

La eficacia de la gerontología conductual

Montorio, I. e Izal, M.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

La *gerontología conductual*, término originalmente propuesto por Baltes y Barton (1), es la aplicación de la perspectiva conductual a los problemas psicológicos y de salud a los que se enfrentan las personas de edad avanzada, y constituye un área de estudio relativamente reciente (2). La investigación de la eficacia de las intervenciones realizadas desde la gerontología conductual, aunque no muy amplia, es suficiente como para haber puesto de relieve la utilidad de las mismas para una amplia variedad de problemas tales como la depresión, la ansiedad, los síntomas conductuales asociados a demencia, los problemas de sueño, la incontinencia urinaria o fecal, las adicciones, el dolor crónico, entre otros, y todo ello en distintos contextos (comunitarios, hospitales, centros residenciales) (3-5).

Especialmente en el contexto de los centros residenciales para personas mayores existe una amplia evidencia empírica de la eficacia de los tratamientos conductuales para diversos problemas de comportamiento tales como el exceso de incapacidad, agresión verbal, agresión física, deambulación o autocuidado, constatándose, además, que las mejoras se mantienen en el tiempo (6). Han mostrado su efectividad incluso con personas mayores que no pueden beneficiarse de intervenciones en las que la palabra tiene un valor importante, debido, por ejemplo, a un deterioro cognitivo que les impide su participación activa en el tratamiento; en tales casos, las intervenciones dirigidas al personal de las residencias o a los propios familiares han demostrado su utilidad (por ejemplo, Teri et al) (7).

En general, la tasas de mejora y la magnitud de las ganancias terapéuticas son similares a las encontradas en población adulta más joven. En un estudio de meta-análisis sobre la eficacia de la psicoterapia con personas mayores realizado por Scogin y McElreath (8) se encontró un tamaño medio del efecto de 0,78, valor similar al reiteradamente citado de Smith, Glass y Miller (9) sobre eficacia general de los tratamientos psicológicos con adultos (0,85). En este mismo número de la revista Nancy Solano y Dolores Gallagher-Thompson documentan y justifican ampliamente la eficacia de la terapia conductual para uno de los problemas psicológicos más prevalentes entre las personas mayores, como es la depresión. Es, precisamente, el tipo de intervención con población de edad avanzada, el tratamiento de la depresión, cuya eficacia se ha evaluado también a instancias del Instituto Nacional de la Salud de EE. UU. en 1994; tras revisar ensayos clínicos controlados, estudios de caso e intervenciones grupales, individuales y psicoeducativas, se concluyó que la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento útil —y libre de efectos secundarios indeseables— para la depresión en la vejez (10).

Una conclusión general sobre la eficacia de estas intervenciones es que los procedimientos básicos que son eficaces con los jóvenes o adultos lo son también con los mayores. La evidencia empírica confirma, sin lugar a dudas, que las personas mayores responden satisfactoriamente a las intervenciones dirigidas al cambio conductual, aun cuando en ocasiones existen diferencias en la presentación del trastorno concreto o en la capacidad de la persona mayor para seguir aspectos específicos de los procedimientos que se emplean. No obstante, debe tenerse en cuenta que el volumen de trabajos sobre intervención en diferentes áreas temáticas en la vejez es bastante reducido en comparación con la investigación existente en estas mismas áreas con individuos más jóvenes por una diversi-

dad de razones (dificultad de acceso de las personas mayores al tratamiento, actitudes negativas y el «nihilismo terapéutico» de algunos profesionales, insuficiente formación del psicólogo en relación con esta población, barreras para el acceso a la atención psicológica por parte de los mayores, etc). Junto a estas razones, existen otros problemas en relación con el análisis de la eficacia de las intervenciones con esta población:

1. En numerosas investigaciones se ha excluido de tratamientos psicológicos a personas mayores de 60 o 65 años en aras de lograr mayores garantías metodológicas, es decir, se establecen «puntos de corte» basados en la edad para evitar supuestas complicaciones posteriores debidas a enfermedad física, posibles trastornos orgánicos del SNC, consumo de fármacos o problemas logísticos derivados, por ejemplo, de dificultades de transporte (11). Además, frecuentemente, en estudios que incluyen población mayor se ha excluido tanto a personas que padecen más de un problema físico a fin de evitar sesgos metodológicos, como a las muy mayores (por ejemplo, 85 y más años) (12).

2. Los programas de tratamiento con mayores, al no contemplar normalmente la generalización y el mantenimiento de sus resultados, no han permitido conocer suficientemente si tales resultados son relevantes más allá de los parámetros inmediatos del propio estudio. Por otra parte, en los trabajos que sí han contemplado la generalización y el mantenimiento de los resultados, se han evidenciado importantes limitaciones en ambos aspectos. Entre las diversas explicaciones ofrecidas a este respecto (por ejemplo, escasa capacidad para mantener los aprendizajes por parte de los mayores, empleo de programas demasiado «artificiales», etc.), dos han recibido especial atención: la existencia de factores ambientales —fundamentalmente sociales— inapropiados para mantener los comportamientos deseados fuera del contexto de intervención, por una parte, y, por otra, una insuficiente atención al papel que los aspectos cognitivos (por ejemplo, la autoeficacia) pueden jugar en la permanencia de los beneficios obtenidos como resultado del tratamiento (12). Una cuestión adicional relacionada con lo anterior es que cabe cuestionarse, al aplicar tratamientos conductuales a personas mayores, si el grado de cambio requerido para ser considerado socialmente relevante es sólo una cuestión de conseguir una diferencia estadísticamente significativa, o si el programa debería producir además un cambio que sea valorado por los usuarios, los miembros de la familia o la sociedad como socialmente significativo y a un coste aceptable (13). Así, por ejemplo, Carstensen y Erickson (14), al objeto de aumentar las interacciones sociales entre usuarios de una residencia asistida, facilitaron estímulos que animaban a relacionarse con los demás (p. ej., refrescos, material de ocio, etc.) y encontraron que si bien la interacción había aumentado al doble respecto a la línea base, un análisis cualitativo mostró cómo la mayor parte de las comunicaciones eran inefectivas, pudiendo considerarse socialmente no válidas.

3. La mayor parte de las intervenciones han estado dirigidas al tratamiento de déficit, en detrimento de la prevención de posibles pérdidas futuras. Este hecho que, en parte, está relacionado con la tendencia a trabajar en instituciones, pone de relieve la conveniencia de dirigir la atención hacia las personas mayores que viven en la comunidad y tratar los problemas que les afectan, incluyendo el importantísimo tema del cumplimiento de las prescripciones médicas y psicológicas.

4. Si bien las intervenciones psicológicas con personas mayores son diseñadas por especialistas, son profesionales no especializados en tales intervenciones, o incluso familiares, quienes los que llevan a la práctica. Por ello, uno de los problemas frecuentemente encontrados es una aplicación no consistente de los procedimientos (p. ej., responder inconsistentemente a un determinado comportamiento, lo que puede conllevar incluso a una mayor consolidación de comportamientos inapropiados. Dupree y Schonfeld (15) señalan la conveniencia de entrenar al personal que trabaja en instituciones para que modifiquen de manera progresiva diferentes comportamientos y actúen al unísono en la administración de refuerzos o extinción, para conseguir así cambios rápidos que induzcan a pensar en la eficacia de los procedimientos conductuales. Para ello, sugieren que los programas de formación incluyan observación objetiva y registro de datos, fomento de la comunicación entre el personal en reuniones de equipo para valorar el progreso y la eficacia de los programas, diseño de programas altamente estructurados, información puntual de los be-

neficios y consecuencias de adherirse al plan de tratamiento y, por último, formas de respuesta ante comportamientos inapropiados.

5. Aún no se ha analizado suficientemente cuáles serían los criterios de éxito terapéutico adecuados cuando se trabaja con individuos mayores y si deben modificarse respecto a individuos más jóvenes. Responder con precisión a esta cuestión significaría un mayor conocimiento del proceso normal y patológico de envejecimiento y de lo que sería un envejecimiento «óptimo», puesto que, incluso en el caso de que se consiguiera obtener normas para la población de edad avanzada, seguiríamos sin conocer las normas correspondientes al envejecimiento en condiciones óptimas. Comprobar cuáles son los límites del *envejecimiento conductual* normal es una de las tareas pendientes de la gerontología comportamental (16). La relativa ausencia de información sobre la naturaleza del envejecimiento normal lleva a cuestionar algunos de los criterios habitualmente utilizados como indicadores de éxito de los tratamientos aplicados con esta población. Parece más que probable que los objetivos terapéuticos deban ser modificados en múltiples ocasiones con esta población. Incluso, en determinadas ocasiones, el mantenimiento del nivel correspondiente a la «línea base» puede ser considerado como «éxito» terapéutico. También, un objetivo terapéutico podría ser mantener la capacidad de la persona para permanecer activo e independiente en su comunidad —y no única o necesariamente el cambio clínico.

6. Por último, existe una demanda de un mayor número de estudios controlados de intervención que contrasten la diversidad de los procedimientos conductuales con personas mayores de distintas características para responder apropiadamente a la natural heterogeneidad de este grupo de edad. No sólo es deseable saber qué procedimientos son útiles, sino establecer qué procedimientos son más útiles para qué tipo de personas, esto es, realizar estudios clínicos de eficacia comparativa entre distintos procedimientos, teniendo en cuenta la propia heterogeneidad de las personas mayores. Además, debería priorizarse este objetivo y hacer un mayor esfuerzo en relación con aquellos problemas más acuciantes como son el consumo de alcohol, el tratamiento de la depresión y la ansiedad, los síntomas conductuales y funcionales en personas que padecen Alzheimer, la adaptación a la enfermedad crónica y la prevención de la dependencia.

Desde un punto de vista profesional, debe tenerse presente que la población de más edad está creciendo rápidamente, sin que se estén anticipando suficientemente las necesidades de atención psicológica que esto va a suponer en un futuro. En un número anterior de la revista Knight y Robi (4) describen al examinar el futuro de la psicoterapia cómo están cambiando las condiciones sociales y personales, de manera que, esperablemente, en un plazo de 20 años se producirá una creciente demanda por parte de las personas mayores de servicios de salud mental. Junto a ello debe procurarse un nuevo análisis de la escasa utilización por parte de las personas mayores de los servicios de salud mental y las formas de contrarrestar esta situación, incluyendo la definición de nuevos programas y servicios. En este sentido, es necesario investigar los modos de optimizar los servicios asistenciales para personas mayores y la forma en que desde la psicología se puede contribuir a ello, tanto en la definición de sus objetivos como en el diseño, gestión y establecimiento de los procedimientos clínicos más eficaces. Por otra parte, la relativa consolidación de la disciplina de la intervención psicológica en la vejez ha generado una literatura específica sobre la misma, tanto de manuales como de capítulos o artículos en revistas especializadas, que han aumentado progresivamente en los últimos 20 años. Así, por ejemplo, al revisar las fuentes documentales que existen sobre gerontología se han recogido casi 30 manuales específicos sobre psicogerontología clínica desde el año 1980 (17).

En síntesis, algunos de los aspectos de la aplicación del modelo conductual en la vejez sobre los que es preciso seguir investigando hacen referencia a cuestiones tan diversas como la adaptación de la tecnología conductual a población de edad avanzada, la efectividad comparativa de distintas estrategias de intervención, los efectos de utilizar conjuntamente el modelo conductual con otras formas de intervención, la eficacia de los procedimientos de autocontrol, así como la formación de los cuidadores en las instituciones y en la comunidad, el acceso a distintos recursos comunitarios por parte de quienes viven en la comunidad y presentan problemas, la utilización de técnicas conductuales en problemas

de salud y el cuidado de la salud con objetivos de prevención, o la aceptación de tratamientos conductuales por parte de las personas mayores, profesionales y cuidadores, entre los aspectos más importantes.

Desde una perspectiva más académica, el futuro de la gerontología conductual se basará en la integración de las teorías del envejecimiento y el desarrollo adulto, por una parte, y la perspectiva conductual, por otra, lo que previsiblemente habrá de permitir un mejor ajuste a las necesidades individuales de las personas mayores (18). Asimismo, es de esperar que la investigación realizada bajo la perspectiva de la gerontología conductual acabe generando un cuerpo sólido de conocimientos que contribuya, junto con otras disciplinas, a expandir el conocimiento básico sobre las personas mayores y promover el objetivo, hoy adoptado por muchos gerontólogos y geriatras, de facilitar a la mayor parte de las personas una vejez con éxito que, sin duda, supera con mucho el ámbito clínico de la gerontología (19).

BIBLIOGRAFÍA

1. Baltes MM, Barton E. New approaches toward aging: A case for the operant model. *Educ. Gerontology: An Intern. Quarterly* 1977;2:383-405.
2. Izal M, Montorio I. *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis; 1999.
3. Gatz M, Fiske A, Fox L, Kaskie B, Kasl-Godley J, McCallum TJ, Wetherell J. Empirical Validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health Aging* 1998;4:9-46.
4. Knight B, Fribbi GS. Psicoterapia en el anciano en el siglo XXI. Tendencias pasadas y perspectivas futuras. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:131-4.
5. Montorio I, Izal M. *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis; 1999.
6. Burgo LD, Cotter EM, Stevens AB. Treatment in residential settings. En: Hersen M, Van Hasselt VB, eds. *Psychological treatment of older adults. An introductory text*. Nueva York: Plenum, 1996.
7. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry S. Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *J Gerontol B: Psychol Sciences* 1997;52B:P159-P66.
8. Scogin F, McEreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62:69-74.
9. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1980.
10. Teri L, Curtis J, Gallagher-Thompson D, Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy with depressed older adults. En: Schneider LS, Reynolds CF, Lebowitz, BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. Gatz M, Popkin SJ, Rino D, VandenBos GR. Psychological interventions with older adults. En: Birren, JE, Schaie KW, eds. *Handbook of the Psychology of Aging*. 2ª ed. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company; 1985.
12. Zeiss AM, Steffen A. Behavioral and cognitive treatments: An overview of social learning. En: Zarit SH, Knight, BG, eds. *A guide to psychotherapy and aging. Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: APA; 1996.
13. Schenelle JF, Traugher B, Morgan DB, Embry JE, Binion AF, Coleman AF. Management of geriatric incontinence in nursing homes. *J Applied Behav Analysis* 1983;16:235-41.
14. Carstensen L, Ericson R. Enhancing the social environments of elderly nursing home residents: Are high rates of interaction enough? *J Applied Behav Analysis* 1986;19:349-55.
15. Dupree LW, Schonfield L. The value of behavioral perspectives in treating older adults. En: Hersen M, Van Hasselt VB, eds. *Handbook of clinical geropsychology*. Nueva York: Plenum Press; 1998.
16. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: a model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM, eds. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press; 1990.
17. Izal M, Montorio I, Sánchez M. Fuentes documentales en gerontología conductual. En: Montorio I, Izal M, eds. *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis; 1999.
8. Teri L, Logsdon RG. The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy* 1992;29:81-7.
9. Montorio I, Izal M. Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain* 1998; 2:27-46.