

La terapia interpersonal aplicada a un servicio de apoyo psicológico con personas mayores

Interpersonal therapy applied to a psychological support service for older adults

Carlos Augusto Cocero Montalvo

Psicólogo

Resumen

El aumento de la longevidad en nuestra sociedad, y el progreso en la conceptualización integral de la salud, que incluye además de la dimensión biológica, la psicológica y la social, unido a la evidencia científica que demuestra que las personas mayores pueden beneficiarse de diferentes tipos de intervenciones psicológicas, motivan la realización de este trabajo.

La primera parte del presente trabajo tiene por objetivo presentar quienes son las personas mayores, qué temas les preocupan, a qué retos se enfrentan, qué psicopatologías presentan con mayor frecuencia, y qué enfoques psicoterapéuticos han sido los más empleados y tienen mayor respaldo científico en la población mayor.

En la segunda parte de este trabajo, se presenta un programa de intervención para el Servicio de Apoyo Psicológico en el que trabajo basado en la Terapia Interpersonal, que es una forma de psicoterapia breve y focalizada que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de personas con diferentes trastornos psicológicos y en diferentes colectivos, incluidas las personas mayores.

Dada su breve duración y su estructura, se ajusta al Servicio de Apoyo Psicológico para Personas Mayores que se presta en los Centros de Servicios Sociales en los que trabajo, por lo que llevo aplicando el Programa en Terapia Interpersonal durante los últimos meses.

En la tercera parte del trabajo, se analizan los resultados de la aplicación del programa de Apoyo Psicológico para Personas Mayores basado en la Terapia Interpersonal en los dos Centros de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en los que se interviene siguiendo esta metodología.

Palabras clave: personas mayores, apoyo psicológico, psicoterapia breve, terapia interpersonal

Abstract

The increase in longevity in our society, and the progress in the comprehensive conceptualization of health, which includes not only the biological dimension but also the psychological and social aspects, along with the scientific evidence showing that older adults can benefit from different types of psychological interventions, motivate the realization of this work.

The first part of this work aims to present who older adults are, what issues concern them, what challenges they face, what psychopathologies they present most frequently, and what psychotherapeutic approaches have been most employed and have the greatest scientific support in the older population.

In the second part of this work, an intervention program for the Psychological Support Service where I work is presented, based on Interpersonal Therapy, which is a form of brief and focused psychotherapy that has shown to be effective in treating people with different psychological disorders and across different groups, including the elderly.

Given its brief duration and structure, it fits the Psychological Support Service for Elderly People provided in the Social Services Centers where I work, so I have been applying the Interpersonal Therapy Program for the past few months.

In the third part of the work, the results of the application of the Psychological Support Program for Elderly People based on Interpersonal Therapy in the two Social Services Centers in the Community of Madrid where this methodology is applied are analyzed.

Keywords: elderly people, psychological support, brief psychotherapy, interpersonal therapy

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende describir, de forma sencilla, un protocolo de intervención basado en la Terapia Interpersonal (TIP) para un servicio de apoyo psicológico con personas mayores.

El aumento de la longevidad y la búsqueda de una mayor calidad de vida en nuestra sociedad, explican la necesidad de prestar la adecuada atención a las personas mayores, que pueden presentar, no solo enfermedades que cursan con dolor físico, sino también malestar emocional.

Hace años se pensaba que no merecía la pena prestar atención psicológica a las personas mayores, debido a sus limitadas expectativas de vida, a la asunción de que en la vejez era normal deprimirse, y a la atribución de una nula capacidad de plasticidad cerebral y, por lo tanto, de aprovechamiento terapéutico (Antequera y Franco, 2008).

Actualmente, se sabe que diversos tipos de intervención psicológica son efectivos en el tratamiento de diferentes dificultades en personas longevas (Antequera y Franco, 2008).

En nuestra sociedad no solo se persigue la efectividad de los tratamientos, sino su eficiencia, teniendo muy en cuenta los tiempos y los costes de las intervenciones. En este sentido, la TIP es una forma de psicoterapia focalizada y de duración limitada que se ha mostrado su adecuación en la intervención psicológica con personas mayores (Diéguez et al., 2012).

La realización del Curso de Experto en Psicoterapia Breve, así como del presente trabajo, parten de mi necesidad personal, ya que desde hace un año trabajo como psicólogo en un Servicio de Apoyo Psicológico a Personas Mayores que realizamos en dos Centros de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid.

En mi trabajo, explicaré qué es la TIP, cómo la aplicó en el Servicio de Apoyo Psicológico a Personas Mayores y qué resultados he encontrado.

Las personas mayores

El número de personas de 65 años o más en España es de 9.063.493 lo que supone un 19,09 % de toda la población (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2025).

Es importante señalar la gran heterogeneidad dentro del grupo de personas mayores, siendo diferente atender a una persona de 65 años que una de 90.

Al entrar en la adultez mayor, la edad y la experiencia modulan las características biológicas y psicosociales de cada persona. Aparte, cada generación de personas mayores tiene distintas experiencias que moldean sus visiones sobre la vejez (Hinrichsen, 2008).

A pesar de la heterogeneidad, se puede afirmar que, en general, a las personas mayores les preocupan los siguientes problemas (Knight, 2004):

- Su salud y la de sus familiares y amigos.
- La posible necesidad de mudarse a una residencia.
- La dificultad para desenvolverse en un sistema médico complejo.
- La demencia.
- Sus recursos financieros o los de sus cónyuges sobrevivientes.
- Otros asuntos.

Las personas mayores suelen enfrentar retos comunes (Gayoso, 2004):

- Cambios neurobiológicos que acompañan al envejecimiento cerebral.
- Enfermedades y pérdidas que afectan a sus emociones, a su condición física y a su situación social.
- Adaptación progresiva a la pérdida del rol laboral tras la jubilación, asociada a pérdida de capacidad económica.
- Cambio en el rol familiar, pasando de padres y cabezas de familia al papel de abuelos, con menor autonomía en la dinámica familiar.
- Duelos frecuentes por amigos y familiares, en ocasiones muy dolorosos como sobrevivir a sus hijos o enviudar y enfrentarse a la soledad

Estos retos exigen a una reestructuración adaptativa, cuyo éxito dependerá, en parte, de las características de personalidad previa de cada individuo (Gayoso, 2004).

Diversas investigaciones han encontrado capacidad de adaptabilidad y resiliencia en las personas mayores, que suelen mantener sus vínculos sociales, realizan actividades significativas y se involucran en la ayuda familiar y comunitaria, presentando menor incidencia de trastornos psiquiátricos y mayor satisfacción con su vida que los adultos jóvenes (APA Working Group on the Older Adult, 1998).

Psicopatología en el adulto mayor

Para describir la psicopatología en las personas mayores, debemos tener en cuenta las siguientes particularidades (Fernández, 2020):

- Escasean los estudios de psicopatología en la población mayor, excepto la referida las demencias. Los prejuicios sobre la salud mental de las personas mayores pueden hacer que no se les conceda la misma importancia que en otras edades.
- Los trastornos psicopatológicos más estudiados en personas mayores son los depresivos, los relacionados con la ansiedad y los somatomorfos.
- La comorbilidad entre estos tres diagnósticos es frecuente, siendo muy habitual la díada ansiedad-depresión.
- Hay una tendencia a la manifestación somática de los síntomas, tanto en los trastornos depresivos como en los ansiosos.
- Los cuadros pueden representar la evolución de un desorden iniciado en etapas anteriores (evolución crónica), o bien es un síndrome que debuta de forma tardía.
- Aunque el diagnóstico se mantenga, las manifestaciones clínicas pueden variar a medida que la persona envejece.
- Los trastornos que debutan en la vejez pueden presentarse con síntomas atípicos.

Psicoterapia con personas mayores

La psicoterapia se define como un procedimiento basado en la relación entre un paciente y un terapeuta, que utiliza procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo, para promover el cambio psíquico, aliviar el sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos (Torales y Brítez, 2017).

Para el abordaje de problemas depresivos u otras psicopatologías en población mayor, las terapias más utilizadas son, por este orden: la terapia interpersonal, la psicoterapia breve, las terapias cognitivo- conductuales, la revisión de vida, la reminiscencia, y las terapias psicodinámicas (Antequera y Franco, 2008).

La terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la psicoterapia de apoyo y la terapia de resolución de problemas, son las que han recibido mayor soporte empírico en el tratamiento de la depresión geriátrica (Ramos y Espín, 2017).

El principal objetivo de la psicoterapia aplicada a las personas mayores es permitirles actualizar sus potencialidades, de forma que consigan dar un sentido completo y digno a su vida (Alvarado, 2022).

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es el de presentar un protocolo de intervención para un servicio de apoyo psicológico con personas mayores basado en la Terapia Interpersonal y valorar sus resultados.

Destinatarios y características del servicio

Las personas a las que se dirige este programa de intervención son las personas beneficiarias del Servicio de Apoyo Psicológico a Personas Mayores que acuden a dos Centros de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

El proceso de derivación surge de la detección, por parte de las trabajadoras y trabajadores sociales, de personas mayores de 65 años susceptibles de ser beneficiarias del Servicio de Apoyo Psicológico, generalmente por estar atravesando un momento de crisis vital debido a un proceso de duelo, estar al cargo del cuidado de su cónyuge dependiente por problemas de salud o demencia, tener problemas de salud con pérdida de funcionalidad y autonomía, o mantener relaciones conflictivas, generalmente con su pareja.

El servicio consiste en doce sesiones de intervención de cincuenta minutos de duración, prorrogables a dieciséis en algunos casos si se estima necesario, manteniendo una frecuencia semanal entre sesiones.

Enfoque terapéutico. La Terapia Interpersonal (TIP)

La TIP surgió como una alternativa breve para el tratamiento de la depresión mayor (Giner et al., 2015).

Su eficacia y su adaptabilidad al modelo médico han potenciado su expansión, aplicándose para trastornos del ánimo, trastornos por abuso de sustancias, trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad (Giner et al., 2015), así como en diferentes grupos de pacientes (adolescentes, ancianos, personas con VIH, mujeres en pre y post parto, etc.) (Giner et al., 2015).

"La TIP aborda los trastornos psicológicos focalizándose en la conexión entre los conflictos actuales del paciente, sus estados emocionales y sus conflictos interpersonales" (Giner et al., 2015).

La TIP conceptualiza que los roles desempeñados por el paciente y sus interacciones se pueden alterar con sobrecargas emocionales, conflictos y pérdidas. Las alteraciones por sobrecarga aminoran las fuerzas del paciente, los conflictos producen angustia y las pérdidas depresión (Giner et al., 2015).

Focos en Terapia Interpersonal

La TIP es una forma de psicoterapia breve con una duración aproximada de 16 sesiones de 50 minutos de duración, recomendándose una sesión semanal a lo largo de al menos 3 meses (Giner et al., 2015). La TIP se centra en cuatro focos o áreas problemáticas (Giner et al., 2015):

- Duelo: reacción anormal con gran intensidad o duración (más de un año) tras la muerte de una persona significativa.
- Disputas interpersonales: paciente y referente tienen distintas expectativas en su relación interpersonal.
- Transiciones de rol: el paciente es incapaz de afrontar cambios de rol biográfico, que siente como amenazas para su autoestima, su identidad o ambas.
- Déficits interpersonales: prolongada historia de relaciones interpersonales inadecuadas o insostenibles.

Aplicación de la Terapia Interpersonal en adultos mayores

La Terapia Interpersonal (TIP) ha demostrado ser un tipo de intervención eficaz para el tratamiento de la depresión en adultos mayores (Iselin & Hinrichsen, 2008), debido a que los problemas típicos de las personas mayores encajan con alguno de los cuatro focos que trabaja la TIP:

- Duelo: la pérdida del cónyuge o de la pareja es un hecho común entre las personas mayores de 65 años. También es habitual el fallecimiento de uno de los progenitores del paciente, o la muerte de un hermano o hermana. Menos común, aunque posible, es la muerte de un descendiente (Iselin & Hinrichsen, 2008).

- Disputas interpersonales: son comunes las dificultades matrimoniales de larga duración que se agravan con el tiempo, así como relaciones relativamente armoniosas que han empeorado tras la jubilación. También son comunes los conflictos con los hijos adultos por diferencias respecto a la frecuencia de las visitas de los nietos, asuntos económicos, implicación en el cuidado de uno de los miembros de la pareja mayor, u otros conflictos de larga duración (Iselin & Hinrichsen, 2008). Las personas mayores pueden entrar en relación conflictiva con nietos o nietas que atraviesan dificultades en la vida (consumo de tóxicos, enfermedad mental, problemas con la ley), y con los padres de estos niños, que son sus hijos, debido a diferentes modos de abordar dichos problemas (Hinrichsen y Clougherty, 2006). También pueden aparecer conflictos con hermanos, hermanas, amigos y amigas.

- Transiciones de rol: constituyen el área problemática más común entre las personas mayores tratadas con TIP (Hinrichsen y Clougherty, 2006; Reynolds et al., 1999). La transición de rol más habitual es la adquisición de la responsabilidad en el cuidado del cónyuge con problemas de salud física o demencia, teniendo que adoptar el rol de persona cuidadora. Otra transición de rol habitual es la propia transición al rol de paciente, debido al inicio o al agravamiento de problemas de salud, y a la consecuente pérdida de capacidades y de funcionalidad.

También son comunes transiciones de rol debidas a cambios de residencia obligados debidos a pérdida de salud y de funcionalidad (ir a vivir a casa de una hija o a una residencia geriátrica), o las debidas a la jubilación y pérdida de rol laboral y productivo, al cuidado de los nietos y a la pérdida del rol parental y de cabeza de familia (Iselin & Hinrichsen, 2008).

- Déficits interpersonales: aunque en TIP se recomienda enfocar el trabajo en otra área problemática detectada antes que en el área de déficits interpersonales (Diéguez et al., 2012), siendo además esta área problemática menos frecuente y más difícil de detectar en adultos mayores, debido a que las personas mayores con déficits interpersonales no suelen pedir ayuda, hay que tenerla en cuenta.

Es posible encontrarse con una persona mayor que ha tenido escasas relaciones interpersonales a lo largo de su vida, centrándose, por ejemplo, en su trabajo o en el cuidado de su madre. También podemos encontrar personas mayores que han tenido una adecuada red social, pero que las circunstancias actuales han deteriorado esa red, debido al fallecimiento de su pareja, al fallecimiento, pérdida de salud o mudanza de amistades, etc., viéndose con dificultades para iniciar nuevas relaciones sociales (Iselin & Hinrichsen, 2008).

Fases en Terapia Interpersonal

1. Fase inicial: abarca las sesiones 1 a 3, en las que se entrevista al paciente y en la que se realizan cuatro tareas:

1. Revisar con el paciente sus síntomas, dar un nombre al síndrome y proveer psicoeducación (Giner et al., 2015). Habitualmente, durante la primera sesión, me apoyo en un guion de

entrevista para la exploración de la historia clínica y la sintomatología del paciente. Tras esta primera entrevista, se entrega al paciente la versión española del cuestionario CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (Feixas et al., 2012), un instrumento creado para la valoración del cambio terapéutico y, por tanto, de la efectividad de la psicoterapia, que evalúa el estado de la persona en cuatro dimensiones: Bienestar subjetivo, Síntomas, Funcionamiento general y Riesgo (Feixas et al., 2012).

2. Revisar con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y relacionarlas con sus síntomas (Giner et al., 2015)

Para ello, durante las primeras sesiones, se aplica un inventario interpersonal tomado del Manual de Terapia Interpersonal (Diéguez et al., 2018).

3. Determinar sobre qué áreas problema o focos se va a trabajar y fijar los objetivos del tratamiento (Giner et al., 2015)
4. Explicar al paciente los conceptos básicos de la TIP y hacer el contrato terapéutico (Giner et al., 2015).

2. Fase intermedia: en la que se trabaja en una, o como máximo en dos, de las áreas problemáticas escogidas de acuerdo con el paciente, del siguiente modo (Diéguez et al., 2012):

Duelo

Objetivos: facilitar el proceso de duelo y su conclusión y capacitar al paciente para reestablecer el interés y las relaciones para sustituir lo perdido (Diéguez et al., 2012).

Estrategias:

1. Facilitar los sentimientos y explorar sin emitir juicios. Ayudar al paciente a pensar en la pérdida, a explorar los hechos anteriores, durante y después de la muerte, y a explorar los sentimientos asociados (Diéguez et al., 2012).

2. Tranquilizar. Ayudar a atravesar por el dolor de la pérdida, validando y normalizando emociones, transmitiendo esperanza y explicando que ponerse en contacto con sentimientos puede causar dolor (Diéguez et al., 2012).

Preguntar por pensamientos distorsionados y temores habitualmente asociados al duelo: miedo a la muerte, vergüenza por no haber evitado el hecho, rabia hacia el fallecido, culpa o vergüenza sobre fantasías destructivas, culpa del superviviente, miedo de fusión con la víctima, tristeza por reactualización de otras pérdidas (Diéguez et al., 2012, Horowitz, 1976)

3. Reconstruir la relación. Los pacientes suelen obviar los aspectos más conflictivos de la relación con el fallecido, centrándose solo en los positivos. Para que el duelo progrese, el terapeuta ayudará al paciente a abordar los aspectos conflictivos y las emociones difíciles tras haber revisado los mejores sentimientos y tranquilizar a propósito de los primeros (Diéguez et al., 2012).

4. Esclarecimiento. Ayudar al paciente a adoptar una visión realista del fallecido y de su relación con él, para que el paciente rompa el vínculo paralizante y se pueda despedir (Diéguez et al., 2012).

5. Cambio conductual. Sugerir al paciente formas de encontrar actividades que le permitan contactar con otras personas y establecer nuevos vínculos (Diéguez et al., 2012).

Disputas interpersonales

Objetivos: identificar el conflicto, y escoger un plan de acción hacia la resolución de las disputas, reevaluando las expectativas y modificando pautas desadaptativas de comunicación (Diéguez et al., 2012)

Estrategias:

1. Determinar en qué estadio se encuentra la disputa (Diéguez et al., 2012):

- Renegociación (paciente y referente están al tanto de sus diferencias e intentando insatisfactoriamente producir cambios).
- Impasse (la discusión activa ha cesado y se ha instalado el resentimiento y la desesperanza)
- Disolución (la relación está irremediablemente deteriorada)

En impasse, el terapeuta ayudará al paciente a reabrir la negociación. En renegociación ayudará a calmar y a resolver el conflicto. En disolución, ayudará al paciente a poner la relación en perspectiva, renunciar al vínculo y estar disponible para nuevas relaciones (Diéguez et al., 2012).

2. Explorar los aspectos prácticos de la relación. Se persigue conocer los motivos de la disputa, las expectativas y valores de cada uno, qué desea el paciente de la relación, qué opciones tiene de lograrlo y de qué recursos dispone (Diéguez et al., 2012).

3. Buscar paralelismos en otras relaciones. El terapeuta busca paralelismos en relaciones previas o actuales, para comprender el significado del conflicto, su importancia para el paciente y su grado de participación en el mismo (Diéguez et al., 2012).

4. Examinar los problemas de comunicación y las estrategias interpersonales. Profundizando en la relación para descubrir pautas de comunicación y formas de resolución de conflictos disfuncionales (Diéguez et al., 2012)..

5. Reconocer los sentimientos presentes y desarrollar estrategias para manejarse con ellos, explorando las emociones implicadas en cada interacción y que desencadenan las conductas y actitudes del paciente, ayudándole a conectar con ellas y a reconocer la complejidad y la ambivalencia de sus sentimientos (Diéguez et al., 2012).

6. Examinar las consecuencias de diferentes alternativas. Una disputa puede renegociarse con éxito si el paciente puede reconocerla, descubriendo sus necesidades y pudiendo expresarlas, dando sentido a

sus emociones. Además, debe ser capaz, junto a la otra persona implicada, de elaborar una solución donde quepan las necesidades mutuas (Diéguez et al., 2012).

Transiciones de rol

Objetivos: facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol, propiciar una visión más positiva del nuevo, y restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles (Diéguez et al., 2012)

Estrategias:

- Facilitar la renuncia al antiguo rol, ayudando al paciente a poner el rol perdido en perspectiva y revisando los cambios que implica, haciendo balance entre los aspectos positivos y negativos (Diéguez et al., 2012).
- Animar la expresión de afectos. Provocando la conexión con las emociones que conlleva el cambio y su expresión (Diéguez et al., 2012).
- Adquirir las habilidades sociales requeridas en el nuevo rol. Ayudando al paciente a valorar las exigencias del nuevo rol y a descubrir qué creencias y emociones pudieran estar dificultando el uso de sus capacidades (Diéguez et al., 2012).
- Desarrollar nuevos vínculos y grupos de apoyo. Revisando con el paciente las oportunidades que tiene de conectar con el entorno (Diéguez et al., 2012).

Déficits interpersonales

Objetivos: reducir el aislamiento social del paciente y animar la formación de nuevas relaciones (Diéguez et al., 2012).

Estrategias:

- Revisar relaciones significativas del pasado en sus aspectos positivos y negativos (Diéguez et al., 2012).
- Explorar problemas repetitivos o paralelismos en relaciones pasadas (Diéguez et al., 2012).

3. Fase de terminación

Las últimas entrevistas deben contener (Diéguez et al., 2012):

- Discusión explícita del final del tratamiento.
- Revisión del trabajo y los logros y reconocer el final como un momento de posible duelo.

Técnicas en Terapia Interpersonal

1. Captar el discurso del paciente. Una postura de apertura, un gesto, un asentimiento, una mirada atenta, un silencio, la atención a la comunicación verbal y no verbal del paciente, son elementos esenciales de la escucha activa (Diéguez et al., 2012). También son habilidades básicas la suspensión del juicio, así como la autoobservación, la comprensión y el reflejo al paciente de las reacciones que experimenta ante ciertas actitudes del mismo (Diéguez et al., 2012).
2. Facilitar la actividad narrativa: conseguir que el paciente pueda mantener su narrativa en torno al foco escogido a través de la paráfrasis (repetir el contenido del discurso) y el reflejo de sentimientos (devolver el contenido emocional implícito) (Diéguez et al., 2012).
3. Promover cambios narrativos. Informar, dar sugerencias, interpretar, utilizar metáforas o la confrontación, pueden conseguir que el paciente se plantee otras formas de entender los acontecimientos. Otras técnicas que promueven el cambio son la resolución de problemas o el role playing (Diéguez et al., 2012).
4. Captar el contenido de la comunicación terapéutica. Implica darse cuenta de lo que está sucediendo en la relación terapéutica. Requiere entender lo que el paciente pone en juego y proviene de su forma de relacionarse y que también tiene relación con el conflicto que se está trabajando (Diéguez et al., 2012).
5. Acompasamiento: es la capacidad del terapeuta de alinearse con el paciente y penetrar en su mundo de sentimientos y significados personales. El objetivo es que el paciente conecte con su experiencia interna y evoque las situaciones interpersonales. La exploración de los episodios relacionales, las interacciones, los diálogos y los estados emocionales del paciente asociados a esos episodios son esenciales para lograr el acompasamiento (Diéguez et al., 2012).
6. Guía y cambio. El terapeuta conduce al paciente hacia otra manera de ver el problema, hacia una nueva perspectiva del conflicto que incluya una solución más confortable (Diéguez et al., 2012).
7. Clarificación y balanceo. Persiguen que el paciente introduzca elementos nuevos en su relato complejizando su descripción, pidiéndole que tenga en cuenta pensamientos, emociones o conductas que no se permite ver (Diéguez et al., 2012).
8. Análisis comunicacional. Se pide al paciente que relate un incidente interpersonal reciente mientras que se exploran las motivaciones, expectativas y sentimientos que genera el episodio. También se pregunta por la respuesta del otro implicado, cómo la interpreta el paciente y cómo se comporta después (Diéguez et al., 2012).
9. Trabajar con las emociones.
 - Facilitando el reconocimiento y la aceptación de afectos dolorosos provocados por acontecimientos que no se pueden cambiar. Se consigue reconstruyendo la escena y preguntando por los sentimientos

implicados, nombrarlos, mostrarlos como consecuencia lógica de lo expresado, legitimarlos y permitirlos sin juzgar al paciente (Diéguez et al., 2012).

- Ayudando a utilizar los afectos para conseguir cambios en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, ayudar a una persona a expresar enfado con su pareja, en vez de mostrarse triste y opositorista (Diéguez et al., 2012).

- Animando a generar afectos suprimidos deseables para un adecuado funcionamiento interpersonal. Por ejemplo, ayudar a una persona a expresar gratitud o amor (Diéguez et al., 2012).

10. Resolución de problemas: consta de cuatro componentes (Diéguez et al., 2012):

- Evaluación del problema.
- Facilitar una lluvia de ideas de posibles soluciones al problema.
- Ayudar al paciente a elegir un plan de acción para cada solución.
- Monitorizar resultados del plan, evaluar lo sucedido y redefinir la solución.

RESULTADOS

A continuación, se evalúa la efectividad del programa de Terapia Interpersonal aplicado al Servicio de Apoyo Psicológico para Personas Mayores de la Mancomunidad THAM.

La investigación es de carácter cuantitativo, con diseño de grupo único y evaluaciones al inicio y al término de la terapia.

En el estudio participaron 42 pacientes, cuyos procesos terapéuticos fueron conducidos por un psicólogo.

Tabla 1 - Datos de la muestra

| | |
|--------------------------|--|
| Personas atendidas | 42 |
| Genero | Femenino: 34 Masculino: 8 |
| Edad media | 74,2 |
| Número de sesiones media | 12,07 |
| Foco | Transición de rol: 22 Duelo: 10 Disputas interpersonales: 9 Déficits interpersonales: 1 |

El instrumento utilizado fue la versión española del Cuestionario CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) (Feixas et, al., 2012), que permite evaluar el nivel de cambio producido durante el proceso terapéutico.

El objetivo del estudio era conocer el grado de mejora en el estado emocional de las personas mayores que han pasado por el Servicio de Apoyo Psicológico que se sustenta en la Terapia Interpersonal.

La hipótesis es que la Terapia Interpersonal resulta efectiva en el tratamiento del sufrimiento emocional en dicho colectivo.

Una vez recolectados los datos, se inició al análisis de los mismos, organizándose la prueba de hipótesis de la manera siguiente:

- Hipótesis nula: La Terapia Interpersonal no reduce el malestar emocional de las personas mayores.
- Hipótesis alternativa: La Terapia Interpersonal reduce el malestar emocional de las personas mayores.
-

Para poner a prueba la hipótesis estadística, se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas (comparación de medias de resultado en el cuestionario CORE-OM pretratamiento-postratamiento), con un nivel de significación inferior a 0.05.

Tabla 2 - Medias grupales y contraste entre la primera y última aplicación del CORE-OM

| Cuestionario CORE-OM | Primera aplicación | | Segunda aplicación | | Diferencia entre ambas aplicaciones | t |
|-------------------------|-----------------------|------|--------------------|------|---|---------|
| | M | DT | M | DT | | |
| Puntuación Total | 13.38 | 4.98 | 10.11 | 4.66 | 3,27 | -2,326* |

* p > 0.05

El valor de significación (p) es superior a 0 .05, concretamente p = 0.98.

Por ello, no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula ("La Terapia Interpersonal no reduce el malestar emocional de las personas mayores.").

CONCLUSIONES

Aunque la Terapia Interpersonal es ampliamente aplicada en población mayor para el tratamiento de problemas psicológicos, especialmente en trastornos depresivos, el presente trabajo no encuentra el nivel de efectividad deseado.

Si bien es cierto que las puntuaciones medias en el CORE-OM descienden más de 3 puntos en la segunda aplicación (sesión final) respecto a la primera aplicación (sesión inicial), el CORE-OM utiliza un índice de cambio fiable de 0,5 (puntaje clínico de 5). Por lo tanto, para estar seguro de que una persona ha realizado un cambio fiable, se esperan descensos de 5 puntos en la puntuación clínica (Feixas et al., 2012).

En el presente estudio, de los 42 participantes, 11 presentan un cambio fiable (descenso de, al menos, 5 puntos en su puntuación clínica en el CORE-OM tras el tratamiento) lo que resulta insuficiente para concluir que la aplicación de la Terapia Interpersonal en el Servicio de Apoyo Psicológico a Personas Mayores esté resultando efectiva para la mayoría de las personas atendidas, ya que el descenso medio global en el grado de malestar es de 3,27 puntos (< 5 puntos).

Como psicólogo, provengo del ámbito de la neuropsicología y tengo una amplia experiencia en evaluación, rehabilitación neuropsicológica, y apoyo psicológico tanto a pacientes (con daño cerebral o enfermedades neurodegenerativas) como a familiares.

Sin embargo, mi trabajo actual exige una mayor formación, práctica clínica y supervisión en psicoterapia. Sé que el factor terapeuta es un factor importante en los resultados de la terapia, por lo que sigo formándome, trabajando a nivel personal, y realizando supervisión de mi trabajo con un psicoterapeuta experto, con el fin de mejorar la calidad de mi atención, mis resultados y el bienestar de mis pacientes.

Siento que, en estos meses de trabajo en el servicio de Apoyo Psicológico a Personas Mayores estoy aprendiendo algunas cosas importantes:

- Mi sensación personal, como psicoterapeuta que aplica el programa, es que la Terapia Interpersonal es una forma de psicoterapia breve que focaliza y se ajusta adecuadamente al límite temporal impuesto en el Servicio (12 sesiones) y que es capaz de focalizar en la mayoría de los problemas que traen a la consulta las personas mayores que acuden al servicio.
- En algunos pacientes, los problemas físicos o cognitivos pueden generar dependencia y dificultar la asistencia, haciendo necesaria la colaboración de familiares y hablar de posibles recursos sociales.
- Algunas personas mayores pueden necesitar que el terapeuta acepte centrarse en acontecimientos del pasado, no tanto en el aquí y en el ahora.
- La Terapia Interpersonal me parece difícil de aplicar en circunstancias concretas:

- o Pacientes muy longevos con pérdidas de salud física muy importantes y que limitan mucho su funcionalidad (degeneración macular y ceguera, cáncer terminal). Para estos pacientes me parece adecuado combinar la Terapia Interpersonal (poniendo el foco en la transición de rol), con la revisión de vida y un enfoque centrado en el sentido.
 - o Pacientes muy longevos con deterioro cognitivo, con los que parece mejor trabajar desde un enfoque de revisión de vida y centrado en el sentido, apoyándonos en la información que pueda aportarnos algún/a hijo/a.
- En general, se debe tener en cuenta al atender a personas mayores, que es un objetivo prioritario reforzar la autoestima, teniendo en cuenta que en este colectivo el Yo está atacado desde muchos frentes (enfermedades, pérdidas, cercanía de la muerte, sentimiento de vacío, inutilidad, arrinconamiento por parte de los hijos y de la propia sociedad, sensación de que estorban, etc.). Por tanto, en este colectivo especialmente, hay que reforzar la capacidad de decisión del paciente.
- Por último, hay que tener en cuenta que para las personas mayores puede ser difícil renunciar a vínculos duraderos y construir un nuevo sentido de futuro. Por ejemplo, una señora de 78 años que ha sido maltratada por su marido, y que ahora convive y cuida de él, junto con su hija y su hijo, y que, por factores familiares, económicos, socioculturales, etc., no le es posible plantearse separarse de su marido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, A.C. (2022). Intervención psicológica en la vejez. NeuroClass. <https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2022/07/Manual-Intervencion-psicologica-en-la-vejez.pdf>
- Antequera, R., y Franco, M.D. (2008). La psicoterapia en los mayores: Más allá de los prejuicios. *Informaciones psiquiátricas* 192 (2), 111-119.
- APA Working Group on the Older Adult. (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 413–427.
- Diéguez, M., González, F., y Fernández, A. (2012). *Terapia Interpersonal*. Editorial Síntesis.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia, E., y López, M.A. (2012). La version Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia* 12 (89), 109-135.
- Fernández, M.J. (2020). Psicopatología en el adulto mayor: no todo es demencia. *Studia Zamorensia*, 19, 67-81.
- Gayoso, M.J. (2004). Epidemiología y Clínica, En P. Gil y M. Martin (coords.). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad* (pp. 13-17). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Giner, N., Iriondo, O., López, T., Martín, E., Russo, C., y Vargas, A.C. (2015). Terapia Interpersonal, en M. Oviedo (Coord.) *Fichas de Psicoterapias Manualizables* (pp. 28-31). Cuadernos de Salud Mental del 12. Nº 10.
- Hinrichsen, G.A. (2008). Interpersonal Psychotherapy as a Treatment for Depression in Later Life. *Professional Psychology: Research and Practice*, (39) 3, 306–312 <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.306>
- Hinrichsen, G.A., & Clougherty, K.F. (2006). Interpersonal psychotherapy for depressed older adults. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/11429-000>
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes* (5th ed.). Jason Aaronson.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2025). Las personas mayores superan los 9 millones. Consultado el 8 de junio de 2025. <https://imserso.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic>

Iselin, M.G. & Hinrichsen, G.A. (2008). La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 33 (2), 67–85. <https://doi.org/10.7202/019669ar>.

Knight, B. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.). Thousand Oaks. Sage.

Ramos, M.I., y Espín, M. (2017). Psicoterapia de la depresión. En P. Gil, y C. Álamo (Coords.). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión en las personas mayores* (pp. 56-69). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Reynolds, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., et al., 1999, Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years, *Journal of the American Medical Association*, 281, 39-45.

Torales J., y Brítez, J. (2017). Fundamentos de Psicoterapia. *Medicina Clínica y Social*. 1 (2), 157-183.