intervenciones preventivas orientadas a mejorar el cumplimiento.

El futuro desarrollo de la psicoterapia en la vejez también dependerá del desarrollo de teorías relativas al envejecimiento y a la terapia con pacientes de edad avanzada que estén firmemente enraizadas en la teoría y la investigación gerontológica, en lugar de simples ampliaciones o pequeñas modificaciones de teorías desarrolladas con adultos jóvenes. Los primeros dos tercios del siglo XX estuvieron centrados en responder a la pregunta de si la psicoterapia era posible con personas mayores (6), pregunta cuya respuesta clara es afirmativa (18). En los últimos tiempos del siglo XX, la discusión se centró sobre si existía la necesidad de adaptar las terapias para trabajar con los pacientes ancianos. El modelo de Knight (11) del desafío contextual, cohorte-específico de la madurez protagonizó gran parte de esta discusión y la basó en la investigación del campo de la gerontología social y de la psicología del desarrollo. Su respuesta fue que la terapia con los ancianos a menudo necesita adaptaciones, pero estas modificaciones se basan en las diferencias de cohorte entre los jóvenes y los ancianos, los retos a los que se enfrentan muchos ancianos y el contexto social específico en el que muchos clientes ancianos viven, reciben trata-

miento médico o cuidados de larga duración y pasan sus horas de asueto. En general, las diferencias en las terapias no se basan en los cambios relacionados con el envejecimiento sino en las diferencias de cohorte, los retos específicos y el contexto social de los ancianos.

Gatz, Kasl-Godley y Karel (10) describen un modelo de diátesis-estrés del desarrollo para explicar los efectos de la edad en las tasas de psicopatología. En general, su modelo postula que las influencias biológicas sobre la psicopatología aumentan (mayor prevalencia de demencias y de enfermedades físicas crónicas) con la edad, mientras que los estilos de afrontamiento y otros recursos psicológicos mejoran con la edad; los eventos vitales estresantes disminuyen tras los años de la juventud para luego aumentar algo en los años de la vejez. Aunque estos pasos son importantes para establecer sólidas teorías sobre la terapia con personas mayores, el progreso real en el futuro dependerá de la evolución de una mejor comprensión teórica de la psicoterapia en el envejecimiento, basado tanto en las teorías del envejecimiento normal como en la psicopatología de la última etapa de la vida.

El futuro de la psicoterapia en la vejez también se verá configurado en gran medida por las fuerzas sociales que forman la salud tanto nacional como internacional y el desarrollo de la política sobre salud mental. En los Estados Unidos durante la pasada década diversas fuerzas se han movilizado por ejemplo abogando por aumentar la cobertura de salud mental de Medicare y en muchos estados se han formado movimientos (con potencial de cambio en el ámbito federal) hacia la paridad de la salud mental: es decir, extender la cobertura de los trastornos mentales hasta lograr la misma de la que gozan los trastornos médicos. Por otra parte, los sistemas de asistencia controlados por aseguradoras y otros movimientos a favor de la reducción de costes tendían a imponer límites a la atención de estos pacientes, basándose en la experiencia con adultos jóvenes estimulando a que el tratamiento fuera asumido por los médicos generales, poniendo límite así a las especialidades geriátricas pese a que éstas apenas habían comenzado a formarse (20). En Europa, la discusión parece centrarse en el futuro de los sistemas de salud nacionales en las actuales circunstancias económicas (y en las del futuro previsible) y en el impacto de los cambios de los planes nacionales de salud sobre los de salud mental, sobre la atención a los ancianos y sobre su intersección, los programas de salud mental para ancianos.

En resumen, el futuro de la psicoterapia con ancianos reside en la mejora continuada de la valoración especializada diferencial de los trastornos psicológicos y de los efectos de los problemas médicos sobre la salud mental. Además, la psicoterapia con los ancianos implica asumir varios roles como el de terapeuta de casos («caseworker»), enfrentarse a problemas frecuentes de la edad avanzada y ser consciente de las dificultades de la contra-transferencia cuando se trabaja con ancianos. Los avances en el futuro de la psicoterapia con ancianos deben consistir en abarcar la diversidad de esta población, indi-

vidualizando las intervenciones psicológicas de forma eficaz, especialmente aquellas que facilitan el cumplimiento terapéutico y progresar en lo relativo a las teorías subyacentes a la terapia con ancianos. Por último, a pesar de que la demanda de psicoterapia de las personas de edad avanzada crecerá con seguridad en las próximas décadas, la disponibilidad de esta psicoterapia vendrá determinada en gran parte por las fuerzas económicas y sociales que forman la política sanitaria y de salud mental tanto nacional como internacional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Annan K. Address at ceremony launching the International Year of Older Persons. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1999; 54B:P5-6.
2. Kiesler CA. US mental health policy: Doomed to fail. *American Psychologist* 1992;7:1077-82.
3. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association* 1989;261:2229-35.
4. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological catchment area sites. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:977-86.
5. Koenig HG, George LK, Schneider R. Mental health care for older adults in the year 2020: A dangerous and avoided topic. *Gerontologist* 1994; 34:674-9.
6. Knight B, Kelly M, Ganz M. Psychotherapy with the elderly. En: Freedheim DK, ed. *The history of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1992.
7. Izal M, Montorio I. Perspectiva histórica de la intervención Psicológica en personas mayores: Un extenso pasado, una breve historia. En: Izal M, Montorio I, eds. *Gerontología conductual: Intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p. 19-32.
8. Zarit S, Zarit J. *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1998.
9. Smyer MA, Qualls SH. *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell; 1999.
10. Gatz M, Kasl-Godley JE, Karel MJ. Aging and mental disorders. En: Birren JE, Schaie KW, eds. *Handbook of the psychology of aging*. 4th ed. San Diego: Academic Press; 1996. p. 365-82.
11. Knight BG. *Psychotherapy with older adults*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
12. Haley WE. The medical context of psychotherapy with the elderly. En: Zarit SH, Knight BG, eds. *A guide to psychotherapy and aging: Effective interventions in a life stage context*. Washington, DC: American Psychological Association; 1996. p. 221-40.
13. Olshevski J, Katz A, Knight BG. *Stress reduction for caregivers*. Philadelphia, PA: Brunner-Mazel; 1999.
14. Biegel DE, Sales E, Schulz R. *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991.
15. Erikson EH. Reflections on Dr. Borg's life cycle. En: Erikson EH, ed. *Adulthood: Essays*. New York: Norton; 1978.
16. Helson R, Mitchell V, Hart B. Lives of women who became autonomous. *Journal of Personality* 1985;53:257-85.
17. Levinson DJ. *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine Books; 1978.
18. Gatz M, Fiske A, Fox L, Kaskie B, Kasl-Godley J, McCallum TJ, Wetters J. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health and Aging* 1998;4:9-46.
19. Teri L, Logsdon RG. The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy* 1992;29:81-7.
20. Knight BG, Kaskie B. Models for mental health service delivery to older adults: Models for reform. En: Gatz M, ed. *Emerging issues in mental health and aging*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.