

Trabajo de Tercer Curso



Tercera Edad y Familia:

El anciano desde una perspectiva sistémica



ESCUELA VASCO NAVARRA
DE TERAPIA FAMILIAR
EUSKADI ETA NAFARROAKO
FAMILI TERAPIA ESKOLA

Manuel Corbera Almajano

Alumno Tercer Curso

Curso 2004-05

Zaragoza

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1
LA TERCERA EDAD COMO FASE DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR	Pág. 2
LA TERCERA EDAD CUANDO APARECE LA ENFERMEDAD MENTAL	Pág. 5
1. El Sentimiento Depresivo En El Anciano: “No Puedo, No Sé”	Pág. 5
2. El Anciano Con Demencia: Cuando Los Recuerdos Se Borran	Pág. 6
ALGUNAS PUNTALIZACIONES EN FORMA DE CONSEJOS PRÁCTICOS	Pág. 9
TERAPIA FAMILIAR PARA FAMILIAS EN LAS ÚLTIMAS ETAPAS DE LA VIDA	Pág. 10
1. Programa Para La Creación De Redes Sociales Con Ancianos Institucionalizados	Pág. 10
2. Programa Para El Trabajo Con Familias De Ancianos	Pág. 11
CONCLUSIONES	Pág. 14
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 15

*“Envejecer no es tan malo, si uno
tiene en cuenta cuál es la alternativa.”*

(Maurice Chevalier)

INTRODUCCIÓN

En el último medio siglo, nuestra sociedad ha experimentado un buen número de cambios (en aspectos como la sanidad, mejoría de la alimentación, condiciones de vida, etc.) que han resultado en un aumento de la esperanza de vida y, como consecuencia, en el progresivo envejecimiento de la población. Tal es así que en la actualidad viven en España más de seis millones de personas mayores de 65 años, lo cual representa aproximadamente el 16% del total de la población, porcentaje que en buena lógica tenderá a aumentar en los próximos años (Bruna O et al., 2001).

La mayor longevidad de la población resulta también en una probabilidad aumentada de padecer enfermedades propias de esta edad, así como una prolongación de otras preexistentes. En lo que respecta a las enfermedades del ámbito de la Salud Mental, algunas de ellas, como en el caso de las demencias en general, presentan un origen de estirpe más indiscutiblemente orgánica; otras, como son las depresiones, los cuadros delirantes, etc., combinan en su etiología una cantidad de factores más amplia y variada. En ambos casos, las estrategias de tratamiento suelen aconsejar prioritariamente el uso de diversos fármacos, lo cual es algo en lo que existe un acuerdo generalizado. Sin embargo, la cuestión del empleo concomitante de las psicoterapias sigue siendo un tema controvertido (Agüera-Ortiz L et al., 2002), si bien incluso en el caso de las demencias podemos encontrar en la bibliografía argumentos a favor del beneficio que las psicoterapias pueden tener sobre el paciente y los que le circundan.

En el caso de la terapia familiar, en concreto de la de orientación sistémica, resulta comparativamente difícil encontrar bibliografía que se dedique de forma específica a la aplicación de las técnicas sistémicas a las familias con pacientes identificados ancianos. Esto es cuando menos llamativo, dado que la tercera edad es una época en la que la implicación de la familia en la enfermedad tanto por exceso (en el caso, por ejemplo, de los cuidadores) como por defecto (en los casos de maltrato o abandono del anciano, o por ausencia de red socio-familiar de apoyo) se revela como fundamental para la evolución del cuadro. Además, me cabe añadir el hecho, observado en mi práctica clínica, del profundo descuido en que a veces caemos para con los convivientes del paciente anciano. Estas personas, con frecuencia también en la tercera edad, se pueden sentir desbordadas, desorientadas, abandonadas y sin posibilidades de recibir ayuda o al menos comprensión en unos dispositivos de Salud Mental diseñados y orientados casi exclusivamente al paciente identificado de forma individual.

Más aún, si ampliamos el foco para incluir la implicación de sistemas más amplios (servicios sanitarios y sociales, instituciones residenciales, etc.), en los que la persona anciana convive con otros iguales en condiciones semejantes, parece evidente que se hace necesaria la creación de herramientas que permitan incluir estos aspectos o, al menos, una adaptación de las herramientas de las que ya disponemos.

Mi intención en el presente trabajo ha sido reunir y elaborar de una forma concisa aquellos conocimientos teóricos y prácticos que el Paradigma Sistémico ha venido aportando para el manejo de las familias que acuden a un dispositivo de Salud Mental con un miembro anciano en situación de enfermedad.

LA TERCERA EDAD COMO FASE DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

La “tercera edad” o *ancianidad* supone una fase, habitualmente la postrera, del ciclo vital del individuo. Como tal, presenta unas características particulares (experiencia de vida, mayor disponibilidad de tiempo libre, etc., si bien con merma de las capacidades físicas e intelectuales, pérdida de seres queridos...) resultantes de una situación de crisis que, bien resuelta, debería conducir a una etapa productiva y gratificante para la persona. En contraste, la evolución de este proceso de crisis en un sentido improductivo o patológico, puede dar lugar a que el individuo enferme o a que sus procesos patológicos previos empeoren, con una posible repercusión añadida sobre su sistema de convivientes.

Dichas situaciones críticas podemos esquematizarlas como sigue (Pittman FS, 1990):

- 1) **Jubilación:** repentinamente, la persona anciana se encuentra en una situación de pérdida de poder, de propósito y de contexto, pérdidas que son tanto más graves cuanto más centrada en el trabajo tenga su vida la persona. El anciano se encuentra con mucho tiempo y muy poco que hacer, con la dificultad añadida de un empobrecimiento en su red de relaciones por la pérdida de los compañeros de trabajo. En el más común de los sistemas de pareja que predominan en la actualidad, para la mujer, que es la que hasta entonces ha permanecido en casa, la jubilación del esposo supone un aumento de su trabajo: la presencia de éste puede desbaratar el horario y actividades diarias a que se había habituado, si bien también se pueden compartir en mayor grado las responsabilidades del hogar. La consecuencia suele ser que la mujer evoluciona hacia roles más instrumentales y el hombre hacia roles más expresivos y afectivos.
- 2) **Soledad y pérdidas:** la viudedad de la mujer es más habitual en nuestro medio dado que la edad media de vida es menor en los hombres y que las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas. El fallecimiento del cónyuge puede suponer aspectos negativos para la mujer, pero también algunos positivos, como la independencia y un cierto bienestar económico. Para el hombre, la situación de viudedad puede ser un acontecimiento dolorosamente inesperado: habiendo delegado muchas tareas de la vida diaria en su esposa, puede encontrarse de repente abrumado e impotente, incapaz de valerse por sí mismo. Es frecuente comprobar como muchos hombres ancianos y solos no funcionan bien, teniendo que recurrir a la ayuda e incluso a la asistencia y convivencia con los hijos si es que disponen de esa posibilidad. A veces pueden optar por formar una nueva pareja para conseguir esos cuidados y aliviar su situación de soledad, lo cual, si la persona elegida es afín a sus gustos y carácter, puede resultar en una mejoría de su calidad de vida. Existe una puntualización a esta circunstancia, y es que los hijos den su aprobación a un estado de cosas que para ellos puede ser desconcertante, ya que pueden entender que su padre necesite a alguien que la cuide pero sienten que ellos no necesitan una nueva madre.
La situación puede no ser tampoco sencilla si el padre/madre sigue viviendo solo o pasa a convivir con ellos. Acostumbrados a unas normas y límites establecidos por ellos en su propia familia nuclear, pueden encontrar difícil tolerar e incluso interpretan mal signos que van aparejados con el envejecimiento y tomarlos por defectos de carácter. Sucede así con síntomas como olvidos, descuidos en la higiene, quejas hipocondríacas, rigidez en algunas costumbres, etc. Para que se puedan adaptar a las nuevas características de la convivencia y consigan mejorar la comunicación se requerirá una adaptación al ritmo más pausado del anciano.
- 3) **Crisis de cuidado y dependencia:** una situación especialmente crítica ocurre cuando los padres no pueden cuidarse por sí mismos y precisan del cuidado de los hijos. Esto supone un cambio estructural muy importante, como veremos más adelante, no sólo para los hijos, con sus propias familia nuclear y sistema de convivencia que deben readaptarse, sino también para el anciano/s que pierden su independencia física y su

sistema de normas y costumbres, y se ven en la tesitura de entrar en un sistema que ya no es el suyo, con esos “viejos desconocidos” que son ahora sus hijos.

La resolución de esta crisis de dependencia va a requerir de una aceptación realista de las fuerzas y limitaciones y la habilidad para ser dependiente por parte del anciano. Será necesario también que el hijo adulto tenga la habilidad para aceptar el papel del cuidador y, al mismo tiempo, seguir siendo hijo. El objetivo debería ser llegar a un tipo de relación de ayuda que se ha dado en llamar *madurez filial*, que define un proceso en el cual ambos, padres e hijos, han de aprender a colaborar.

El caso más difícil y doloroso se produce cuando el anciano que no puede vivir solo por más tiempo, se ve en la necesidad de que alguien esté con él y esto o es muy difícil o es incluso imposible (no tiene hijos, estos viven lejos o incluso en otro país, no quieren/pueden hacerse cargo del cuidado, etc.). Se puede entonces plantear la posibilidad de la *institucionalización* (siempre como último recurso), circunstancia que, como veremos también más adelante, puede remover profundamente los cimientos de toda la familia.

Teniendo en cuenta estas situaciones críticas y desde un punto de vista psicopatológico relacional, con la expresión *tercera edad* nos referiremos a aquella fase de la vida en la que el individuo percibe y afronta, solo o en pareja, la reducción progresiva de sus competencias, capacidades y salud, de sus posibilidades de moverse y de elegir, características sobre las que se articulan los diversos pasos de la vejez (Cancrini L et al., 1996). Dichos pasos se suceden con diferentes grados de intensidad y con diferente potencial residual de adaptación (propio de cada individuo y de su sistema), en un contexto además en el que a menudo se replantean viejas y nuevas formas de dependencia del otro y de los otros.

Esta fase tiene cabida en el contexto sociofamiliar en el que los cambios acaecidos en la sociedad en general y en la estructura familiar en particular durante este último siglo han modificado y siguen modificando la situación de las personas ancianas. Pese a estas transformaciones, si las relaciones familiares se mantienen estrechas y cálidas, si se conservan y cuidan las amistades y si las actividades sustitutivas y de ocio son efectivas, la concurrencia de algún tipo de deterioro se tolerará mucho mejor. En esta fase de la vida, tanto los familiares como las relaciones de amistad son fundamentales para mantener la autoestima. Así, se ha asociado el que la persona anciana mantenga unos niveles de interacción social y actividad altos con una menor mortalidad (Miranda M, 1991). El rol de abuelo, por ejemplo, en lo que conlleva de cuidado y relación con los nietos, supone también para el anciano una oportunidad para ampliar y enriquecer determinados aspectos de su personalidad que anteriormente no había tenido oportunidad de desarrollar, con la consiguiente satisfacción mutua.

En lo referente a la familia en particular, la transformación de su estructura en la segunda mitad del pasado siglo ha dado lugar a nuevas características:

- Existe un menor número de miembros por generación debido al descenso en la tasa de natalidad.
- Hay una mayor probabilidad de coincidencia de varias generaciones dentro de una misma familia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.
- Tendencia al incremento de los vínculos familiares verticales (aumentan los abuelos y bisabuelos) y disminución de los horizontales (disminuye en general el número de hermanos, tíos y primos).
- Los roles familiares perduran durante más tiempo: los padres pueden seguir ejerciendo como tales durante cuatro o más décadas; los abuelos, fácilmente durante dos o más.

- Son objetivables modificaciones en el patrón de la familia debido a los cambios en las relaciones matrimoniales (familias reconstituidas, monoparentales, etc.), con probable repercusión en la forma de envejecer de las próximas generaciones, entre las cuales muchas habrán pasado también por la experiencia del divorcio.

La encuesta del INSERSO de 1995 (Agüera-Ortiz L et al., 2002) da una idea de la importancia prioritaria que sobre las personas mayores tiene la vida familiar: el 44% considera estas relaciones “muy satisfactorias”, el 46% “bastante satisfactorias” y sólo el 5% “poco satisfactorias”. Las interacciones familiares son diarias en un 31% de los casos, con una comunicación telefónica diaria entre padres e hijos del 40%.

Otro aspecto nada despreciable a destacar es el que alude a la función protectora de la familia con un miembro anciano. Actualmente en nuestro país, la familia es la principal proveedora de cuidados, en parte por la escasez de organizaciones formales dedicadas a este menester, pero sobre todo porque el cuidado de los ancianos de la familia constituye una de las reglas familiares más arraigadas y generalizadas en los diferentes lugares de España. Así, es frecuente encontrar en la práctica clínica matrimonios ancianos en el que uno de sus miembros ejerce las funciones de cuidador principal del otro cónyuge, afectado de un proceso que le incapacita física y/o psíquicamente, con ayuda variable por parte de los hijos si los hay, y con una importante carga física y anímica en esta persona hasta el punto de acabar desarrollando a su vez sentimientos de rabia, desbordamiento, depresión... También podemos recoger múltiples casos en los que la responsabilidad de ser cuidador recae, incluso como norma “tradicional”, sobre uno de los hijos (en muchos ámbitos suele ser la hija menor de la fratria), que puede verse imposibilitada para una adecuada desvinculación.

En lo referente al subsistema de pareja, supone ésta uno de los vínculos más importantes (si no el que más) de la vida adulta. En esta etapa de la vejez puede darse incluso el mayor grado de estabilidad y satisfacción conyugal. También pueden producirse divorcios y/o formación de nuevas parejas, frecuentemente sin un compromiso formal, entre ancianos viudos y separados principalmente. Varios acontecimientos que ocurren cerca de o durante esta etapa suponen una gran influencia para su evolución y son detectados en muchos casos en la clínica diaria:

- La emancipación de los hijos, en la actualidad muy retrasada aun hasta edades avanzadas de los padres, y que puede dar lugar al conocido como “síndrome del nido vacío”.
- La jubilación laboral, que conduce a que pareja se reencuentre en el hogar durante la mayor parte del tiempo.
- La relación con los hijos adultos y con las parejas de estos hijos (con frecuencia, más problemática).
- Las dificultades relacionadas con las dificultades en la comunicación sexual y el cambio de estilo de relación sexual.
- La enfermedad o incapacidad de un miembro de la pareja, que da lugar, como queda comentado más arriba, a relaciones diferentes de cuidado, dependencia y responsabilización.
- El cuidado de otras personas dependientes y la forma en que esto es aceptado por el otro miembro de la pareja: padres o hermanos (de la propia familia de origen o de la del cónyuge), hijos y nietos.

Estas experiencias pueden repercutir en las relaciones conyugales dando lugar a desequilibrios en el sistema, en particular si el funcionamiento previo de la pareja ya era insatisfactorio o desadaptativo. Es un momento propicio para que se pongan de manifiesto conflictos no cerrados y carencias que previamente permanecían encubiertas y que ahora pueden resultar enormemente destructivos en el sentido de una convivencia insatisfactoria o de una ruptura de pareja.

LA TERCERA EDAD CUANDO APARECE LA ENFERMEDAD MENTAL

El proceso de normal evolución del envejecimiento puede verse alterado por la aparición de múltiples enfermedades orgánicas y psíquicas, las cuales van a implicar de diversas maneras al sistema de convivientes. Veamos algunos ejemplos de formas de enfermar¹, frecuentes en la tercera edad, con las peculiaridades que les son propias por su propio proceso vital y por el contexto familiar en que se inscriben.

1. El Sentimiento Depresivo En El Anciano: “No Puedo, No Sé”

Dejando aparte aquellas posibles causas particulares que los ponen en funcionamiento, los trastornos vividos en este período de la vida suelen relacionarse inevitablemente con la percepción y la toma de conciencia de la fase que el individuo está atravesando. Así, el desarrollo de un *sentimiento depresivo* relacionado con la pérdida de fuerzas y de intereses no afecta obviamente a todas las personas ancianas, pero sí que aparece, en cambio, en la mayor parte de las personas ancianas que presentan problemas psiquiátricos. Dicho sentimiento se puede manifestar (Cancrini L et al., 1996):

- De forma directa y explícita como *vivencia depresiva*, con más o menos lamentos y riesgos², manifestada de modo reposado y frágil; o bien resaltando de forma aburrida y agresiva las propias dificultades personales, lo cual acaba concretándose en una trampa interpersonal peligrosísima (sobre todo para los hijos), hecha de cansancio y de sentimientos de culpa, de acusaciones y de quejas, capaces de envenenar y hacer imposible tanto la convivencia como la separación. Este segundo caso puede llevar incluso a un estado de cosas en que las exigencias de tipo sanitario o social, favorecidas a menudo en su desarrollo por la tendencia a la autodesvalorización característica del movimiento depresivo y por el sentimiento de estar “cada vez más de sobra”, acaban suministrando buenas razones para alejar al anciano del ámbito familiar.
- En forma de *acentuación depresiva del déficit de prestaciones*: la posibilidad de un pseudodeterioro depresivo de la inteligencia (lo que se ha venido denominando con el término, cada vez más en desuso, *pseudodemencia depresiva*) debería estar siempre presente en la mente del terapeuta, sobre todo si el decaimiento del anciano se produce coincidiendo con acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, la hospitalización o la institucionalización. No hay que descuidar tampoco la posible aparición de un fenómeno totalmente opuesto: la existencia de un deterioro inicial vivido por el anciano como seriamente invalidante da lugar al desarrollo, por este motivo, de un cuadro depresivo que es necesario identificar, diagnosticar y tratar adecuadamente, teniendo en cuenta, entre otras cosas, que se presenta con una plasticidad sinuosa y poco conocida aunque interesante.

¹ Me referiré aquí tan solo a ejemplos dentro del ámbito de la salud mental, por escaparse el amplio campo de las enfermedades orgánicas crónicas a la intención de este trabajo.

² Paradójicamente, el logro de incrementar la esperanza de vida ha coincidido en todo el mundo con un aumento de la tasa de suicidios, debido precisamente a la mayor frecuencia con que los ancianos deciden abreviar su vida.

- En forma de *neurosis de angustia*, con una fuerte tendencia a la somatización. Ésta se construye realzando y sobrevalorando (mediante la interacción con convivientes, médicos...) aquellos pequeños trastornos orgánicos relacionados con la edad (dolores inespecíficos, déficit funcionales mínimos, etc.). Este proceso da lugar al desarrollo de una compleja red de relaciones interpersonales capaces de funcionar en su conjunto como una gran red de protecciones entrecruzadas definitivas de un cuadro que, en muchos aspectos, acaba asemejándose al de las neurosis fóbicas.
- Por último, el sentimiento depresivo puede manifestarse en forma de *organización delirante* de la personalidad, más o menos facilitada por el déficit prestacional (o por el sentimiento que, en ese sentido, pueda tener el anciano). Es raro que la emergencia subjetiva señalada por la organización delirante de la personalidad se muestre por primera vez en esta fase, sin que a lo largo de la existencia del sujeto su personalidad previa haya manifestado previamente, al menos, rasgos en este sentido. Por lo que se refiere al origen de esta forma de aparición, en el razonamiento es necesario tener en cuenta la importancia de otros factores concomitantes (por ejemplo, el alcoholismo), es decir, el modo en que los problemas propios de esta fase del ciclo vital acentúan y desequilibran una situación que antes ya era precaria.

Cabe hacer una última observación en referencia a lo compleja y desequilibrada que puede ser la interacción que se establece, en el anciano marcado por la presencia de un deterioro intelectual, entre los recursos de un individuo empujado a la plena utilización de las capacidades intelectuales que aún le quedan y las concomitantes de tipo organizativo. Como ejemplo evidente tenemos casos como la institucionalización y la pérdida de una persona querida.

2. El Anciano Con Demencia: Cuando Los Recuerdos Se Borran

El aumento de vida media de la población está haciendo que cada vez sean más habituales algunas patologías que antes estaban poco consideradas, como son todas las que afectan al anciano preferentemente. Destacan, entre éstas, los cuadros de demencia. El impacto que las demencias en general y la Enfermedad de Alzheimer (la forma más frecuente de demencia de tipo degenerativo, caracterizada por presentar lesiones corticales difusas y ser de etiología desconocida) en particular está teniendo en la sociedad es enorme. Se trata de una enfermedad que somete a los familiares del anciano a un gran desgaste físico y psicológico, al tiempo que compromete los recursos sanitarios comunitarios obligándoles a buscar nuevas formas de atención más flexibles, que coordinen actuaciones diagnósticas y terapéuticas con medidas sociofamiliares (Bruna O et al., 2001).

Durante muchos años, el deterioro mental y la demencia del anciano eran considerados factores *normales* del envejecimiento; los ancianos un poco débiles, tendentes a contar sus "batallitas" fuera de contexto y a hacer comentarios poco coherentes con la situación social, eran al principio tolerados y después, cuando se volvían fastidiosos, institucionalizados. La visión de que era un proceso irrecuperable e inevitable se consideraba normal, junto a la noción de base de que se tratasen de problemas de naturaleza puramente orgánica.

En realidad, efectivamente, la mayor parte de los deterioros seniles y de las demencias orgánicas tienen su base en alteraciones neuroanatómicas objetivables, pero, sobre todo en lo referente a su velocidad de evolución y capacidad de adaptación, podrían tener una evolución mucho mejor si se pusiesen en marcha medidas de apoyo y de terapia para el paciente dirigidas a reconsiderar con mayor atención su presencia en el contexto en el que vive. Es importante considerar además que la mayor parte de las demencias surgen concomitantemente con traumas, duelos y cambios del ciclo vital que, de improviso, parecen agravar rápidamente y transformar en impactantes los déficit seniles que hasta entonces se habían mantenido en equilibrio, a pesar de que la gravedad del cuadro orgánico hubiese

estado presente ya desde tiempo atrás. A menudo, la instauración de la enfermedad se complica con trastornos depresivos reactivos que aumentan la gravedad de la situación e invalidan ulteriormente al paciente.

La *demencia* se define clásicamente como *un deterioro psíquico profundo, global y progresivo que altera las funciones intelectuales básicas y desintegra las conductas sociales*. La aparición del síndrome demencial suele producirse de forma solapada y progresiva, y se caracteriza por fenómenos como la dificultad en el control de las reacciones afectivas (expresadas como indiferencia o afectividad excesiva), los trastornos de la memoria, las manifestaciones caracteropáticas, las acentuaciones progresivamente llamativas de algunos rasgos previos de la personalidad (desconfianza, avaricia, lamentaciones, excesiva irritabilidad, etc.), o bien por pródromos de tipo neurótico, como excesivo cansancio (de características neurasténicas), reducción del rendimiento intelectual global, o vagos trastornos de la memoria y del rendimiento laboral. A veces pueden manifestarse síntomas psicóticos, tales como delirios de persecución o de culpa.

Durante el período de estado de la demencia, el cuadro está dominado por las alteraciones de la inteligencia y de la memoria, en las cuales se basa fundamentalmente el diagnóstico: en el momento de la detección de la enfermedad y en las formas más leves, el cuadro se caracteriza por una moderada pérdida del recuerdo sobre todo de los acontecimientos más recientes, o también por el olvido de nombres, números de teléfono, instrucciones, conversaciones y hechos de la vida cotidiana; hay además una lentitud en operaciones mentales, pérdida progresiva de las asociaciones, de la crítica y del juicio. El cuadro progresa con graves alteraciones de la memoria a corto plazo, con amnesia de fijación y empobrecimiento, con posterior desaparición, de los recuerdos remotos. En los casos más graves, el paciente llega a conservar sólo la memoria del material más tenazmente retenido, mientras las nuevas informaciones son rápidamente olvidadas. El sujeto comienza cualquier acción y se olvida de llevarla a término puesto que no recuerda haberla empezado: puede quemar la comida por olvidarla en el fuego, dejar correr el agua del grifo en la bañera provocando una inundación... A lo largo de este proceso, la afectividad es más bien indiferente o, en ciertos períodos, incongruente (risa o llanto inmotivado o imprevisto). La actitud general y el comportamiento se alteran: la mímica es pobre, la mirada apagada; el paciente descuida su propia persona y aparece desaliñado; a menudo se ocupa en actividades incomprensibles, no advierte las situaciones de peligro real y puede tener intranquilidad psicomotriz e insomnio. Es en esta fase, obviamente, cuando las reacciones del ambiente tienen su máxima importancia por razones de tipo emotivo pero también, a veces, por razones de orden concreto.

Resulta evidente la implicación que puede tener la familia o sistema de convivientes en la progresión de este proceso. Ya cuando se confirma el diagnóstico de demencia, la familia experimenta sentimientos de desconcierto, duda, inquietud, angustia... con lo que una valoración y orientación dirigida a ellos en esta fase puede ser necesaria ya. Tras este momento inicial y durante un período de tiempo variable para cada familia, ésta intentará comprender y asumir qué es lo que está sucediendo, con la comprensible dificultad en esta tarea. En este período pueden surgir signos (sensación de angustia, somatizaciones y depresión) que evidencian la dificultad familiar para encajar los cambios que se están produciendo. Según progresa la enfermedad, los miembros de la familia van siendo testigos, con frecuencia impotentes, del avance imparable del deterioro: son objeto de las alteraciones de conducta, de las oscilaciones del estado de ánimo, de los incidentes ocasionados por descuido u olvido; padecen el cambio de personalidad de su ser querido, hasta que llega a parecerles un desconocido. La familia se ve empujada a reaccionar reordenando la vida familiar, intentando adaptarla a las necesidades que el enfermo va presentando en cada momento y a las posibilidades personales, laborales, sociales y económicas de sus miembros (De la Serna I, 2000). El sistema familiar ha de establecer quién desempeñará el rol de cuidador principal, mientras el resto de los componentes tendrá que decidir el tipo de colaboración que van a aportar y la organización de la asistencia que van a prestar a la

persona afectada. A medida que evolucione la enfermedad en los términos arriba descritos, es habitual que en algunos momentos y de forma reactiva a las alteraciones de conducta, agresividad... del enfermo, el cuidador puede también expresar algún síntoma de irritación, ansiedad o depresión.

El impacto de la evolución posterior de la enfermedad puede llegar a ser enorme, si bien el máximo grado de repercusión recae sobre todo en la figura del cuidador principal. Se ha comprobado que los cónyuges cuidadores de pacientes con demencia presentan altos niveles de ansiedad, depresión, ira, culpa y aislamiento social; también mayor incidencia de enfermedades orgánicas como diabetes, artritis, úlcera gastroduodenal y anemia. Si el cuidador principal es un/a hijo/a, se produce una modificación de responsabilidades, habitualmente difícil de asumir, que se ha denominado *inversión de papeles*: el hijo actúa como padre/madre de su progenitor, con cierto posible sentimiento de culpa por relevarle de sus funciones, así como pena y dolor al ser testigo del progresivo deterioro de una persona a la que quiere.

Los restantes miembros de la familia son también actores importantes en los acontecimientos, y se ven obligados a aprender y desempeñar un nuevo papel dentro del sistema. Esta tarea puede ser compleja de realizar cuando se han de satisfacer al mismo tiempo las necesidades diarias de la persona enferma, de la familia y las propias. En el núcleo familiar se producen cambios especialmente en ámbitos como las funciones de la persona, la relación y la comunicación con el enfermo. Toda la dinámica familiar cambia automáticamente y pasa a estar en función de las necesidades del paciente. Pero también él/ella ha de adaptarse al intercambio de roles, lo que le supondrá perder parte de su independencia, responsabilidad y liderazgo. Ésta puede resultar de por sí una tarea extremadamente dura, pese a que la propia enfermedad puede haber socavado ya estas características. Casi con certeza experimentará frustración, desánimo e incluso depresión cuando compruebe su progresiva incapacitación (esto sucede más probablemente en fases iniciales de la enfermedad, cuando el grado de deterioro es leve y no entorpece este grado de autoconciencia). Las funciones que desempeñaba previamente en la familia y el tipo de persona que es modulan en parte el nuevo papel que podrá adquirir al verse afectado por la enfermedad. Cuando el papel del miembro enfermo cambia, las expectativas de cada miembro de la familia con respecto a los otros también se modifican respecto de las que durante años de convivencia habían adquirido, lo cual puede ser causa de malentendidos o conflictos. Es necesario un tiempo diferente para cada familia, un proceso de ajuste que, en casos en que los miembros habían permanecido distanciados o con roles poco definidos, puede ser incluso provechoso (Bruna O et al., 2001).

A este ya complejo entramado de relaciones puede añadirse una nueva circunstancia, consecuencia de la evolución de la enfermedad y no exenta de polémica, que es la *institucionalización* del anciano. De todos aquellos fenómenos relacionados con esta medida, uno de los que menos nos damos cuenta es el esfuerzo de organización de los esquemas de comportamiento que necesitan el anciano y su sistema familiar, ya sobrecargados, para afrontar esta realidad nueva y diferente. Las personas adultas están tan acostumbradas a utilizar rápidamente las indicaciones de comportamiento relacionadas con el cambio de costumbres y las percepciones que le permiten moverse en un nuevo lugar que infravaloran a menudo las dificultades específicas que el anciano tiene que afrontar en esta situación. Por ejemplo, las dificultades de la memoria de fijación pueden haber permanecido ocultas durante largo tiempo gracias a la rigidez de las costumbres en casa y en sus inmediatas cercanías (por ejemplo, compras en los proveedores habituales, desplazamientos en el barrio habitual de residencia, etc.), pero se revelan en todo su dramatismo cuando el anciano se encuentra en un ambiente totalmente nuevo. En este tipo de situaciones, la reacción depresiva puede estar relacionada con la percepción imprevista del propio deterioro, así como con el abandono del hogar (que a veces puede haber sido incluso deseado) y con una difícil convivencia. El círculo vicioso que se establece en este momento entre la vivencia depresiva, la disminución de la iniciativa y el empeoramiento de las prestaciones, puede

llevar al personal de la institución elegida a reacciones catastróficas de fastidio y empujar al anciano hacia elecciones de tipo sustitutivo que acentúan aún más la depresión y agravan la pérdida de autonomía. El misterio que se abre en este momento es el referente a la relación entre el sufrimiento más o menos cubierto por el déficit prestacional y las ganas de vivir del anciano. Parece comprobado que el anciano deprimido muere mucho más rápidamente que el que ha alcanzado mejores niveles de integración. Esta impresión se confirma por los casos en que la muerte de un anciano se produce poco tiempo después de la de aquellas personas con las que ha compartido su vida, lo cual vuelve a realzar el valor prioritario de los factores de orden emotivo sobre el destino y sobre la esperanza de vida de los seres humanos que llegan a esta difícil fase del ciclo vital. A pesar de todo ello, no hay que descuidar la importancia de una valoración realista del problema que constituye, antes que nadie para el anciano, la situación de deterioro intelectual.

ALGUNAS PUNTALEZACIONES EN FORMA DE CONSEJOS PRÁCTICOS

En relación con lo descrito para el paciente anciano enfermo, la posibilidad de individualizar en la enfermedad o en el deterioro físico y mental una razón inmediata para la depresión del paciente anciano debería utilizarse siempre, además de para planificar y aplicar los tratamientos que consideremos adecuados para ambos procesos, para poner en marcha una intervención centrada en la elaboración del duelo que se relaciona con dicha razón. El penoso sentimiento de inseguridad suscitado por el envejecimiento y por sus manifestaciones personales y/o sociales representa, en efecto, el motor habitual de las manifestaciones del anciano. Es a ello a lo que el terapeuta debe dirigir su búsqueda y escucha, efectuando esta escucha en la terapia individual o, quizás menos frecuentemente, en un sistema más amplio, pero buscando minimizar siempre la inclusión todos aquellos factores y personas cuya presencia en el tratamiento sirva para señalar aún más la situación de enfermedad del paciente.

En cambio, en las situaciones en que los síntomas de un anciano son la expresión, en forma de emergencia subjetiva, de un malestar interpersonal que concierne a las personas implicadas en una relación con el propio anciano, es preciso actuar de manera muy diferente. Debemos tener presente entonces que, en las parejas y en los sistemas familiares de los que el paciente anciano forma parte, la emergencia sintomática que se evidencia en el ámbito de éste puede fácilmente servir para disfrazar la dificultad personal de los otros. Muy especialmente, aquellas temáticas del tipo *institucionalización* hay que afrontarlas dentro de una situación caracterizada por la flexibilidad del contexto, no asumiendo a priori la necesidad de esta medida, así como por la confianza en la posibilidad de activar los recursos de los sistemas de los que el anciano forma parte (curiosamente, de modo semejante a como se afrontan diversas problemáticas del niño). Una activación que hay que confiar, en algunos casos, a la clásica *terapia familiar conjunta*, sin que esto vaya necesariamente en detrimento, en otros casos, de una búsqueda cuidadosa y sistemática de las personas o de las organizaciones de voluntariado capaces de dar, cuando sea necesario, tiempo y solidaridad para la atención de los aspectos sociales y de cuidado.

Es fundamental tener en mente la particular peligrosidad, en este tipo de situaciones, de las hospitalizaciones y de los procedimientos médicos no motivados por razones realistas. Dado que a menudo dichos ingresos y procedimientos médicos dificultan el trabajo que se debe desarrollar sobre todo en el plano psicológico al aumentar el sentimiento de miedo y de insuficiencia que se encuentra en la base del malestar del anciano, la indicación debe hacerse sólo si es absolutamente precisa una vez estudiado el caso concreto con precisión, y, en cualquier caso, en el dispositivo más adecuado para el problema emergente.

TERAPIA FAMILIAR PARA FAMILIAS EN LAS ÚLTIMAS ETAPAS DE LA VIDA

PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA EN ANCIANOS

A la hora de trabajar en psicoterapia con los ancianos es conveniente tener en cuenta algunos principios (Pittman FS, 1990):

- El más importante es que no todo el mundo crece totalmente: no existe el adulto “totalmente adulto”. No hay que confundir la dignidad del anciano con la sabiduría.
- Los ancianos son capaces de cambiar, mantienen una buena flexibilidad e incluso en su situación encuentran una fuerte motivación para dicho cambio, pero necesitan que ciertas cosas permanezcan sin cambiar.
- Se trata de una edad en la que la persona se enfrenta a problemas muy duros: la propia decadencia física; la muerte de personas muy queridas e incluso la suya propia; la pérdida de facultades de poder y de prestigio... Los ancianos tienen sus problemas propios y, además, padecen todas las crisis que afectan a las personas más jóvenes.

OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL ANCIANO

La psicoterapia de orientación sistémica en el anciano debe perseguir los siguientes objetivos:

- ❖ Evitar y/o contrarrestar el aislamiento social del anciano.
- ❖ Darle (ayudarle a encontrar) alguna función dentro de su entorno.
- ❖ Ayudarle a la revisión y relectura de su vida en positivo.

ESTRATEGIAS POSIBLES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL ANCIANO

El objetivo primario del profesional de salud mental con una pareja de ancianos es mantener su capacidad de cuidado mutuo (y, por tanto, mantenerlo dentro de su red social evitando la institucionalización) y la capacidad de cambio de la pareja (Navarro-Góngora J, 1992).

Veamos dos propuestas de programas recogidos en la bibliografía:

1) Programa Para La Creación De Redes Sociales Con Ancianos Institucionalizados

La institucionalización del paciente anciano conlleva una transformación de su red social. Toda su red primaria (amigos y familiares) suele estar mermada e incluso destruida por muertes y enfermedades. La dirección de la comunicación entre el anciano residente y su red (tanto primaria como institucional) suele ser unidireccional, de forma que al anciano recibe pocas oportunidades de responder, por lo que suele tener dificultades en contactar con su red e incluso en hacer llegar sus deseos a sus familiares y a los profesionales de la institución. Finalmente, la red del residente se caracteriza por un bajo grado de permanencia de los profesionales que la componen, de los amigos y de otros residentes, con la consiguiente dificultad para establecer relaciones referenciales mantenidas.

Los objetivos de la intervención deberán ser:

- Aumentar la capacidad de apoyo mutuo de la red ya existente.
- Crear nuevas redes de apoyo entre los residentes para una acción social, para ampliar las posibilidades de expresar su creatividad y para aumentar el bienestar de todos ellos.

Procedimiento: el programa busca producir cambios en los siguientes aspectos:

- a) Forma de ingreso en la institución: previamente a que el anciano ingrese en la institución ha de fomentarse un conocimiento previo de su naturaleza, de sus servicios y de su funcionamiento, con el fin de hacer menos traumático el tránsito a la institución.
- b) Grupos familiares: crear grupos compuestos por familiares de los residentes con los objetivos de: clarificar las características de la institución; definir su propio rol en relación con la institución y con los residentes; y mejorar la comunicación con la institución.
- c) Creación de grupos de residentes para mejorar la relación entre las partes implicadas (profesionales y residentes, familias y residentes, y familias y profesionales).
- d) Consejo de residentes: un grupo cuya misión es definir, conjuntamente con la dirección, las líneas de acción de la institución con respecto a los residentes.
- e) Contribución de los residentes a la comunidad: desarrollar nuevos vínculos con la comunidad aprovechando la experiencia previa del anciano, como trabajo en las guarderías, impartición de clases, etc.

Con este proyecto se pretendía dar respuesta a las necesidades de los ancianos residentes (lo cual era su preocupación central), colaborar con los miembros de la institución para explorar y resolver problemas, crear un clima que permitiera resolver las diferencias, cambios en la política y en los servicios de la institución, contribuir a que los administradores conocieran las necesidades sociales y emocionales de los ancianos y mantener las redes ya establecidas.

2) Programa Para El Trabajo Con Familias De Ancianos

Los objetivos de trabajo de este programa son aquellas cuatro áreas de la tercera edad en las que suelen aparecer problemas:

- La salud física.
- La vida de los hijos: acontecimientos como un divorcio o la pérdida del trabajo, que pueden repercutir de forma muy negativa en la vida de los ancianos.
- Los cambios en el contexto socio-cultural: los ancianos actuales han tenido que adaptarse a profundos y rápidos cambios socio-culturales. A veces la ayuda que solicitan refleja sus necesidades de adaptación desde las ideas y la mentalidad heredada de sus padres, con la cual han vivido siempre, a las contingencias del mundo moderno.
- Interjuego entre el individuo y el sistema familiar, entre el conjunto de reglas familiares y el sistema de creencias del individuo.

Para llevarlo a cabo se evalúan tres áreas de funcionamiento:

- Competencia conductual: información sobre la salud física, posibilidades de mantener una independencia económica.
- Calidad percibida de la vida.
- Bienestar psicológico: satisfacción por la vida que se lleva, moral alta/baja...
- Entorno objetivo: vivienda, amistades (red social), equipamiento social del lugar en el que se vive, etc.

A la hora de planificar cuidados a largo plazo es preciso tener en cuenta las necesidades de ayuda que tendrá el cuidador primario del anciano, las fuentes de ayuda oficiales e informales que existen y las preferencias del paciente.

En el caso de los ancianos resulta fundamental trabajar con una información muy precisa sobre las capacidades y las posibilidades de los miembros de la familia que sean, a su vez, ancianos.

Las líneas de estrategia a seguir serán:

A.- Generales:

- Creer que el cambio del anciano es posible, confiar en que puede aprender si nos adaptamos a sus déficit sensoriales. Esta creencia deberá tener su fundamento en poder realizar medidas de progresos muy pequeños.
- Es importante para el terapeuta establecer metas definidas de forma clara, específica, cuantificable, para que sea fácil su evaluación.
- En ocasiones se trabaja con pacientes cuyos sentimientos de impotencia son considerables. En estos casos es preciso:
 - Que el terapeuta focalice su atención en las razones por las cuales realiza la terapia y ha planificado las cosas tal y como lo hizo.
 - No es necesario que el cliente tenga esperanza en que una técnica funcione para que efectivamente funcione.
 - El terapeuta puede solicitar el compromiso de familiares cuya relación con el problema sea indirecta pero cuya esperanza en que el cambio es posible sea lo suficientemente fuerte como para que permanezcan en el tratamiento.

B.- Específicas:

Ayudar a la familia a la toma de decisiones con respecto al anciano. El terapeuta realiza esta tarea:

- Informando: en problemas en los que la competencia del anciano juega un papel muy importante. Tan pronto como sea posible se han de estimar tanto su condición física como sus capacidades intelectuales, informando de ellos a la familia para que tengan una visión realista de lo que le pueden exigir. La información tiene un efecto reductor de la ansiedad al "normalizar" lo que está ocurriendo.

- Enseñando un modelo de toma de decisiones: el hecho de que la familia en esta etapa de la vida tenga que trabajar en pequeños grupos para tomar decisiones con respecto a algún problema relacionado con el anciano, impone la necesidad de un buen modelo de toma de decisiones.
- Revisando el sistema de reglas familiares que determina tanto el proceso de toma de decisiones como lo que se consideran *resultados aceptables*.

Será necesario evaluar también, según el estado de abandono y o pérdida de red socio-familiar de apoyo del anciano, quiénes deben concurrir a la terapia. Como regla general, deben acudir aquellos que tienen derecho a tomar decisiones, quienes están implicados en el funcionamiento familiar, quienes controlan los recursos de la familia, aquel/los que, en definitiva, ostenta(n) el poder. Se determina quiénes deben venir en función de las metas propuestas.

A la hora de crear una relación con las familias de los ancianos conviene observar ciertas reglas: utilizar su mismo lenguaje, ser realista a la hora de ofrecer ayuda y reconocer la diferencia de edades entre el terapeuta y los ancianos, declarando la disponibilidad para trabajar a pesar de ello.

CONCLUSIONES

Al abordar un caso o un trabajo relacionado con la tercera edad es fácil partir de unas premisas tópicas, de unos “mitos” relacionados con la posibilidad de trabajar con el sistema del que forma parte el anciano, con su capacidad para el cambio e incluso con la efectividad (y no sólo la eficacia) de la terapia. Estos puntos de partida pueden desanimar al profesional para llevar a cabo cualquier labor con estas personas que no sea la puramente biológica (en el sentido de tratamientos farmacológicos, generalmente paliativos y de efectividad con frecuencia dudosa) y la social (habitualmente en términos de institucionalización). La revisión de la bibliografía, por desgracia escasa en mi opinión, arroja al menos una tenue luz de esperanza en este sentido.

Varias son las conclusiones que pueden extraerse del presente trabajo:

- La tercera edad es una fase más del ciclo vital, con características relacionales comunes al resto de las etapas y otras que le son propias y requieren atención desde un prisma particular.
- En el caso del paciente anciano, enfermo o no, es particularmente importante que la asistencia sea multidisciplinar, debiendo contar con la participación de los servicios sociales, dispositivos de salud mental y servicios médicos.
- Los problemas de la vida en el anciano se centran, de forma muy resumida, en:
 - a) Los derivados de la atención al anciano.
 - b) Los que plantea el rol de cuidador primario.
 - c) La carencia de una red social de contactos.

Todos ellos son abordables en un contexto de Terapia Familiar, con perspectivas de poder prestar cuando menos una ayuda al paciente y su familia. El último, además, puede abordarse desde un contexto institucional.

- A pesar de lo inevitable de la demencia orgánica y de su progresión, me parece especialmente destacable que una buena asistencia, que no descuide las intervenciones de calidad en el contexto del paciente, puede favorecer una mejor adaptación, una menor degradación intelectual e incluso una evolución menos rápida.
- Plantearse una labor psicoterapéutica con ancianos puede suscitar poco interés en muchos terapeutas. El conjunto de los trastornos que se presentan habitualmente durante esta fase de la vida debería merecer, en cambio, toda su atención, sobre todo por su comprensibilidad y por la facilidad con que pueden relacionarse con los hechos de la vida, pero también por su reversibilidad o posibilidad de estabilización, según la común opinión de los autores que se han ocupado seriamente de dicha realidad. No hay que olvidar, además, que alrededor del paciente individual existe toda una familia que puede beneficiarse claramente de una intervención de este tipo.
- Cada uno de los problemas a los que me he referido puede afrontarse con inteligencia y buenos resultados por parte de terapeutas capaces de poder asumir su complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüera-Ortiz L, Martín-Carrasco M, Cervilla-Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2002.
- Bruna O, Botella L, Garzón B. Familia y tercera edad. En: Pérez-Testor C comp. *La familia: nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebé; 2001. p. 241-257.
- Cancrini L, La Rosa C. *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós; 1996.
- De la Serna I. *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson; 2000.
- Miranda M. Changes in Family Structure and Care of the Elderly. En: Seva A dir. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, vol. II. Barcelona: Anthropos; 1991. p. 1740-1745.
- Navarro-Góngora J. *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós; 1992.
- Pittman FS. *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós; 1990.

Zaragoza, diciembre de 2004

Fdo.: Manuel Corbera Almajano
Alumno de Tercer Curso