

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ



NeuroClass

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ

Este documento es un resumen que recoge los apuntes y contenidos académicos del curso online: Intervención psicológica en la vejez



Psicóloga Andrea Cristina Alvarado Rodas

Estudiante doctoral en Medicina Traslacional- Neuropsicología en la Universidad de Salamanca- España Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología por la Universidad de Salamanca, Universidad de Barcelona, Universidad de Valencia y Universidad de Santiago de Compostela - España Máster en Neuropsicología por la Universidad de Salamanca- España Especialista en Envejecimiento Saludable por el Instituto de Geriátrica de México.

Propuesta de formación

Dirigido a estudiantes y profesionales de la psicología, médicos o cualquier profesional de la salud mental interesado en recibir una formación práctica en psicogerontología.

Objetivos

- 1.** Adquirir competencias generales sobre los distintos modelos de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamiento en el campo de la psicología del envejecimiento.
- 2.** Conocer técnicas y procedimientos derivados de la intervención en psicogerontología.
- 3.** Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal y manejo de las situaciones adecuadas para una interacción efectiva con las personas mayores, familiares, cuidadores y demás profesionales implicados en su atención.
- 4.** Destacar la importancia de un trabajo interdisciplinario para una intervención eficaz.

ÍNDICE

MÓDULO 1 **ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ 1**

1.1. Introducción	2
1.2. Aspectos generales	2
1.3. Aspectos a tomar en cuenta	3

MÓDULO 2 **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ 4**

2.1. Meta/Objetivo de la Intervención psicológica en la vejez	5
2.1.1. Objetivos específicos	5
2.2. Creación de la relación Terapéutica	6
2.2.1. Objetivo	6
2.2.2. Características del terapeuta	6
2.3 Enfoque diagnóstico y terapéutico	8
2.3.1. Efecto terapéutico	8
2.4 Peculiaridades de la intervención psicológica en la vejez	9
2.4.1. Creencia anti terapia	9
2.4.2. Accesibilidad difícil	9
2.4.3. Enfermedades físicas y déficits sensoriales	9
2.4.4. Déficits cognitivos	10
2.4.5. Cronicidad de los problemas	10
2.4.6. Proximidad de la muerte	10
2.4.7. Familia	10
2.4.8. Entorno social	10

MÓDULO 3 **EVALUACIÓN 11**

3.1 Entrevista en psicogerontología	12
---	----

3.2 Fases de la entrevista	12
3.2.1. Fase Previa	12
3.2.2. Fases Iniciales	13
3.2.3. Fase intermedia	14
3.2.4. Fase Final	14
3.3. Aspectos técnicos/ diferenciales de la entrevista psicogerontológica	15
3.3.1. Diferencia de Edad	15
3.3.2. Tratamiento Respetuoso	15
3.3.3. Distancia Terapéutica	16
3.3.4. Dificultades en la comunicación	16
3.4. Ejes de la entrevista	17
3.5. Informe psicológico	31

MÓDULO 4

TERAPIAS ESPECÍFICAS 32

4.1. Psicoanálisis	33
4.2. Intervención psicológica de apoyo	33
4.3. Intervención psicológica breve	33
4.4. Terapia cognitivo-conductual (TCC)	34
4.5. Terapia interpersonal	35
4.6. Psicodrama	36
4.7. Terapia familiar	36
4.8. Terapia de grupo	37
4.9. Revisión de la vida	38
4.10. Intervenciones psicoeducativas	38

ANEXOS 39

BIBLIOGRAFÍA 41

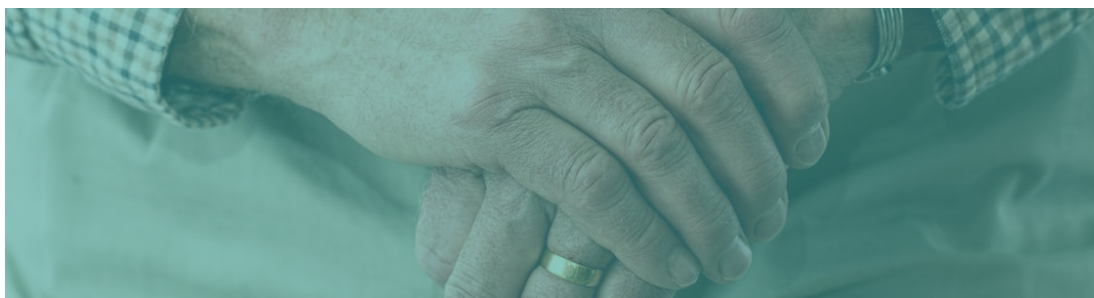
MÓDULO 1

ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ

1.1. Introducción

En la actualidad, se conoce que las necesidades de las personas mayores abarcan muchos focos de atención, entre ellos, uno de los más importantes es la psicológica. La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de ella. Ambos son multidisciplinarios puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social [Fernández-Ballesteros, 2004]. Es así entonces, que la psicología del envejecimiento como disciplina científica, se ocupa del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios de los cambios psicológicos que se producen en esta etapa de la vida.

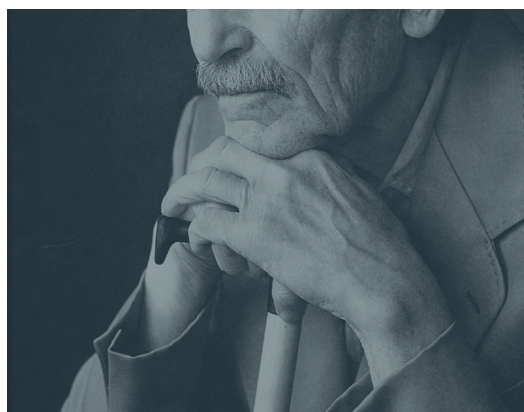
Es importante recordar que la psicología del envejecimiento es una subdisciplina de la psicología, multidisciplinaria y se centra en el estudio del envejecimiento para promover el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores. Asimismo, tener en cuenta que las alteraciones que se producen en la vejez no constituyen un proceso homogéneo, de manera que se pueden encontrar diferencias significativas en función de cada persona. Por lo tanto, definir alteraciones psicológicas propias de esta etapa constituiría una visión simplificada y limitada teniendo en cuenta la multitud de variables que pueden surgir en torno a la vida de una persona concreta.



1.2. Aspectos generales

Es el tratamiento científico, de naturaleza psicológica para las manifestaciones, si en caso físicas, del malestar humano. Busca promover el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas en sus grupos, como la pareja o la familia.

Las personas mayores pueden beneficiarse de la amplia gama de intervenciones psicológicas disponibles. En general, este tipo de procesos son de gran apoyo para diferentes tipos de población, por ejemplo, enfermos psiquiátricos que se han hecho mayores y han alcanzado la condición de geriátricos o en personas mayores sin antecedentes psiquiátricos que han desarrollado un trastorno de este tipo.



Salvo algunas técnicas desarrolladas específicamente para los pacientes con deterioro cognitivo, las bases teóricas y prácticas de la intervención psicológica van a ser las mismas, lo que añade algo característico es la condición de paciente geriátrico. Este último concepto implica la recurrente existencia de pluripatologías médicas y polimedicación, la indicación de problemas somáticos psíquicos y sociales, y la necesidad de considerar a los cuidadores como elementos del proceso psicoterapéutico y en muchas ocasiones como parte del objetivo de actuación.

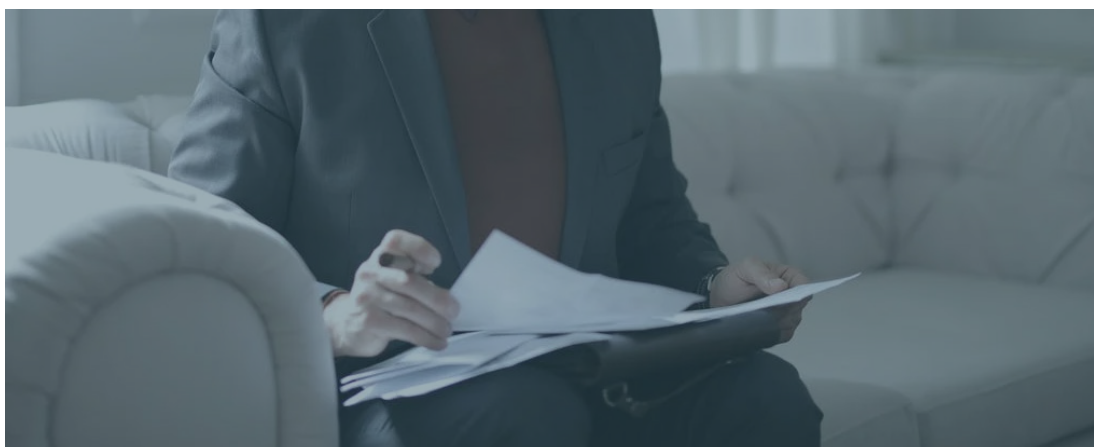
Actualmente existe acuerdos respecto a la necesidad de adaptaciones y de una mayor flexibilidad para la aplicación de las distintas técnicas en este grupo de pacientes.



1.3. Aspectos a tomar en cuenta

Antes de trabajar con esta población, debemos considerar que la **intervención psicológica** en esta etapa debe ser radicalmente honesta y realista, dada la dificultad de cambio en estas edades.

Además, el término intervención psicológica conlleva a un más amplio dominio científico, profesional y especializado que se desarrolla en peculiares orientaciones teóricas prácticas. Es importante que, como profesionales de la salud mental, estemos en constante formación y actualización de conocimientos para poder dar una mirada más integral y eficiente.



MÓDULO 2

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ

Como hemos explicado anteriormente, los procesos de intervención psicológica en la vejez conllevan la comprensión de la población con la que vamos a trabajar, sus necesidades, expectativas y contexto. A continuación, revisaremos aquellos elementos que debemos considerar.



2.1. Meta/Objetivo de la Intervención psicológica en la vejez

El **objetivo central** de la intervención psicológica geriátrica es el de **actualizar las potencialidades del paciente** de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno.

En general, se tiende a obtener cambios en los sentimientos, los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad.

Dichos objetivos presentan algunas peculiaridades inherentes a la edad del paciente, puesto que no resultará viable una modificación significativa de la personalidad, por lo que nuestros objetivos deben ser realistas, es decir, algo más modestos que cuando trabajamos con adultos. Por consiguiente, estarán **encaminados a la mejoría sintomática de todo el contexto familiar cultural y social del paciente.**

2.1.1. Objetivos específicos

Entre los objetivos específicos:

- Trabajar en la autoestima del paciente
- Manejar psicológicamente la dependencia
- Tratar psicológicamente la necesidad de cuidados médicos
- Ayudar a mejorar el funcionamiento social y familiar



2.2. Creación de la relación Terapéutica

El primer contacto con el paciente supone uno de los momentos de mayor importancia en cualquier tratamiento, pasa lo mismo en la psicología del envejecimiento.

El objetivo principal en esta fase es crear una **relación personal cercana** que le permita al terapeuta realizar tanto el diagnóstico como las primeras intervenciones.

Se denomina relación terapéutica a la construcción o vínculo que surge **entre un paciente y el profesional** que lleva la intervención, esta relación es determinante en el éxito de la intervención psicológica. Veamos más a continuación.

2.2.1. Objetivo

Crear una relación como Alianza de Trabajo o colaboración, en torno a la resolución del problema. Por tal motivo, el terapeuta debe:

1. **Mostrar ATENCIÓN:** Lograr que el paciente se sienta escuchado
2. **Mostrar INTERÉS:** Lograr que el paciente se sienta comprendido
3. **Mostrar CONSIDERACIÓN POSITIVA:** Lograr que el paciente sienta que cuenta con recursos
4. **Motivar: COMPROMISO TERAPEÚTICO** (Ver anexo Contrato terapéutico)

2.2.2. Características del terapeuta

El trabajo del terapeuta constituye el desarrollo de diversas habilidades que permitan un acercamiento efectivo con la persona. Veamos más a continuación.

Escucha reflexiva y activa

- **Uso del silencio:** Las pausas durante la conversación entre paciente y terapeuta pueden revelar el éxito de la intervención, además de otras informaciones. Todo psicólogo conoce esos momentos de silencio en la consulta, segundos en los que el terapeuta y el paciente reflexionan o buscan las palabras adecuadas.

- **Mimetismo corporal:** Hablamos del efecto camaleón que hace referencia a llegar a establecer algo parecido a una sincronía con la otra persona, permitiendo agradarla más y facilitar la comunicación.
- **Redefinición:** Es un desplazamiento de perspectiva, del paciente individual al sistema familiar; da lugar a un significado nuevo para el síntoma individual. En la práctica clínica, este desplazamiento se puede compartir con la familia como un reencuadramiento del problema presentado, tal que ahora las conductas individuales se vean eslabonadas a una pauta familiar significativa.
- **Gestos empáticos**
- **Sonrisas**
- **Señales y sonidos de asentimiento**

Estrategias de acción

Algunas estrategias que permiten ayudar a crear una adecuada relación terapéutica son:

- **Realizar preguntas abiertas:** Por ejemplo, “¿Qué harías de otra manera si nadie te estaría viendo?” “¿Cuál es la promesa más grande que te has hecho?” “¿Cambiarías algo de tu vida?”.
- **Evitar formas lingüísticas negativas:** Evita utilizar frases como “no hagas esto”, “no hagas aquello”, “te has equivocado en esto y en aquello otro”. A diferencia utiliza la recodificación en forma positiva y haz una prescripción directa.
- **Brindar respuestas espejo:** Brindar respuestas empáticas.
- **Validación sentimental:** Permitir al paciente expresar sus sentimientos sin ser juzgado. Es recomendable indicar al inicio de las sesiones que durante ellas nadie juzgará a nadie.
- **Elogios:** Por ejemplo, “¡Qué buen trabajo estas realizando diariamente!” ¡Te felicito, acudir a terapia es un gran paso!”
- **Mimetismo verbal:** Este término invita a modificar la manera de hablar para parecerse a la del paciente, buscando crear un ambiente cómodo para el mismo.
- **Declaraciones de comprensión:** Por ejemplo, “Me imagino lo doloroso que debió ser ese episodio de tu vida”.

2.3 Enfoque diagnóstico y terapéutico

En este apartado conoceremos algunos de los modelos psicológicos que, como profesionales de la salud mental, podemos utilizar al momento de intervenir.

2.3.1. Efecto terapéutico

El efecto terapéutico se comprende mejor si utilizamos modelos psicológicos que den paso a la comprensión de la salud y la enfermedad mental. Es decir, a través de un **modelo reglado** al cual puede realizarse algunas adaptaciones.

Y es que, a pesar de que las técnicas tienen una procedencia teórica muy diversa, tienen en común que su eficacia depende fundamentalmente de la relación terapéutica más que de la pericia técnica.

Se debe **recordar siempre que el enfoque diagnóstico y terapéutico de los trastornos mentales en edad avanzada debe ser integral, es decir, se debe ponderar los componentes biológicos psicológicos y sociales tanto del paciente como de sus cuidadores principales.**

Un modelo coherente de organización sería la **evaluación sistemática de las necesidades del paciente y de sus cuidadores**, considerando como necesidad la **existencia de un problema** para el cual existe una intervención profesional capaz de aliviarlo.

Este planteamiento, requiere la disponibilidad de equipos interdisciplinarios articulados en forma de redes asistenciales formados por: psicólogos, médicos y trabajadores sociales; o en su defecto, se debe contar con una comunicación adecuada entre los distintos profesionales a cargo. En otras palabras, la implementación de un trabajo integral e interdisciplinario.

Por tanto, la intervención psicológica en adultos mayores debe formar parte de un plan terapéutico holístico, esto significa, contar con la participación de diversos tratamientos farmacológicos y diversas intervenciones sociales en el proceso terapéutico. Para esto, **el terapeuta deberá contar con la suficiente experiencia de trabajo en equipo multidisciplinario**, que le permita realizar la coordinación necesaria para lograr un resultado óptimo.



2.4 Peculiaridades de la intervención psicológica en la vejez

Aquí, nos surge una pregunta: ¿Es habitual la práctica de la intervención psicológica en la vejez?

Desafortunadamente, el uso de intervención psicológica en el adulto mayor no constituye una práctica habitual. Esto, en parte, se explica por las especiales características de estos pacientes, pero, también, por una serie de mitos acerca de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas en estas edades. Como resultado, se ha generado en los últimos tiempos una infrautilización de la intervención psicológica en la práctica clínica y, desafortunadamente, un escaso interés por parte de la investigación.

2.4.1. Creencia anti terapia

Está extendida y, en muchos, casos con acierto. Es una realidad la creencia de que los pacientes mayores prefieren un abordaje médico farmacológico a sus problemas, antes que implicarse en otros tipos de terapias. Esto se puede evidenciar al momento en que se acercan a un proceso de intervención psicológica en la que se observa que el paciente tiende a adoptar una actitud pasiva en la consulta, lo que corresponde con su rol tradicional en la relación médico-paciente clásica. Y coincide también muchas veces con la actitud que los familiares consideran que deben asumir.

Por eso, el psicoterapeuta que trabaje con un adulto mayor tenderá a ser más directivo, pero, en ningún caso debe olvidar que uno de los objetivos de la terapia es minimizar la dependencia y potenciar la autonomía de estos pacientes.

2.4.2. Accesibilidad difícil

Con mucha frecuencia, el paciente presentará problemas de movilidad o dependencia de terceros. Por esta razón, se recomienda flexibilizar las condiciones del lugar del encuentro. Incluso, se puede plantear la posibilidad de acercarse a la residencia del paciente (ya sea en su domicilio o en una institución). También, se debe considerar la situación económica del paciente.

En cualquier caso, es siempre mejor recomendada la terapia breve, o no dar sesiones muy cercanas en el tiempo.

2.4.3. Enfermedades físicas y déficits sensoriales

Esta situación, muchas veces constituye la parte central de la intervención psicológica. Se recomienda, sobre todo, trabajar acerca de las relaciones sociales, reforzar la autoestima y autonomía.

2.4.4. Déficits cognitivos

En un envejecimiento normal se pueden apreciar alteraciones de la memoria, enlentecimiento en el procesamiento de información o menor capacidad de pensamiento abstracto, entre otros. Es por esto que las sesiones deben tener algunas adaptaciones “técnicas” necesarias. Por ejemplo, intervenciones más cortas, mayores intervalos temporales antes de esperar una respuesta y menor duración de las sesiones.

Debe evitarse confrontar continuamente el paciente con su déficit, tratando de explorar al máximo sus aptitudes indemnes. La planificación individual de la terapia que tenga presente todas las limitaciones del paciente es **obligatoria**.

2.4.5. Cronicidad de los problemas

En muchas ocasiones se tratará con patologías que presentan años de evolución. Es decir, con una larga historia de intervenciones fallidas, en la que el paciente o su entorno pueden haber aceptado el problema como parte ya de su identidad. Por este motivo se debe realizar una historia pormenorizada en la que se identifiquen los intentos previos de solución, los motivos del fracaso, y los que lograron algún éxito; en cualquier caso, deben plantearse objetivos realistas.

2.4.6. Proximidad de la muerte

Supone una limitación temporal, condiciona los temas de la intervención psicológica y el tipo de relación terapéutica que se va a establecer.

2.4.7. Familia

La figura del cuidador va a ser esencial en la mayor parte de los casos. Del mismo modo que el resultado de la terapia va a influir sobre este, el cuidador también va a influir en el curso de la terapia, por lo tanto, **debe participar en la misma**. Esto no va a ser específico de los enfoques sistémicos, debe tenerse en cuenta a la hora de aplicar cualquier, ya que, si no es así, el tratamiento probablemente fracase.

2.4.8. Entorno social

La disminución de la red social es una queja frecuentemente manifestada por los adultos mayores, traduciéndose en sentimientos de soledad. Por este motivo, en terapia debe potenciarse la socialización y el contacto interpersonal enriquecedor (no que fomenten la dependencia o la pasividad).

MÓDULO 3

EVALUACIÓN

3.1 Entrevista en psicogerontología

La entrevista clínica es el eje de la práctica psicogeriátrica, siendo esencial en el diagnóstico, en el establecimiento de la relación terapeuta-paciente y en la orientación del tratamiento.

La Psicogeriatría presenta características diferenciales con la entrevista del paciente adulto, debiendo incluir información aportada por familiares u otros informantes. Asimismo, requiere conocer y analizar las características ambientales, psicológicas y biológicas propias de la edad avanzada.

En el paciente adulto mayor tienden a ser más habituales las enfermedades crónicas, la polifarmacia y, la presencia de una biografía más amplia con una mayor exposición a factores psíquicos o sociales patógenos. **Por ello, su evaluación debe ser exhaustiva y completa.** Además, se carece de pistas inequívocas que permitan un atajo en las entrevistas y orienten hacia una minimización del tiempo necesario para evaluar los ejes psicogeriátricos.

3.2 Fases de la entrevista

3.2.1. Fase Previa

Toda consulta conlleva una expectativa con respecto a su desarrollo y resultado. **La situación ideal de entrevista se da cuando el paciente demanda el tratamiento, y llega por su propia voluntad.** Sin embargo, con frecuencia la persona adulta mayor no ha sido avisada de la cita e incluso puede ser conducido a la misma en contra de su voluntad.

Las situaciones en donde **el paciente no acude voluntariamente, son las más difíciles de manejar.** Ante la expectativa del mismo de recibir una atención obligatoria y contraria a su sistema de creencias y a su voluntad. En todas las primeras entrevistas, pero fundamentalmente cuando el paciente se opone a la atención psicogeriátrica, **sería conveniente el conocimiento previo de la situación por parte de los profesionales, para planificar la estrategia ante la entrevista.**

Es recomendable que el profesional no llame al paciente desde la distancia o a través de un micrófono ubicado en otra sala, sino que se acerque al adulto mayor, lo llame por su nombre, y observe aspectos importantes como la reacción del mismo y de sus acompañantes al llegar su turno, su facilidad o dificultad para levantarse y deambular, su marcha, si recibe ayuda, o si la ayuda recibida es excesiva para las necesidades del adulto mayor.

3.2.2. Fases Iniciales

Dada la importancia de la exploración de las dinámicas familiares genuinas, se debe **procurar una mínima directividad** en los primeros compases de la entrevista, permitiendo que sea la propia familia la que retrate su funcionamiento, decidiendo quién entra en consulta, las diferencias de opinión, la actitud pasiva o activa del adulto mayor, y la inclusión del mismo en la toma de decisiones. Esto nos aporta una información valiosa que podría ser negada, evitada o minimizada en la comunicación verbal.

La principal excepción a la mínima directividad que nos ponemos, **es el intento de la familia de realizar parte de la entrevista sin el adulto mayor, que debe generalmente recibir una negativa por respuesta, para salvaguardar el establecimiento de un vínculo adecuado terapeuta-paciente.**

El protagonismo debe recaer sobre el paciente, por lo cual, este debe situarse en frente del profesional y ser reubicado en esa posición. En caso contrario, salvo por déficits sensoriales graves del paciente, es recomendable otra posición del profesional para favorecer el contacto visual y auditivo.

En el caso de pacientes encamados, se recomienda que el profesional se sitúe a la misma altura. Al presentarse, dar los datos suficientes para favorecer la posterior exploración cognitiva informal. Las primeras preguntas deben ir dirigidas al paciente, aunque presente un proceso neurodegenerativo muy avanzado. Puede ser necesaria la reconducción de los acompañantes para facilitar las respuestas del paciente, ante situaciones en las cuales los acompañantes se muestren invasivos y no permitan que la persona mayor se exprese, o bien, cuando el adulto mayor les cede continuamente la palabra.

Se recomienda iniciar la entrevista con preguntas abiertas, para obtener una narrativa lo menos condicionada posible del proceso y las expectativas de tratamiento, tanto del adulto mayor como de sus acompañantes.

La adecuación del abordaje inicial del profesional a las narrativas del paciente y sus acompañantes, deben ser sin cuestionamiento, esto constituye una buena práctica ya que favorece el vínculo terapéutico (por mucho que pueda estar alejado del foco real del proceso).

En esta fase es importante explorar los síntomas físicos que relata un paciente antes de pasar a explorar sus vínculos con el sufrimiento psíquico, esto, posteriormente nos permite establecer un diagnóstico real y generalmente diferente, al que puede esperar el paciente o su familia.

3.2.3. Fase intermedia

En esta fase es necesaria la recopilación de información más concreta y menos equívoca, por lo que se deben emplear preguntas más cerradas y dirigidas.

Cuando se considera que los acompañantes ya han aportado la información suficiente y han respondido a nuestras preguntas, es inexcusable la realización de una entrevista a solas con el paciente. Esta situación permite **fortalecer el vínculo terapéutico**, explorar mejor la personalidad del paciente, su independencia, la red de relaciones del individuo, su proyecto vital, además, esta situación nos permitirá detectar los cambios que suceden entre el estar a solas con el profesional o estar acompañado (que si son muy marcados deben hacer sospechar un problema relacional). Como puede emerger información que ha sido ocultada en presencia de sus acompañantes, el terapeuta debe mostrar curiosidad acerca del motivo de la ocultación de esa información.

Dada la mayor proximidad a la muerte, debe indagarse sobre los pensamientos acerca de la misma, los deseos, las expectativas y la angustia que genera, siendo obligatorio valorar el riesgo autolítico debido a la alta tasa de suicidio en este grupo etario.

La entrevista a solas no tiene una duración determinada, el tiempo depende de la cantidad de información que se considere importante obtener en este encuentro confidencial.

La entrevista individual debe terminar permitiendo al adulto mayor hacer las preguntas que desee, para posteriormente realizar una reformulación de lo tratado en la entrevista, pudiendo así establecer las indicaciones y recomendaciones terapéuticas.



3.2.4. Fase Final

Es aconsejable terminar la entrevista reuniendo a todos los acompañantes que entraron en el despacho en primer término. En este momento, si es procedente, se debe realizar una devolución a la familia, incluyendo (si es necesario) indicaciones y recomendaciones que deben cumplir los acompañantes.

Las últimas palabras se deben dirigir al paciente, y suele ser una buena práctica realizar un acercamiento físico al mismo, por ejemplo, acompañarle a la puerta, posándole una mano en el hombro o estrechando su mano.

3.3. Aspectos técnicos/ diferenciales de la entrevista psicogerontológica

3.3.1. Diferencia de Edad

Un aspecto diferencial con respecto a la entrevista con adultos, es que este encuentro se realiza siempre con personas de mayor edad y, probablemente, con mayor rango experiencial que el profesional.

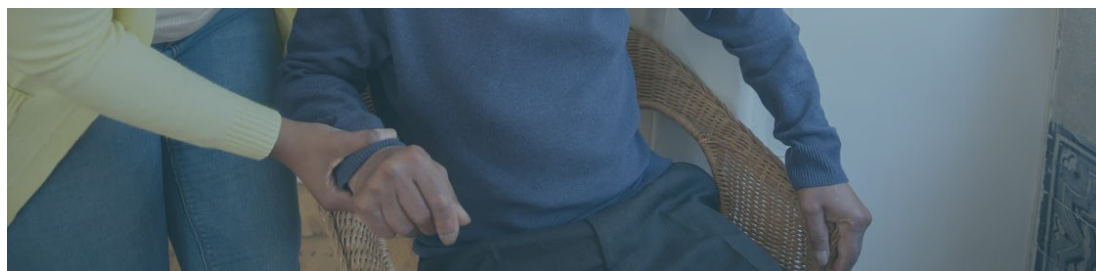
El profesional no **se ha enfrentado a ninguno de los periodos de ciclo vital** que corresponden a la vejez, por lo que carece de un conocimiento vivencial de los hitos característicos de cada uno de esos periodos. No puede plantear consejos basados en su experiencia, y, además, la información escrita acerca de cómo debe comportarse y sentir una persona de edad avanzada tampoco suele haber sido redactada por un adulto mayor.

Es decir, la idea que los profesionales tienen de esta etapa es solo teórica, y muchas veces negativa, influenciada por el **rol periférico** que se les otorga en la sociedad occidental a las personas mayores, y por corrientes psicoterapéuticas que plantean la rigidez e imposibilidad de cambio de los adultos mayores.

Un consejo en estos casos es que la exploración contenga preguntas referentes a aspectos positivos y fortalezas psíquicas, y no solo preguntas con respecto a situaciones de déficit. Ya que lejos de ser una penosa época de pérdidas, es un tiempo en donde los adultos mayores pueden encontrar una mayor satisfacción, estabilidad emocional y autorrealización. La entrevista individual debe terminar permitiendo al adulto mayor hacer las preguntas que desee, para posteriormente realizar una reformulación de lo tratado en la entrevista, pudiendo así establecer las indicaciones y recomendaciones terapéuticas.

3.3.2. Tratamiento Respetuoso

El castellano posee normas claras para la comunicación formal, siendo fundamental el empleo del “usted”, e incluso, el empleo de los términos “señor/a” o “don/doña”. Se desaconseja el término “abuelo/a” salvo que el paciente lo sea, siempre y cuando sea un rol dignificante, explicitado por el propio paciente.



Es recomendable que, ante un paciente de distinta cultura, si desconocemos sus costumbres, se muestre un interés acerca de determinados aspectos de dicha cultura, tratando de encontrar los modos de trato formal. Esto ayuda a evitar los malentendidos transculturales.

Ante un adulto mayor que tutee al entrevistador se debe preguntar a sus acompañantes si es su forma habitual de comunicación, **y analizar la transferencia y contratransferencia**. El tuteo puede ser varias cosas: la forma incipiente de manifestarse de un deterioro frontal, un modo de expresar transferencias negativas, un intento de reafirmación de la identidad frente a la persona o la figura del profesional, una señal de una idealización del terapeuta, o una simple manera de acercamiento.

3.3.3. Distancia Terapéutica

Las distintas escuelas psicoterapéuticas **no** coinciden acerca de cuál es la distancia terapéutica correcta. En unas invitan a la neutralidad terapéutica, en otras al posicionamiento directo con el paciente o un patrón alternante de alianzas para conseguir los cambios.

En este apartado también se deben tener en cuenta las marcadas diferencias transculturales que existen entre los países anglosajones y latinos, para saber lo que se considera adecuado o excesivamente cercano o distante.

Por este motivo, es recomendable que el profesional analice sus propios posicionamientos doctrinales con respecto a la distancia terapéutica y explore la mejor opción para poder identificar la distancia con la que ambos pueden sentirse más cómodos.

3.3.4. Dificultades en la comunicación

Una pregunta inicial obligatoria debe implicar la capacidad auditiva del paciente.

Si el paciente utiliza audífono se debe solicitar que lo lleve en cada consulta. Asimismo, recomendar su derivación al médico especialista si lo necesita.

Ante un paciente con audición limitada se recomienda hablar al paciente a la cara sin taparse la boca. Esto es, intentando evitar los tonos agudos, los ambientes ruidosos o el incremento de volumen; remarcando las claves visuales como el movimiento de los labios o los gestos faciales. Por otro lado, se pueden **emplear otros medios de comunicación como**: la escritura, los dibujos o los gestos manuales; enfatizar los cambios de tema; y solicitar al paciente que repita lo hablado para verificar que lo ha comprendido.

Es habitual el empleo de la tríada: Incremento de volumen, habla extremadamente pausada y “baby talking” (hablar a la persona mayor como si fuera un niño), basada en estereotipos, pudiendo ser vivido de forma denigrante por las personas de edad avanzada.

El “*baby talking*” **está injustificado y mal valorado**, pero lo que sí es recomendable hacer es preguntar al paciente si requiere un mayor volumen en el tono de voz u otro ritmo de conversación.

Los problemas visuales son otro aspecto importante. En ese sentido, se debe recomendar el empleo de gafas cuando sea necesario, y la evaluación de la visión siempre que se sospechen problemas visuales. **La evaluación cognitiva informal y la exploración neuropsicológica pueden estar afectadas por un déficit visual**, por lo que debemos contemplar ese déficit al realizar esas exploraciones.

Algunos consejos a tomar en cuenta son:

- Cuando hay dificultad auditiva es buena opción sentarse más cerca del paciente y por el lado que escucha mejor.
- Los pacientes con deterioro cognitivo requieren una dicción clara por parte del profesional, empleando frases sencillas, no subordinadas y priorizando el empleo de preguntas de respuesta dicotómica (“¿Disfruta de esa actividad o no disfruta?” “¿Le apetece comer o no?”).
- También se pueden remarcar los gestos faciales, sonreír al paciente o incrementar el contacto físico.

3.4. Ejes de la entrevista

Es recomendable estructurar la entrevista en ejes, esto facilitará la exploración y la comprensión del proceso biopsicosocial de la enfermedad que afecta al paciente.

Los ejes son 8 y están divididos en:

1. PSICOPATOLOGÍA ANAMNESIS
2. ESTADO COGNITIVO
3. PERSONALIDAD
4. ESTADO DE SALUD
5. ACONTECIMIENTOS VITALES
6. GRADO DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA
7. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR Y SOCIAL (ENTORNO)
8. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR Y SOCIAL (FAMILIA)

1. PSICOPATOLOGÍA ANAMNESIS

La correcta anamnesis y exploración de las funciones mentales pueden precisar varias entrevistas, sin que sea necesario atenerse a un esquema único e inflexible de recogida de datos. Esta recogida puede darse mediante una Entrevista estructurada, E. Semiestructurada con Pruebas diagnósticas: test, cuestionario.

No se debe cometer el error de usar escalas sin validación en población geriátrica o de emplear en un adulto mayor sin demencia, escalas solo validadas para estas patologías. **Es obligatorio tener formación y experiencia en el empleo de esas escalas y hacer un uso razonado y crítico** para no equivocarse en las dimensiones que se desean valorar.

En esta fase es recomendable incluir siempre la pregunta: “¿Con quién le pasa?”

En esta fase es preciso explorar la relación del proceso con los factores estresantes específicos de esta etapa del ciclo vital, esto quiere decir que debemos distinguir entre los cambios inherentes al envejecimiento, los procesos adaptativos ante situaciones de crisis y los procesos psicopatológicos.

Recuerda que **no todo lo encontrado es un trastorno psiquiátrico, ni todo es explicable por la edad.**

La exploración psicopatológica puede estar dificultada por varios factores. Por ejemplo, deterioro cognitivo, atipicidad clínica, apatía, ausencia de conductas disruptivas y minimización o racionalización del estado del adulto mayor por él mismo o por sus acompañantes. Esto puede llevar al paciente a presentar una sintomatología “deficitaria” que es más difícil de explorar, lo que nos llevará a requerir aproximaciones indirectas, como la solicitud del relato de sus actividades en un día cualquiera, o la comparación entre el pasado y el presente de acontecimientos con “carga emocional” para el paciente. Por ejemplo, cambios en cómo vive una visita de sus nietos o cómo se comporta ante un evento deportivo “trascendental”.

Es recomendable valorar la aparición o cambio de los síntomas en periodos cortos, de no más de seis meses, ya que los trastornos psiquiátricos progresan más rápidamente que el mero efecto de la edad.

- Exploración de los antecedentes personales y familiares del paciente

La exploración de los hechos pasados debe abarcar toda la vida. Desde lo ocurrido en la infancia y la adolescencia, hasta las épocas críticas en lo referente a la creación de vínculos y al desarrollo de la personalidad. Es preciso obtener datos concernientes al trabajo y a su relación con el mismo, información acerca de sus actividades extralaborales (actividades religiosas, deportivas, familiares y sociales). Esta información nos permite conocer de forma indefinida los modos de relacionarse del paciente, la patoplastia y nos permite suponer las reacciones ante su envejecimiento y el enfermar propio.

Se deben explorar los posibles abusos y negligencias sufridos, fundamentalmente en la infancia. Se deben analizar los éxitos y fracasos, y los problemas de adaptación a cada etapa del ciclo vital.

Los antecedentes familiares deben incluir las enfermedades mentales y físicas padecidas, las edades de aparición y deceso, y cómo vivenció el adulto mayor esos procesos.

Se debe tener en cuenta que al alcanzar la edad en la que murieron sus familiares, se puede disparar el temor a la enfermedad, el dolor, la discapacidad y la muerte. Es habitual el temor a presentar, él también, p.ej. una demencia o una dolencia cardíaca fatal, especialmente si algún familiar significativo la padeció.

Existen casos de demencias de origen genético que solo se sospechan al co-tejar antecedentes familiares y su edad de aparición.



2. ESTADO COGNITIVO

La evaluación cognitiva es obligatoria, comprende una parte informal durante la entrevista [competencia del psicogerontólogo], y una parte formal [competencia del neuropsicólogo] mediante la aplicación de test neuropsicológicos. Es fundamental explicar al paciente y a sus acompañantes que, durante la entrevista, se va a explorar la función cognitiva, debido a la relevancia de los síntomas cognitivos en los trastornos psiquiátricos, y a la elevada frecuencia de trastornos neurocognitivos incluso no sospechados en las personas de edad.

Es importante indagar la presencia de quejas cognitivas referidas por el paciente o por los acompañantes, así como la repercusión funcional de las mismas. La negación de quejas referidas por sus acompañantes exige valorar una posible anosognosia, que es muy frecuente en la demencia.

La evaluación informal incluye preguntas sobre el nombre del profesional, fecha, noticias recientes o los pasos de una receta de cocina. El conocimiento de los medicamentos y dosis que toma ayuda a evaluar también adherencia y seguridad.

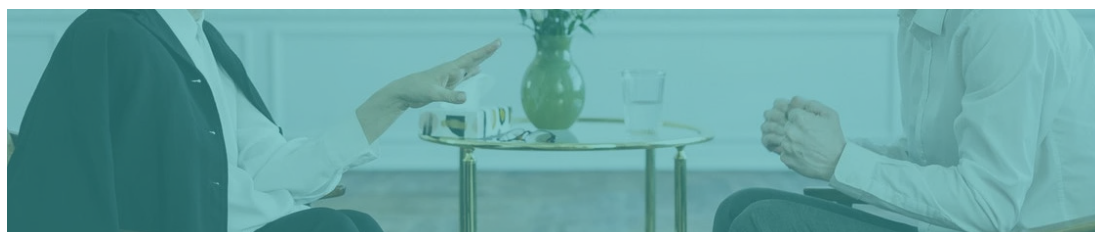
Es importante tener en cuenta que un adulto mayor con una cognición levemente deteriorada puede no fallar en descripciones de actividades en las que es especialista, pero tener fallos en otras tareas. Un adulto mayor que falla en su campo de especialización tendrá un cuadro más avanzado, sea este neurodegenerativo o psiquiátrico.

Un fallo habitual de los profesionales es limitar la evaluación informal a aspectos mnésicos. Se debe explorar también atención [“le diré una serie de letras, levante la mano cuando diga A”], concentración, lenguaje oral [“léame esto”] y escrito [“escribame algo que considere importante”], praxias [realización de posturas con o sin imitación, dibujos en tres dimensiones o series], gnosias [identificación de objetos con ojos abiertos y cerrados],

Pensamiento abstracto [interpretación de refranes], función ejecutiva y función frontal.

La anamnesis de la función cognitiva debe incluir: inicio de los síntomas, síntomas cognitivos iniciales y actuales, actividades que ha dejado de hacer, actividades que intenta realizar sin estar ya capacitado, ritmo de progresión, carácter fluctuante o progresivo, factores relacionados con empeoramientos y la repercusión funcional, así como los síntomas neurológicos acompañantes.

También es adecuado explorar, aunque sea informalmente, la reserva cognitiva. Pacientes con gran reserva cognitiva pueden presentar quejas mnésicas que no se manifiesten en la evaluación cognitiva formal o informal y que no presenten repercusión funcional, pero ser formas iniciales de un trastorno neurocognitivo. **Estos casos suelen acompañarse de sintomatología psiquiátrica, habitualmente en presencia de apatía.**



3. PERSONALIDAD

Valorar su adaptabilidad a los cambios normativos o no normativos: esto nos permite intuir nuevas dificultades ante los cambios de ciclo vital y poder abordarlas terapéuticamente.

Es recomendable hacer uso del concepto “cambio tranquilo”, el mismo que pretende que la persona espere, acepte y se prepare para los cambios que son inevitables. Estos cambios tienen que ver con la muerte de otros, la enfermedad, discapacidad, pérdida de autonomía, cercanía de la muerte propia y la necesidad de cuidar y/o ser cuidado.

La exploración de la personalidad puede precisar de la información de otros informantes, se debe prestar especial atención a los cambios de personalidad previa, ante la posibilidad de que existan procesos neurodegenerativos incipientes o trastornos orgánicos de personalidad.

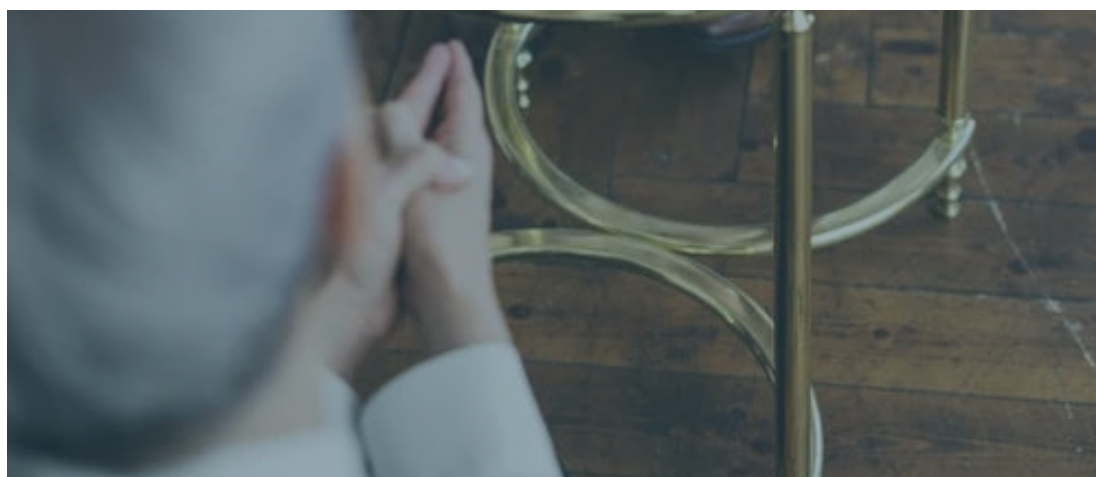
- Personas difíciles

Algunos adultos mayores pueden ser “personas difíciles” en cuanto al trato, causando problemas en su entorno familiar, residencial y médico. Hay personas hostiles, a veces en el contexto de una disforia depresiva mal llevada, que manifiestan provocaciones e insultos.

Por otro lado, hay personas que presentan el llamado **síndrome de desli-zamiento**, rechazando los cuidados propios y ajenos, mostrándose regresivos y negándose a la ingesta de alimentos y fármacos, lo que compromete su salud física. En estos casos se debe evitar actuar desde el posible enfado originado por la impotencia del “no se deja ayudar”. Se recomienda emplear contactos breves, limitar nuestras expectativas, no realizar confrontaciones y emplear técnicas de entrevista motivacional.

Otros adultos mayores demandan constantemente la atención de familiares, pudiendo mostrarse tiránicos o empleando chantajes emocionales, estos suelen tener un patrón cíclico que termina generando problemas intensos en la relación y un gran **riesgo de burnout en los cuidadores**. En estos se debe explorar la personalidad y las relaciones previas, indagando la posibilidad de la existencia de factores mantenedores sistémicos, y la presencia y repercusiones de puestas de límites previas.

Los cuadros más complicados por la urgencia que transmite el cuidador y por la escasa colaboración del paciente, son en adultos mayores que presentan un síndrome de inundación ansiosa (con síntomas ansioso-depresivos graves), estos habitualmente están postrados, abandonando cualquier actividad, quejándose y reclamando continuamente la atención de su cuidador, llegando a una dependencia casi absoluta de la persona con la cual conviven.



4. ESTADO DE SALUD

Se incluye la revisión de informes médicos previos que contenga enfermedades, tratamientos y consumo de tóxicos.

La psicogeriatría comparte su campo de actuación con la geriatría, neurología y psiquiatría por ello es necesario conocer los síndromes geriátricos que posee el paciente y su historial neurológico (traumatismos craneoencefálicos, ictus, lesiones cerebrales ocupantes de espacio, mareos, vértigos, sensación de inestabilidad, focalidad motora o sensitiva, cefaleas, temblor, trastornos del movimiento y trastornos de la marcha). Con respecto al empleo de medicamentos se deben contemplar los posibles efectos psiquiátricos de otros fármacos, haciendo hincapié en los medicamentos de uso neurológico, o los efectos atribuidos a los psicofármacos.



5. ACONTECIMIENTOS VITALES

En las personas de edad avanzada existen factores estresantes específicos y de elevado riesgo de precipitar una patología psiquiátrica o agravarla. A continuación, se comentan los más relevantes.

- Enfermedad física

Hay una correlación directa entre la presencia de una patología psíquica y el número de enfermedades y gravedad de las mismas, fundamentalmente cuando cursan con dolor crónico e inmovilidad, así como cuando son percibidas como de riesgo vital, aunque no lo sean. En estos casos se debe revisar la adaptación a la enfermedad, ya que de no ser positiva puede provocar trastornos de ansiedad o depresión. Es importante el tener en cuenta que puede aparecer sintomatología postraumática ante enfermedades, ingresos hospitalarios u operaciones quirúrgicas, sobre todo ante una vivencia subjetiva angustiada y amenazante.

- Enfermedad o pérdida de los pares

Se debe explorar el significado personal y la distancia temporal. La adaptación a la pérdida suele ser más difícil cuando se producen muertes de generaciones posteriores, como las de hijos y nietos, siendo este uno de los factores estresantes más difíciles de superar. En los adultos mayores estas pérdidas coinciden con los cambios psicológicos que deben tener para adaptarse a la idea de la muerte, pudiendo quebrarse el sentido de la vida y emerger sentimientos intensos de culpa, desencadenando una cierta ansiedad ante su propia muerte.

Dada la prevalencia del suicidio consumado en este grupo etario, la exploración del riesgo suicida debe hacerse siempre. La mayoría de las personas se van adaptando durante años a la realidad de una muerte cada vez más próxima, pero en otras personas no hay una aceptación de la realidad.

Es importante recordar que la ansiedad ante la muerte es menos probable si existe un sentido de propósito y aún presenta tareas que cumplir.

- Déficits sensoriales

Los déficits incrementan el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos si no ha existido una adaptación adecuada al déficit. El empleo de prótesis adecuadas minimiza el riesgo psíquico.

- Jubilación, cambio de roles o sensación de inutilidad

Ante esta situación es pertinente valorar si el cambio de rol es motivo de júbilo, o en su defecto es un estresor importante. También es importante revisar si es fuente de tensión la jubilación de un miembro de la pareja que ocupó siempre una posición periférica y ahora se plantea un acercamiento físico que su pareja o hijos no desean.

Se debe tener en cuenta que la jubilación puede conllevar un sinnúmero de pérdidas, algunas muy dolorosas, entre ellas podemos encontrar la desestructuración de horarios, pérdida económica, de relaciones y de estatus.

Es recomendable valorar especialmente dos tipologías fundamentales de personas en riesgo: Un grupo formado por personas donde el trabajo ha sido la base de las vivencias de éxito y reconocimiento y el otro, con personas que sustentan una escasa autoestima con el refuerzo del rol laboral, un desarrollo muy empobrecido de otros roles y una gran dependencia de su pareja.

Dada la alta frecuencia de ambos grupos, es importante la **exploración del significado del trabajo para el adulto mayor y la presencia de otras fuentes de actividad, relaciones y desarrollo de otros roles.**

- Institucionalización

Conlleva la salida del hogar habitual donde se ha vivido muchos años, abandonando las estancias, los muebles y los objetos con los que uno está familiarizado. Origina cambio de horarios y de normas de vida, y supone una pérdida en cuanto a la intimidad y el desarrollo del libre albedrío. Son muchos e importantes cambios, muchas veces no deseados, valorar si estos cambios han sido explicados al adulto mayor ya que se ha visto que la ansiedad previa a la institucionalización se asocia con un mayor riesgo de tentativas suicidas.

- Aspectos económicos

Se debe valorar tanto la realidad financiera objetiva como los temores subjetivos.

Con la jubilación se pierde la capacidad de afrontar dificultades económicas imprevistas, dado que los ingresos los fija un tercero (estado o un fondo de pensiones privado). A veces el temor económico es subjetivo y no está relacionado con la disponibilidad económica real. A veces el adulto mayor pasa a ser el sostén económico de sus hijos y nietos. No es inusual el retorno de algún hijo, acompañado tal vez de los respectivos nietos al hogar familiar. Esto produce un cambio en el ciclo vital normativo y es fuente constante de sufrimiento y discusiones.

- Violencia por parte de desconocidos

Se debe valorar la fragilidad física percibida, la sensación de amenaza (de quién) y el temor real de muerte. En ocasiones estos temores son la expresión de una agorafobia.

- Problemas familiares

En esta edad los problemas que acontezcan a miembros de la familia pueden ser vividos como auténticas amenazas, incluso mostrando una mayor afectación que sus familiares implicados, p. eje. ante el divorcio de un hijo o la enfermedad de un nieto, pudiendo ser la vivencia subjetiva del hecho, más grave que el divorcio o la enfermedad en sí mismos. El fin de la relación matrimonial de un hijo puede conllevar un mayor contacto con el/ella y sus nietos, incluso el retorno al hogar familiar, originando problemas económicos, dificultades de espacio, pérdida de intimidad, cambios en las costumbres recientes y en ocasiones discusiones con respecto a cómo se debe llevar un hogar o la crianza de los menores. Otras veces la separación conlleva una reducción o la desaparición del contacto con sus nietos.

- Mudanzas

El domicilio de los adultos mayores suele permanecer estable durante mucho tiempo, produciéndose fenómenos de identificación con su casa como si fuera una extensión de su propio yo. Pequeñas reparaciones pueden ser vividas como una alteración inaceptable y de ahí los frecuentes rechazos aparentemente irracionales a su acometido. Cuanto mayor sea el grado de identificación con el hogar más difícil será adaptarse a su abandono.

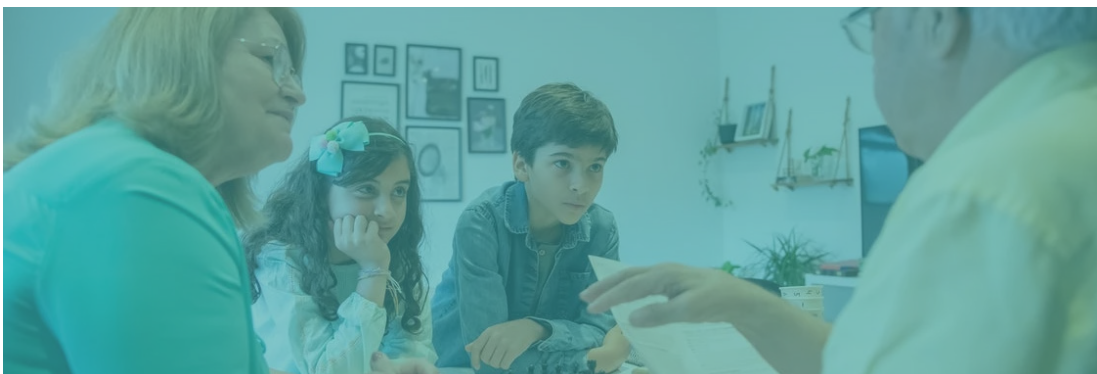
En algunas sociedades existe la figura del “abuelo maleta”, que pasa temporadas más o menos cortas en el domicilio de algunos hijos, teniendo que abandonar el hogar por la imposibilidad o el miedo a que viva solo. De ser posible sería preferible que fueran los hijos los que acudieran temporadas a vivir con el adulto mayor, para no privarle de sus pertenencias, recuerdos, redes informales de apoyo como vecinos o tenderos de la zona, o incluso de sus médicos. En algunos adultos mayores se pierde la continuidad asistencial debido a que sus hijos viven lo suficiente lejos como para ser necesario un cambio de médicos. Estos adultos mayores tendrán que acostumbrarse a medios aparentemente familiares pero que le son extraños en cuanto a recuerdos.

- Aislamiento social

La soledad del adulto mayor es un fenómeno característico de la sociedad occidental y puede afectar a cualquier persona. Se pueden emplear herramientas como el sociotipo geriátrico para perfilar la red de relaciones de los pacientes. Aún en ausencia de problemas al respecto, puede ser necesario un trabajo de prevención con el adulto mayor si se estima que está en riesgo de perder a su cónyuge y quedarse aislado.

- Deterioro cognitivo

Es importante valorar la modulación de los impulsos, la pérdida de la inhibición conductual, aparición o recaída en el consumo de alcohol o tóxicos, ludopatía, aparición de conductas sexuales inadecuadas, hurtos o conflictividad familiar o en el vecindario.



6. GRADO DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

La presencia de afectación orgánica, cognitiva o psiquiátrica debe complementarse con la exploración de ¿cómo los distintos procesos están afectando a la capacidad de la persona para desenvolverse de forma autónoma?, dado que está demostrada la relación entre dependencia y enfermedad mental.



Se debe explorar el desempeño en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Puede hacerse mediante una exploración informal, p. ej., pidiendo al paciente que establezca un relato de las actividades que realiza en un día cualquiera, o con un relato de cambios que se hayan producido en su nivel de desempeño, focalizándose en actividades que antes realizaba y que ahora ha dejado de hacer o que realiza con un menor nivel de complejidad.

Existen test estandarizados que permiten valorar las actividades básicas (Índice de Katz, Índice de Barthel) y las actividades instrumentales (escala de LawtonBrody), siendo recomendable su empleo en psicogeriatría para monitorizar los cambios en el tiempo de la autonomía. La puntuación en estas escalas no mejorará en procesos neurodegenerativos, pero sí podrá mejorar, siendo una herramienta para el diagnóstico, en los trastornos psiquiátricos primarios.

Debe contemplarse la posibilidad de que exista una dependencia emocional que provoque una maximización de la dependencia física del paciente. Allí donde esta exista, será adecuado psicoeducar al adulto mayor y al cuidador para no generar que la pérdida de funcionalidad evitable se convierta en irreversible.



7. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR Y SOCIAL (ENTORNO)

Un sistema social equilibrado es requisito fundamental para conseguir el bienestar psicosocial de un individuo, y más en esta edad en donde es más frecuente la posibilidad de depender de otros.

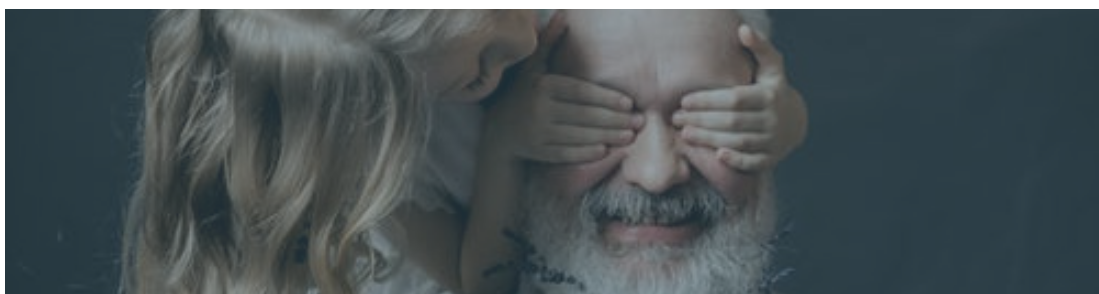
Es conveniente indagar aspectos estructurales como: donde habita la persona y sus condiciones de vida, la composición de la familia, la presencia de cuidadores formales e informales y la red social; explorando el contenido de la interacción entre el ambiente y el individuo se puede valorar la calidad del sistema. La exploración de la estructura y la dinámica familiar y social puede realizarse de forma no reglada mediante una entrevista no estructurada, o de forma reglada mediante el estudio del sociotipo o empleando un genograma.

El genograma está formado por tres partes:

1. El trazado de la red de relaciones de parentesco mediante la realización de un árbol genealógico, incluyendo datos relevantes biográficos como fechas de nacimiento, fechas y edades de fallecimiento, fecha de matrimonios y separaciones, profesiones, enfermedades importantes, fechas de acontecimientos traumáticos.
2. La realización de una línea temporal, para facilitar el reconocimiento de los hechos significativos con los síntomas.
3. La exploración de las relaciones entre las personas, para desentrañar alianzas, conflictos, miembros periféricos.

El genograma puede emplearse para ordenar las entrevistas, siendo fuente inagotable de hipótesis relacionales. Puede dar información de las pérdidas, abandonos y abusos de la primera infancia, da pautas de problema que suelen seguir un patrón transgeneracional como las adicciones o el incesto, de reacciones de aniversario, secretos familiares, temor a enfermedades y muertes a la edad del sujeto, y de patrones de relación que el adulto mayor ha desarrollado en su vida. El genograma puede ser completado con información adicional en cualquier momento.

Debemos tener cuidado ya que la experiencia de uso revela que no siempre se aplica bien en la edad geriátrica, omitiendo por ejemplo información de las generaciones de padres y abuelos del paciente.



8. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR Y SOCIAL (FAMILIA)

- Entrevista con familiares o informantes

La información de terceros debe recogerse de aquellas personas que convivan o pasen más tiempo con el paciente. Esta información permite matizar las visiones muy estereotipadas que tienen muchos adultos mayores de sí mismos, centradas en el funcionamiento pasado, minimizando los cambios recientes.

En la entrevista con los cuidadores se deben revisar todos los aspectos referidos en los siete ejes diagnósticos, incidiendo en aquellos que pueden estar más teñidos por la subjetividad del adulto mayor o por la tendencia a normalizar su estado, como pueden ser la intensidad y repercusión funcional de los síntomas psiquiátricos y cognitivos y los aspectos relacionados con su personalidad y las dinámicas relacionales.

Para una visión global de la persona mayor, se debe añadir una evaluación del cuidador principal, el cual puede ser también un adulto mayor. Se debe explorar su salud física, cognitiva y mental, la voluntariedad y sus expectativas con respecto al rol del cuidador, el conocimiento de la enfermedad del paciente, el tipo de relación con el paciente y la calidad de la misma, el tipo de cuidados que realiza [emocional, tareas burocráticas, cuidados directos], su capacidad real para desempeñarse en esa tarea, la existencia de sobrecarga, el grado de ayuda por parte de terceros [otros familiares, ayuda institucional] y las expectativas con respecto al futuro del paciente.

Las enfermedades graves producen cambios en las dinámicas familiares, apareciendo roles que serán más o menos adaptativos o desadaptativos. **Los más significativos son los siguientes:**

- Cuidador principal

Generalmente son mujeres quienes ocupan este rol, llevándolo a un nivel más allá de lo razonable, renunciando a su autocuidado y mostrando un elevado riesgo de burnout. La elección de ese cuidador no suele ser casual. Puede haber recibido el “legado” desde la infancia de ser el cuidador de sus progenitores, o ser una persona que está dispuesta a asumir más cargas de responsabilidad que sus hermanos, pudiendo presentar sentimientos de culpa y dificultad de delegar. Suele haber un claro mandato de género en la elección de ese rol.

- Víctima

Vive el cuidado del otro como una amenaza para sí mismo, demandando con frecuencia al profesional sanitario atención para el adulto mayor o para sí mismo por su propio desbordamiento.

- Facilitador de patología

Es el cuidador que cree saber de todo e intenta manejarse como un experto, suele tomar decisiones con respecto a los tratamientos que administra a la persona de edad, pudiendo ser erróneas, provocando resistencia a los fármacos e inseguridad de los mismos. El riesgo puede ser mayor si esa persona tiene alguna formación sanitaria.

- Director

Se encarga de los aspectos técnicos y materiales adecuadamente, pero no puede o evita ser el sostén emocional que requiere el adulto mayor en los momentos difíciles.

- Escapado

Es un miembro de la familia ausente en el día a día del cuidado, siendo con frecuencia disculpado y protegido por el paciente. Su presencia en consulta suele ser ocasional y habitualmente aparece para criticar la labor del cuidador o del profesional, ante un empeoramiento o eventualidad del adulto mayor.

- Paciente identificado

Aunque el paciente sea el centro de las entrevistas, puede no estar preocupado por la situación, ser el que realmente tenga el problema, o al menos ser el único en tenerlo. Si bien en las primeras entrevistas se puede aceptar la definición del adulto mayor como paciente identificado, si el problema lo porta otra persona o lo que existe es un problema relacional, el foco tiene que ir cambiándose progresivamente para abordar el problema real existente. En ocasiones ese cambio de foco puede originar una interrupción brusca de la terapia.



CONCLUSIONES:

- La entrevista psicogeriatrica debe ser exhaustiva recogiendo información de cada uno de los ejes de evaluación psicogeriatricos: psicopatología y diagnóstico psiquiátrico; estado cognitivo; personalidad; estado de salud; acontecimientos vitales, grado de autonomía y dependencia; y estructura y dinámica familiar y social.
- Solo con una evaluación completa es posible tener una comprensión adecuada de la complejidad biopsicosocial del paciente.
- La entrevista en Psicogeriatría presenta **características diferenciales con la entrevista del paciente adulto que es necesario conocer, como son las diferencias en el trato y distancia emocional, problemas comunicativos, cuestiones relacionadas con el lugar donde se tiene la entrevista y la relevancia de desencadenantes específicos de la edad avanzada.**
- Le entrevista en psicogeriatría debe incluir siempre información aportada por familiares u otros informantes. Los datos obtenidos han de ser sometidos a una valoración crítica por parte del profesional, para poder descubrir elementos no verdaderos, erróneos o ausentes, debido a la tendencia de los diversos agentes a la racionalización y a la minimización de síntomas psiquiátricos, cognitivos, físicos o de problemas relacionales.
- La valoración multidimensional adecuada del adulto mayor permite el diseño de planes individualizados multimodales y la prevención de enfermedades físicas y/o mentales.



3.5. Informe psicológico

El informe psicológico debe contener la información recogida en cada uno de los ejes de la evaluación mencionados anteriormente. Este permite estructurar el plan de intervención que se llevará a cabo a partir de las necesidades evaluadas. Puede presentar el siguiente orden:

Informe Psicológico

Nombre de quien realiza el informe:

Fecha de evaluación:

1. Datos personales

Nombre y apellido:

Cedula o NIE:

Año de escolarización:

Nivel de conciencia: Si está alterado indicar si es por medicación o daño cerebral

Déficit sensorial:

2. Motivo de consulta

No olvidar anotar si viene de forma voluntaria

3. Antecedentes relevantes: Psicológicos, físicos, sociales, relaciones familiares y genograma

4. Pruebas y metodología: Entrevista inicial y valoración relevante para la evaluación.

Evaluación de las siguientes áreas:

Estado afectivo [incluir pruebas]

Estado cognitivo [incluir pruebas rastreo cognitivo breve y baterías específicas]

5. Interpretación de resultados

Entrevista inicial

Resultados pruebas

6. Valoración y *propuesta de intervención

Redactada a modo de conclusión, indicar que áreas se ven afectadas a nivel psicológico, físico y social. Indicar si existe cambio de conductas en los entornos cercanos. El reconocimiento o no, del paciente a sus déficits o problemas....

MÓDULO 4

TERAPIAS ESPECÍFICAS

Dentro de los diferentes abordajes en los que puede basarse la intervención psicológica encontramos algunos modelos terapéuticos. Es importante mencionar que, para llevarlos a cabo, es necesaria la formación especializada del psicólogo previo al proceso psicoterapéutico. Veamos más a continuación.

4.1. Psicoanálisis

Desde la publicación en 1904 del clásico artículo de Freud acerca de la escasa aplicabilidad del psicoanálisis en personas viejas por tener defensas del yo demasiado rígidas, existe la creencia extendida de que la terapia psicoanalítica no resulta viable en la edad geriátrica. A pesar del paso del tiempo, esta corriente psicológica no ha presentado avances ni investigaciones en esta población y es por ello que está contraindicada en pacientes adultos mayores con trastornos graves de personalidad, trastornos psicóticos descompensados y en pacientes con abuso de sustancias. Además, la aplicación de este tipo de terapias en el adulto mayor debe considerar que la modificación del yo a estas edades se debilita y hace más rígidos los mecanismos de defensa puestos en marcha, destacando entre ellos las llamadas defensas narcisistas, siendo los mecanismos de defensa más frecuentes en esta edad.

4.2. Intervención psicológica de apoyo

Consiste en comprender el conflicto del paciente y hacerle comprender a este desde su psiquismo, a fin de resolverlo o adaptarse a él.

El papel del terapeuta es bastante activo interviniendo y señalando diferentes aspectos de las sesiones que se realizarán cara a cara, con una frecuencia semanal y una dirección aproximada de 30-45 minutos, este podrá ser modificado en función del Estado cognitivo del paciente.

4.3. Intervención psicológica breve

La característica principal de esta modalidad de intervención psicológica es la limitación en el tiempo de tratamiento, lo que obliga a centrar a la terapia en un foco de atención. A pesar de la limitación de tiempo, la intervención psicológica breve permite establecer una alianza terapéutica, favoreciendo la introspección del paciente e incluso induciendo cambios en su personalidad.

4.4. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

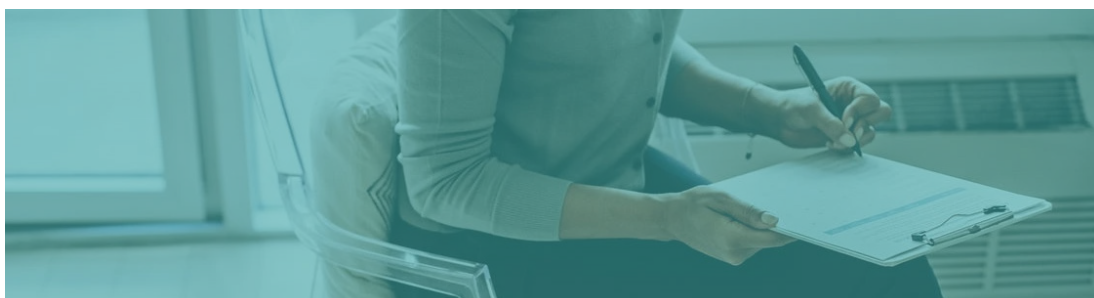
Acumula una gran experiencia de uso en la práctica clínica desde su nacimiento en los años 60, tanto para los trastornos neuróticos, psicóticos y de personalidad. Según este modelo determinadas cogniciones erróneas determinarían conductas desadaptadas. Por tanto, partimos de un paciente con capacidad de introspección conservada que acepta cumplir el plan terapéutico consensuado con él, en base a su deseo realista de cambio.

La TCC enfatiza la relación entre el terapeuta y el paciente como un componente central para el éxito terapéutico. En la TCC, los terapeutas desarrollan una alianza terapéutica de colaboración con sus pacientes, en la que el logro de los objetivos es considerado como un trabajo de equipo. El énfasis en la colaboración entre terapeutas y clientes puede ser especialmente atractivo para las personas mayores, ya que su sabiduría y experiencias vitales constituyen una parte integral de la terapia. Además, la limitación en el tiempo de la TCC es útil con aquellas personas mayores que tienen condiciones médicas comórbidas que obstaculizan su participación en una terapia a largo plazo.

Una ventaja adicional de la TCC es que se centra en el «aquí y ahora» más que en las experiencias de la infancia como fuente para el cambio. Asimismo, se vuelve una aproximación «acogedora» para el usuario en el sentido de que integra una variedad de material escrito y se enseña a los pacientes a registrar por escrito su progreso terapéutico.

El carácter de aprendizaje que tiene esta terapia, resulta atractivo para las personas mayores que a menudo encuentran difícil admitir que están experimentando malestar psicológico.

Aunque existe mucha similitud en la aplicación de la TCC con adultos mayores y con adultos jóvenes, son necesarias algunas modificaciones en la técnica para responder a los retos específicos a los que se enfrentan los mayores. Determinar el estatus cognitivo del paciente es fundamental para desarrollar un plan de tratamiento apropiado, ya que el trabajo en las sesiones y las tareas para casa requieren la capacidad de comprender, recordar y producir el material. Sin embargo, las limitaciones cognitivas no deben disuadir a un terapeuta de utilizar la TCC, ya que el protocolo puede ser modificado para trabajar de forma eficaz con personas mayores que padezcan limitaciones de memoria.



El ritmo de la terapia debe ser más lento para los adultos mayores, con repeticiones más frecuentes y presentación más frecuente de material en diferentes formatos (por ejemplo, visuales y auditivos). El ajuste del ritmo de la terapia deberá ser determinado de manera colaborativa entre el paciente y el terapeuta. También es importante determinar las expectativas del paciente sobre el tratamiento. La discusión abierta acerca de la extensión de la terapia y sus implicaciones debería tener lugar, si fuera posible, durante la primera sesión. El control del tratamiento es una parte integral de la TCC.

De forma sencilla resumiremos las diferentes técnicas existentes dentro de un modelo TCC: -Enseñar al paciente a identificar las relaciones entre pensamientos emociones y conductas - Enseñar al paciente a controlar los pensamientos automáticos.

- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
- Sustituir los pensamientos distorsionados por realistas.
- Aprender a identificar y modificar las creencias erróneas que predisponen a cometer errores perceptivos.

Este tipo de intervenciones esta especialmente recomendada en pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos somatomorfos, trastornos de la esfera sexual, trastornos del control de los impulsos, trastornos del estado de ánimo (siguiendo el modelo cognitivo de Beck), trastornos del sueño, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, trastornos adaptativos, estados psicóticos y demencias (de forma coadyuvante a la rehabilitación cognitiva).

Se debe recordar que las intervenciones conductuales favorecen a la autonomía del paciente.

4.5. Terapia interpersonal

De origen médico – psiquiátrico, fue iniciada hace 20 años por Gerard Klerman y Mirna Weissman. Está autolimitada en el tiempo, basada en el aquí y ahora, y su base teórica radica en el concepto de que todos los síndromes psiquiátricos ocurren en el espacio social e interpersonal. Está especialmente indicada en determinados trastornos depresivos y consiste en resolver los síntomas afectivos a partir de la resolución de los conflictos presentes en la esfera de lo racional.

Este tipo de terapia ha demostrado eficacia en adulto mayores.

La actitud del terapeuta es necesariamente activa, encaminada a favorecer el cambio.

4.6. Psicodrama

El psicodrama es un método psicoterapéutico con hondas raíces en el teatro, la psicología y la sociología, su núcleo es la dramatización. A diferencia de la intervención psicológica puramente verbales el psicodrama hace intervenir manifiestamente al cuerpo en sus variadas expresiones e interacciones con otros cuerpos.

Desde el punto de vista psicoterapéutico esta participación corporal ha demostrado fehacientemente ser un valioso método para evidenciar las defensas conscientes e inconscientes del paciente, así como sus conductas de cuadros patológicos.

El psicodrama integra un nuevo elemento en la intervención psicológica: el espacio. Este, transformado en escenario, permite la representación del mundo interno del paciente, que en otras modalidades psicoterapéuticas sólo se expresa como relato verbal.

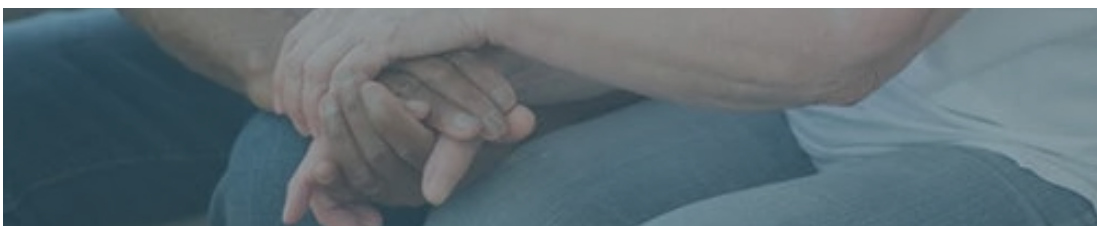
El énfasis recae ahora, no sólo en lo que se dice, si no es lo que se realiza en el escenario durante la dramatización.

El psicodrama se ha aplicado en los más variados contextos de la clínica psiquiátrica y en distintos marcos institucionales, su variedad de encuadre y técnicas permite utilizarlo tanto con fines fundamentalmente terapéuticos como didácticos, por ejemplo en la formación de los profesionales o en una intervención social, en grupos naturales con la familia o en grupos institucionales (residencias plantas de hospitales centro de día) existiendo una bibliografía específica y creciente en el ámbito psicogeriátrico inclusive en nuestro medio.

4.7. Terapia familiar

A pesar de que como ya hemos comentado, la familia y el entorno social desempeñan un papel muy importante en los trastornos psíquicos de aparición en la vejez, y en solución y pronóstico es poco frecuente que los adultos mayores sean derivados para una terapia familiar.

El abordaje familiar puede ser útil cuando existen conflictos intergeneracionales o disolución en las fronteras entre dos generaciones o, cuando se produce sobre protección del adulto mayor, estableciéndose interacciones en el seno de la familia que perpetúan su rol de enfermo.



No va a estar indicada una terapia formal, pero si se debe prestar atención a la existencia de estas situaciones y deben programarse encuentros con las familias para realizar análisis de temas o pequeñas intervenciones que sean beneficiosas para el bienestar del paciente, y también de su familia, incidiendo también en disminuir la patología del cuidador y retrasar la institucionalización del paciente, ya que algunos factores derivados del funcionamiento familiar lo pueden acabar precipitando.



4.7. Terapia de grupo

La terapia de grupo favorece la socialización y estimulan las actitudes para el cambio, aumentando así la autoestima del paciente, gracias al intercambio de información y el incremento de las relaciones interpersonales. Permite, además, expresar en un contexto de libertad y confianza los temores y sentimientos de frustración y fracaso.

El grupo ofrece a los pacientes experiencias emocionales correctivas para adaptarse mejor al proceso de envejecimiento. La terapia de pareja permite abordar problemas de aparición nuevas en la edad geriátrica, como pueden ser los motivados de una modificación de la convivencia, el marido jubilado que ahora está la mayor parte del día en casa.

Como requisitos al paciente es exigible el deseo expreso de participación, un suficiente estado de alerta, buena higiene personal, ausencia de afasia, una aceptable movilidad, reactividad emocional conservada y un buen ajuste personal.

La terapia grupal de orientación de soporte social cognitivo-conductual, puede realizarse de forma ambulatoria o bien en un ambiente hospitalario o residencial. Es especialmente útil combinar la terapia individual y grupal, ya que brinda muy buenos resultado en los trastornos depresivos.

La indicación principal es que el número de pacientes en cada grupo debe oscilar entre 5-10 La terapia grupal constituye el tratamiento de elección para los adultos mayores con problemas de aislamiento social sentimientos de falta de adecuación a su entorno y falta de relaciones interpersonales.

4.8. Revisión de la vida

Aparte de su utilización en la rehabilitación cognitiva (terapia de reminiscencia), esta técnica se ha utilizado en el tratamiento del adulto mayor deprimido sin demencia.

Se basa en las dificultades mnésicas de los sujetos con depresión (tendencia a la sobre generalización y déficit a la hora de evocar recuerdos autobiográficos específicos positivos).

Se realiza una evaluación personal de los datos significativos de la vida a lo largo de todo el ciclo vital. Habitualmente, su aplicación es grupal y utiliza materiales auxiliares, fotografías, grabaciones, genealogías de familia.

Entre los beneficios de esta técnica se han detectado la mejoría del funcionamiento cognitivo, el aumento del significado de la vida, la reducción de los síntomas depresivos y una mejor adaptación a la idea de la muerte.

Cuando se aplica la terapia de reminiscencia en sujetos con demencia, al margen de sus beneficios sobre la cognición y la conducta, también se valora por su utilidad para mejorar la comunicación en estos pacientes, su socialización y estimular su participación en los grupos.

4.8. Intervenciones psicoeducativas

Indicadas en el trabajo con pacientes con demencia y sus familiares. Se pueden organizar grupos de autoayuda para cuidadores, en los que estos comparten experiencias y soluciones, o bien optar por modelos como una intervención mayor del terapeuta, en los que este actúe como facilitador en la búsqueda de soluciones creativas para los problemas planteados por los cuidadores. Se pueden plantear desde distintas teorías: conductual (análisis de conducta, reeducación modelos de aprendizaje), cognitivo conductual (técnica de resolución de problemas) o sistémica incluyendo sesiones Familiares e incidiendo en la reducción de la emoción expresar: comentarios críticos y sobre implicación.



ANEXOS

Contrato terapéutico

Los abajo firmantes manifiestan estar de acuerdo con las siguientes condiciones de trabajo terapéutico propuestas por XXXXXXX, Psicología con Número de Colegiada XXXXX.

- El cliente (con documento de identidad), se compromete a aceptar las condiciones de trabajo propuestas por la terapeuta, en lo correspondiente a las entrevistas, intervalo entre sesiones, trabajo en equipo, honorarios...
- La psicología, se compromete a guardar estricta reserva sobre cualquier información que el cliente exponga en sesión, adhiriéndose al secreto profesional de su código deontológico.
- La duración de cada consulta podría ir desde la hora, a la hora y media. Siendo en el primer caso la trifa estipulada de XX (euros/dólares/pesos...) y en segundo caso de XX (euros/dólares/pesos...).
- El cliente deberá de avisar con un mínimo de 24 hrs, de antelación si pretende cambiar la cita, en caso de no avisar ajustándose a este intervalo de tiempo procederá a abonar la mitad de la consulta igualmente.
- En caso de necesitar la grabación de la entrevista para un estudio más pormenorizado del caso el cliente deberá firmar una autorización expresa para ello.
- Tanto el cliente como el terapeuta podrán finalizar la terapia en el momento en que lo consideren pertinente, así como llevar a cabo las sesiones de seguimiento que sean convenientes.

Fdo. Cliente

fdo. El Psicólogo

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

- **Agüera Ortiz, L., de Azpiazu Artigas, P., Martín Carrasco, M., Mateos Álvarez, R., Olivera Pueyo, J. y Sánchez Pérez, M. (2017).** *Guía Esencial de Psicogeriatría de SEPG Sociedad Española de Psicogeriatría*. Editorial Médica Panamericana. <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/guia-esencial-de-psicogeriatría-incluye-versión-digital>
- **Deví, J. (2015).** *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Herder Editorial. https://www.herdereditorial.com/manual-de-intervencion-clinica-en-psicogerontologia_1
- **Fernández-Ballesteros, R. (2004).** *Psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares*, 6(16), 11-22. https://www.researchgate.net/publication/28085303_La_psicologia_de_la_vejez
- **González-Celis Rangel, A. L. M. (2009).** *Evaluación en psicogerontología*. El Manual Moderno.
- **Solano, N. y Gallagher-Thompson, D. (2001).** Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(4), 189-194. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74719-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74719-1)
- **Vergara Lope Tristán, S. y González-Celis Rangel, A. L. (2009).** Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212414010>

