

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Revista electrónica de
Psicología Iztacala



*Revista Electrónica de Psicología
Iztacala
Vol. 7 No. 2
Marzo de 2004*

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDAD: UN CASO CLÍNICO

Ma. de Lourdes Rodríguez Campuzano, Mayra Isidro Rojo y Reyna Martínez Jiménez
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

En este artículo se presenta un caso clínico. El usuario era un adulto mayor cuya queja principal se relacionaba con dificultad para caminar, por lo cual se abordó el problema a través del Modelo Psicológico de la Salud Biológica y se empleó el Análisis Contingencial como la metodología pertinente para su análisis y alteración. Este trabajo ilustra la aplicación de esta metodología para la modificación de un comportamiento valorado como problema.

Palabras clave: Modelo Psicológico de la Salud Biológica, Análisis Contingencial, conductas asociadas a enfermedad, senectud, funciones del terapeuta

ABSTRACT

A case story is presented on this paper. The main complaint was related to difficulties to walk in an elder man. Psychological Model of Biological Health was used as the theoretical framework to approach this case and Contingential Analysis was the methodology to analyse and modify the problem. This work illustrates the application of this methodology.

Key words: Psychological Model of Biological Health, Contingential Analysis, disease's related behaviours, elderly, therapist's functions

¹ Profesor Asociado del Área de Psicología Clínica. Correo: carmayu5@yahoo.com

* Alumnos egresados de la carrera de psicología FES Iztacala.

En este artículo se presenta un caso clínico analizado y resuelto a través de la

metodología del Análisis Contingencial. Este trabajo ilustra la aplicación de esta metodología para la modificación de un comportamiento valorado como problema. Se ha descrito anteriormente al Análisis contingencial como una metodología que se deriva del modelo interconductual y que permite definir un comportamiento de interés, considerando las relaciones que se establecen entre un individuo, las personas significativas a éste, objetos y acontecimientos del ambiente; igualmente permite analizar el contexto valorativo de tales relaciones y su génesis (Ribes, DíazGonzález, Rodríguez y Landa, 1986; Rodríguez, 2002). La metodología, cuando se emplea en el contexto clínico, contempla un paso en el que se estudian las posibles soluciones a las relaciones valoradas como problema, para que el usuario determine la dirección del cambio y establezca los objetivos del mismo. Como resultado de una evaluación funcional y del análisis de las posibles soluciones, se planean las estrategias de intervención, sobre bases individualizadas, así como la evaluación de resultados.

Partiendo de lo anterior, en este trabajo se presenta un caso que, en la literatura psicológica, se vincula con los denominados trastornos de la senectud.

Señala Groues (1997) que los trastornos de la senectud están causados tanto por factores ambientales como orgánicos. Éstos no pueden considerarse de manera aislada, sino que están mutuamente interrelacionados. Los factores que amenazan la integridad y autoconsistencia de la gente mayor, deben ser identificados antes de poder decidir la forma específica de tratamiento. Es importante enfatizar la autoestima del paciente, el sentido de respeto, reconocimiento hacia sus potencialidades. Es necesario fomentar la actitud de que el resto de la vida vale la pena vivirse bien y de que existen las potencialidades que pueden movilizarse para lograrlo.

En los individuos de edad avanzada se pueden observar, pérdidas de interés por las cosas que los rodean y en el plano relacional, debido a su dificultad de adaptación, pueden enfrentar problemas de convivencia, sin embargo uno de los

mayores problemas aún por encima del económico y de salud física es, la inactividad y la soledad (Miranda, 1997).

Laforest (1991) menciona que la disminución o pérdida de la autonomía personal es una de las más frecuentes manifestaciones de la alteración de la identidad personal de las personas de edad. Esto es resultado, las más de las veces, de la disminución de las capacidades funcionales del organismo, en relación con órganos específicos como el oído y la vista, o en relación con el conjunto del organismo como el andar o la digestión. Señala que cuando la persona pierde su autonomía o cree perderla, deja de considerarse capaz de tomar decisiones, creyendo que ya no puede ejercer influencia alguna en los acontecimientos de su vida; lo que provoca disminución de iniciativa, actitud apática que va en aumento y en ciertos casos, se observa una pérdida del deseo de vivir.

El hacerse viejo y el “morir” es un proceso en el cual todos nos tenemos que poner a pensar en algún momento de nuestras vidas y frente al que tenemos que irnos adaptando de la mejor manera posible. Rage (1997) indica que lo más importante es aprender a envejecer con dignidad, ser conscientes que esto no es más que otra etapa en nuestras vidas y ante ello, cambiar nuestros roles por algunos que vayan más de acuerdo a nuestra condición.

Existen diversas terapias y programas para el tratamiento de las personas de edad avanzada. En cuanto a los programas, están primero los médicos, referidos a las necesidades de salud, en relación con las patologías que hay que tratar o prevenir. Hay también programas cuyo objetivo principal son las capacidades funcionales del organismo que se deben restaurar o desarrollar: condicionamiento físico, fisioterapia, ergoterapia o programas más generales de estimulación.

En cuanto a terapias se plantean de diversos tipos dependiendo del caso; Groues (1997) menciona las siguientes:

- Terapia de grupo

- Terapia individual
- Orientación a la realidad
- Terapia de resocialización
- Psicodrama
- Técnicas de modificación de conducta
- Remotivación
- Terapia de actitudes
- PREVLAB (prevención de soledad, ansiedad y aburrimiento).

Groues (1997) considera que el empleo de algunas de ellas puede retardar el desarrollo de la senilidad y promover una vida más placentera tanto para el paciente como para los que viven con él. Todas estas técnicas tienen como objetivo enfrentar al individuo de edad avanzada con la realidad del mundo que lo rodea, mejorar su conducta, ayudarlo a socializar mejor con la gente que tiene contacto y favorecer el que se dedique a más actividades. (Groues, 1997).

Rage (1997) afirma que existen dos tareas que el terapeuta que trabaja con los mayores debe enfrentar:

- Hablarles con la verdad de lo que tantas veces se prefiere no hablar, tal es el caso de temas de índole sexual y la muerte.
- Afirmarles su derecho al egoísmo, es decir, el pensar en sí mismos, deseos y aspiraciones.

En este tipo de terapias, se dan a menudo las repeticiones y los silencios, por lo que es necesaria la frecuente y activa intervención del terapeuta. A veces para entender mejor al paciente así como para que éste se entienda mejor, es bueno hacer una “revisión de su vida”. Este proceso de recordar es frecuentemente acompañado por la reaparición de conflictos y es aquí donde el terapeuta reconocerá el efecto de problemas de desarrollo anterior que han durado a través del proceso de envejecer. Para solucionar esto el terapeuta puede apoyarse en agencias o en familiares, también debe reforzar las capacidades o habilidades

existentes en el paciente y ayudarle a crear nuevas relaciones dentro de sus limitaciones (Rage, 1997).

Tomando esto en consideración, se deben buscar aquellos procedimientos que ayuden a lograr la autosuficiencia del paciente geriátrico en todas sus esferas. Para ello es importante considerar el problema como multidisciplinario, en donde disciplinas como la medicina con sus diversas especialidades, se ocupen de los aspectos orgánicos pertinentes y la psicología se ocupe del comportamiento, es decir, de las relaciones que establece el anciano con las personas, circunstancias, objetos y acontecimientos de su ambiente

En lo referente a lo psicológico, Miranda (1997) ha propuesto el empleo de terapia ocupacional, así como diversas técnicas, entre las que se incluyen las recreativas, educacionales, funcionales, de sostén y autoayuda; para readaptar al anciano a su ámbito social y combatir la dependencia. Dichas técnicas incluyen una serie de actividades que implican el aprovechamiento del tiempo libre, la mejoría de la independencia para las actividades de la vida diaria y la promoción de una mayor movilidad. En la mayoría de los ancianos se incrementa el tiempo de ocio y no saben qué hacer con él, por lo que es necesario orientarlos al respecto. (Miranda 1997).

Para lograr tales objetivos Miranda (*op. cit.*) comenta que es indispensable conocer las capacidades, gustos y habilidades del paciente. En su opinión el programa de terapia ocupacional debe cubrir los siguientes puntos:

1. Adaptarse al estado físico y mental del paciente.
2. Seguir un orden de entrenamiento creciente.
3. Seguir determinado ritmo, horario y periodicidad.
4. Programar actividades satisfactorias para el que las recibe.
5. Formar parte de un tratamiento integral, no verse como terapia aislada.

Recomienda utilizar las siguientes técnicas:

Técnicas recreativas.

Actividades múltiples como: talleres manuales de artículos que pueden ser vendidos, actividades socioculturales, vacacionales, paseos, organización de torneos etcétera.

Técnicas funcionales.

Ejercicios terapéuticos y reactivación física para corregir la función deteriorada.

Técnicas de sostén.

Son aplicadas por el médico, el psicólogo y el terapeuta para mejorar el curso de su enfermedad, haciendo conciente al paciente de sus aptitudes y capacidades residuales y no de sus discapacidades.

Técnicas educacionales.

Tienen como objetivo capacitar al anciano sobre su envejecimiento normal, o las características de su enfermedad con el propósito de fomentar el autocuidado y la planificación adecuada de las medidas higiénicas y dietéticas.

Técnicas de autoayuda.

Trata de proporcionar armas adecuadas para que el anciano sea autosuficiente tanto en sus actividades de la vida diaria, como en la socialización.

En lo referente a la intervención, las técnicas o instrumentos son:

- Ejercicios psicomotrices
- Técnicas de relajación (Jacobson, autógena)
- Entrenamiento en auto eficacia y autodominio
- Reestructuración cognitiva
- Ejercicios de memoria

Dos puntos muy importantes en estas personas como pacientes son:

1. Su deseo de seguir instrucciones y
2. Su capacidad para retardar la gratificación.

En la terapia es necesario un papel activo del terapeuta, ya que por su salud a veces pobre y por su tendencia a la dependencia, los pacientes pueden tender a hacer excesivas demandas sobre el terapeuta. En los ancianos existe una especial urgencia por compartir problemas, referentes a la disminución de habilidades, pérdida y muerte; por lo que se le debe brindar apoyo al respecto. Es básico poder transmitirle que es una persona valiosa y que tiene derecho al final de su vida a ser amado (Groues, 1997).

Desde la perspectiva del análisis contingencial se considera que cada problema debe evaluarse en lo individual y que, con base en una evaluación integral debe diseñarse o seleccionarse el o los procedimientos a aplicar.

A continuación se describe un caso clínico y su evaluación mediante Análisis Contingencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En una primera entrevista se habló con la Sra. P. Ella comentó que llevaba a su papá a consulta porque no podía caminar. Mencionó que todo empezó con una gripe muy fuerte, él nunca se enfermaba y esta vez estuvo 2 meses en cama con tos, este tiempo estuvo en reposo y no lo dejaban solo por recomendación del médico, quien argumentó que podía caerse. Una vez que se curó de esto ya no podía levantarse, cuando lo hacía le temblaban las piernas y se mareaba, por lo que estuvo mucho tiempo sentado. Le empezó a costar trabajo bajar las escaleras y le daba miedo hacerlo porque no quería caerse. A partir de ello dejó de hacer actividades que realizaba antes como nadar, bailar, o cuidar a sus nietos. Su hija comentó que él se encargaba de hacer pagos y llevar a sus nietas a la escuela. También reportó que un año antes habían llevado a su papá a una revisión médica y en una tomografía, el médico encontró unas manchas en el pulmón, pero dijo que no era nada de cuidado; su papá creyó que tenía una enfermedad grave y que se la estaban ocultando. Finalmente comentó que, a veces, cuando su papá escucha música, o ve la televisión; se pone triste. La esposa, por su parte,

expresó que toman en cuenta todas las recomendaciones que les hacen para que el señor pueda caminar, lo han llevado a baños termales y han empezado a llevarlo a clases de yoga.

Al entrevistar al usuario, éste refirió como queja principal que no podía caminar bien desde que se enfermó de gripe, que ya no le hacía efecto la medicina y que el neurólogo le había dicho que estaba sano y que ese impedimento lo tenía en su cabeza.

El usuario mencionó que le daba miedo caminar, porque sentía que se iba a caer y además ahora le daba miedo salir a la calle. Pensaba que la gente lo miraba con lástima y eso lo ponía nervioso. Se quejó de no poder dormir en las noches y de pensar continuamente en que no iba a poder dormir. Refirió que se deprimía al escuchar música y que le daban ganas de llorar. Igualmente, que le entristecía no poder nadar, bailar, salir solo o bañarse sin ayuda; que eran actividades que realizaba antes de enfermarse.

Antes de que se enfermara podía salir a la calle solo, se encargaba de realizar algunas actividades como arreglar papeles, realizar pagos, llevar a sus nietas a la escuela y al parque.

Su problema inició a partir de un día que fue a visitar a una de sus hijas. Al bajar del transporte sintió que se le dobló el pie y le dio miedo cruzar la avenida, aún así lo hizo, llegó a casa y no comentó nada; más tarde comentó que no podía caminar y sintió un mareo al dar un paso largo.

Mencionó que hay cosas que le dan miedo, un día le dio miedo al pensar que el closet de su cuarto se le caía encima, en otra ocasión le dio miedo la oscuridad. Piensa que le va a pasar algo, dice que es un tonto al pensar de esta manera porque ya le han dicho que no tiene ninguna enfermedad.

El usuario atribuía sus problemas actuales y miedos a que había sido muy nervioso por el trabajo que tenía antes. Era jefe de recaudación de un módulo de la ruta cien y tenía una gran cantidad de dinero bajo su responsabilidad. Mencionó que le preocupaba depender de otros para moverse, no quiere que lo lleven a todos lados como a muchos de sus vecinos a los que trasladan en silla de ruedas y de los cuales, tiempo después, se entera que han muerto. Ahora piensa frecuentemente en la muerte y aceptó (después de varias entrevistas) que le teme. También mencionó que le da miedo causar lástima.

Actualmente camina con dificultad, asiste a clases de yoga 6 horas a la semana. Se pone muy nervioso cuando va a salir a la calle y cuando piensa en bajar del transporte, pues le da miedo caerse, también le da miedo no poder hacer lo que le piden como caminar bien (su esposa lo presionaba mucho para ello). Hay que comentar que el usuario es hipertenso, que ésta es la única enfermedad que padece y para la que toma medicamentos.

En cuanto a las actividades que realiza actualmente, refirió que ayuda a su esposa en las actividades de la casa, pero ella algunas veces no se lo permite, pocas veces salen a caminar, le gusta leer. No habla mucho con su esposa pues ella tiene cosas que hacer, él ve la televisión la mayor parte del tiempo o lee algún libro. La relación con sus hijos es buena, no tiene ningún problema con ellos, todos cuentan ya con una profesión, están todos al pendiente de su salud, siempre lo han hecho; sin embargo, refiere que, a veces, exageran sus cuidados, lo hacen sentir más inútil y no se atreve a decirles nada, solamente se molesta o se enoja.

4. Génesis del problema.

El problema empezó cuando el señor I. estuvo enfermo durante dos meses de gripe, durante ese tiempo guardó reposo absoluto; después de esto le cuesta trabajo caminar, lo hace lentamente y con dificultad. Teme caerse y cuando se pone nervioso siente sus piernas pesadas y duras, lo cual dificulta más que

camine con rapidez. Esto ha ocasionado que su familia esté al pendiente de todo lo que necesita y que busquen alternativas de solución

Análisis del caso.

En la perspectiva teórica interconductual se ha planteado, entre otras cosas, la necesidad de contar con modelos de interfase que permitan vincular el conocimiento teórico con su aplicación y que sirvan como guías de acción profesional en diversos contextos de desempeño (Ribes y López, 1985; Ribes, 1990b). Atendiendo a ello, Ribes (1990a) elaboró un modelo para el contexto de la salud que funge como guía para la identificación de la dimensión psicológica de la salud/enfermedad. Así, con base, tanto en la información obtenida como en dicho modelo, se pudo definir la queja principal como lo que en este modelo de salud se conoce como conductas asociadas a enfermedad. Estas conductas en algunos casos están vinculadas con una patología biológica. En otros casos se presentan padecimientos, molestias, o síntomas, que no resultan de una enfermedad, ni de algún tratamiento médico; aunque sí pueden llegar a generar una patología. En el caso de conductas asociadas a enfermedad vinculadas directamente con una condición patológica, Ribes (1990a) señala que pueden presentarse como efecto de la condición patológica, en cuyo caso revisten un grado de especificidad determinado por su correspondencia a enfermedades particulares y también las hay que se derivan de ciertos tratamientos médicos. Por último, hay conductas que se vinculan indirectamente con una condición patológica y esto se refiere a reacciones psicológicas a la enfermedad, como la apatía, las quejas, la desesperación o la irritabilidad. Así, dados los diagnósticos y estudios médicos realizados en el presente caso, particularmente el diagnóstico del neurólogo, se puede considerar que se trata de conductas asociadas a enfermedad sin relación con patología biológica. Partiendo de esto, el factor psicológico más significativo es el relativo a la capacidad instrumental, esto es, a las competencias funcionales que posee el sujeto para ajustarse a sus demandas cotidianas. Bajo tales premisas lo pertinente era analizar aquellas categorías que componen el sistema

microcontingencial (Situaciones, Personas, Conductas y Efectos).

En este caso lo que se valoraba como el problema fundamental era la incapacidad para caminar, cuyo origen se rastrea a una condición patológica, que se fue complicando por el propio comportamiento del sujeto, en gran medida por sus creencias. Lo que se esperaba de la ayuda psicológica era fundamentalmente la recuperación de la capacidad para caminar y con ello una mayor autosuficiencia.

I. Sistema Microcontingencial. (Es la red de relaciones que circunscribe y define el comportamiento valorado como problema):

I.1 *Situaciones*: En este rubro se exploran todos aquellos factores de contexto que poseen una función disposicional y que circunscriben el problema. Para este caso se identificaron:

Circunstancia Social: Familiar

Conductas Socialmente esperadas: Su familia espera que vuelva a ser alegre y tranquilo. Que vuelva a caminar con seguridad para que sea independiente y retome sus actividades anteriores. Igualmente esperan que exprese sus sentimientos.

Capacidad en el ejercicio de dichas conductas: tiene la capacidad para cumplir con lo que su familia y él mismo esperan. Esta capacidad se ve disminuida actualmente por ciertas disposiciones.

Inclinaciones y propensiones:

-Condición biológica: la edad funge como una condición biológica especial, en la que se es más vulnerable a las enfermedades, éstas son más intensas y su

recuperación es más lenta. La enfermedad que padeció y su convalecencia de meses.

- Estado de ánimo: El usuario tiene miedo a la muerte, a las enfermedades y a salir de su casa, a partir de la enfermedad que presentó y que lo incapacitó por dos meses

1.2. *Morfologías de conducta* (formas concretas de los comportamientos comprendidos en la problemática):

Del usuario:

a) Morfologías efectivas (aquellas que afectan el comportamiento de otros):

- Cuando se enoja se queda callado y se va, en vez de expresar lo que siente
- Camina con dificultad.
- Permanece en casa y ya no colabora con su esposa e hijos en actividades del hogar.
- Pone mucha atención a su propia ejecución, cuando camina.

b) Conducta sustitutiva (aquellas que se presenta desligada de las condiciones aquí y ahora de las condiciones ambientales concretas y que constituyen una dimensión de la interacción):

- Cree que tiene una enfermedad.
- Cree que va a morir.
- Piensa que su familia le oculta que esta muy grave.
- Cree que la gente le tiene lastima.

Morfologías de los otros significativos:

De su esposa:

- Lo presiona para que camine bien.
- Lo atiende.
- Lo ayuda a bañarse y vestirse
- Le pregunta por su estado de salud
- Lo acompaña a distintas consultas y clases de yoga

De sus hijos:

- Lo atienden
- Le preguntan por su estado de salud
- Lo llevan a consultas y terapias

I.3 *Personas*. (Se identifica la función que tiene el comportamiento de los otros significativos en la interacción, las funciones principales son las de mediador/mediado, en donde la primera se refiere al comportamiento que configura la interacción de estudio y la segunda a aquellos comportamientos regulados por el mediador):

Mediador: Se identificó que el propio usuario estructuraba la interacción de la manera en que se estaba dando, mediando dicha relación a través de sus creencias actuales, su miedo y la atención que prestaba a su propia ejecución al caminar.

Mediados: El comportamiento de su esposa y sus hijos en la relación familiar se estaba presentando estructurado en función del comportamiento del usuario.

Nivel de mediación. Se identificó que este nivel era indirecto dado que la conducta mediadora del propio usuario era una conducta sustitutiva, es decir, desligada de las condiciones concretas con las que interactuaba.; en otras palabras, regulaba las interacciones a través de sus creencias.

I.4 *Efectos*. (Relación de consecuencia que tiene la conducta de un individuo respecto de la conducta de otros):

Sobre otros:

- La familia estaba preocupada.
- Lo ayudaban y atendían de manera distinta a partir de su enfermedad.
- Dejaron de pedirle ayuda o cooperación en actividades del hogar
- Lo transportaban o acompañaban a sus distintas actividades fuera de casa

Sobre si mismo:

Entorpecía su movilidad.

Alteraba sus reacciones emocionales.

I.5 *Ejercicio no problemático de la conducta problema*. (se identifican situaciones en las que el comportamiento "problemático" no se valora como tal):

En este caso, por tratarse de un problema valorado con criterios de salud y no así con criterios sociales, morales, etc., el comportamiento del usuario se valoraba como problema en cualquier situación.

II. Sistema Macrocontingencial. (Correspondencias entre prácticas explícitamente valoradas y tácitamente valoradas entre el usuario y los otros, que conforman el contexto valorativo de la interacción):

El análisis macrocontingencial parte de que todo comportamiento es valorado socialmente y de que no existen criterios de valoración universal, sino que dicha valoración responde a criterios distintos de acuerdo al contexto y a las prácticas de grupos sociales determinados. Se reconoce que no existen problemas en sí

mismos, sino comportamientos específicos que un individuo o sus grupos de referencia valoran como tales. Con base en ello en el Análisis Contingencial se plantea la necesidad de estudiar desde una perspectiva psicológica el contexto valorativo de cada interacción. Se parte de que los valores son prácticas de los individuos (acciones y creencias) y que la dimensión moral del comportamiento consiste en la adecuación de las prácticas de un individuo a las prácticas de su o sus grupos de referencia; por ello, este análisis consiste en la identificación de correspondencias o no correspondencias entre dichas prácticas, es decir ¿qué tanto corresponde lo que hace o cree un individuo con lo que hacen o creen aquellos individuos que conforman su núcleo social? Para ello se identifica, por un lado, lo que se denomina microcontingencia ejemplar (aquella interacción en donde las prácticas valorativas se explicitan como el "deber ser" de las relaciones sociales) y por otro lado, la microcontingencia situacional (aquella interacción donde los criterios de valoración son tácitos). Para ambas microcontingencias se identifican los individuos significativos y sus prácticas valorativas, en términos de acciones y creencias y se contrastan en términos de qué tanto se corresponden con las del usuario en ambas microcontingencias (ejemplar y situacional), en términos de acciones y creencias, a la vez que se evalúa qué tanto corresponden, en el propio individuo, sus acciones y sus creencias (ver Ribes, 1993; Rodríguez, 1995).

Para el caso que nos ocupa, el criterio con el cual se valoraba la interacción, era de salud y no así un problema moral. Por ello y tratándose de un criterio de esta naturaleza, las creencias y acciones de los individuos significativos en la interacción, correspondían entre sí. De aquí que el problema no se definiera como macrocontingencial, sino como un problema propiamente microcontingencial, relacionado fundamentalmente con factores disposicionales históricos: la enfermedad padecida y la demora en la recuperación, que a su vez, generó disposiciones específicas como el miedo (a caerse, a volverse a enfermar, a depender de otros y a la muerte).

III. Génesis del problema. (Proceso de surgimiento de la condición problemática, exploración de recursos conductuales, identificación de estrategias de interacción):

III.1. *Historia de la microcontingencia:*

a) La queja surgió cuando el usuario, después de enfermar, empezó a sentir miedo a caerse

b) La situación en la que se originó el problema estuvo determinada por la nueva interacción que se generó en la familia, a partir de la incapacidad física del usuario

c) Funciones disposicionales de otros en el pasado:

1) La esposa ha jugado históricamente un papel disposicional al hacer más probables ciertos comportamientos de su marido, al motivarlo para que practique yoga, o para que camine.

d) Historia mediadora de la conducta problema: El usuario había mediado interacciones familiares y con su pareja, pero no a través de comportamientos “enfermos”

III.2 *Funcionalidad de las conductas comprendidas en otros contextos.*

La funcionalidad de las conductas asociadas a enfermedad se restringía al contexto familiar.

III.3 *Disponibilidad de otras conductas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente:*

1) Evaluación de microcontingencias no problemáticas:

Se identificó como un comportamiento del usuario potencialmente funcional para la solución de este problema, su seguimiento de instrucciones dadas por personas que él consideraba capaces.

III.4 *Estrategias de interacción.*

En este apartado se identifican los modos consistentes de enfrentar cierto tipo de situaciones y que podrían estar relacionados con el problema actual. Para este caso no se identificaron estilos interactivos involucrados en la problemática.

IV. Análisis de solución.

	CAMBIO MACRO	MANTENIMIENTO MACRO
MANTEN. MICRO		
CAMBIO EN CONDUCTA DE OTROS		
CAMBIO EN CONDUCTA PROPIA		X
OPCION POR NUEVAS MICROS		
OTRAS OPCIONES FUNCIONALES		

A partir del análisis realizado y dado que el comportamiento del usuario funge como mediador de la interacción problema, afectando no solamente el comportamiento de otros, sino fundamentalmente el propio; el criterio seleccionado para la solución del problema fue el de incidir en la alteración del comportamiento del usuario a nivel microcontingencial, considerando además que éste podía ser el punto de partida para la alteración de la interacción valorada como problema.

V. Intervención.

Objetivo General. Se planteó como meta principal que el usuario modificara su comportamiento mediador (valoración de sus capacidades, creencias y rol de espectador), además de comunicar sus sentimientos y deseos a su familia.

Con base en criterios funcionales (ver Ribes, DíazGonzález, Rodríguez y Landa, 1986; DíazGonzález, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez, 1989), se eligieron los siguientes procedimientos:

- a) Para alterar las morfologías efectivas identificadas en el usuario, así como la conducta sustitutiva referida a su propio comportamiento y sus situaciones de vida (creer que no puede caminar, poner atención a su ejecución, creer que tiene alguna enfermedad, creer que la gente le tiene lástima, el temor que manifestó hacia la muerte, etc.), se emplearon procedimientos para alterar disposiciones, especialmente para alterar conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo. Esto, dado que tales morfologías tenían efectos disposicionales en el propio usuario, en tanto alteraban sus estados de ánimo y entorpecían sus capacidades motoras. Es pertinente aclarar que las técnicas particulares que se emplearon con este propósito fueron no estandarizadas y tales fueron: información, discusión e instrucciones.

- b) Para alterar las morfologías efectivas del usuario (recluirse, no participar en actividades domésticas, etc.), se eligieron procedimientos para alterar conducta propia, particularmente efectos de la propia conducta mediadora. Nuevamente se emplearon información e instrucciones. Por otra parte, se utilizaron técnicas de entrenamiento asertivo con la intención de lograr que el usuario fuera capaz de comunicar sus ideas y sentimientos, así como llegar a acuerdos con su familia.

El Análisis contingencial contempla diversas funciones del terapeuta (instigar, auspiciar, informar, entrenar, instigar, participar, e instruir), como parte importante de la interacción terapéutica. En este caso, la conducta del usuario tenía efectos disposicionales importantes que estaban generando la problemática presentada,

Alterar sus miedos y creencias resultaba un aspecto medular para la solución del problema; por ello la función terapéutica más crítica fue la de auspiciador, aunque también se asumieron otras, tales como: informar, instruir y entrenar.

Formas de evaluación. Para evaluar el logro de los distintos objetivos se emplearon autoregistros, registros llevados a cabo por la esposa y las propias entrevistas al usuario, esposa e hija.

RESULTADOS.

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, como producto de la intervención se obtuvieron los siguientes resultados:

Al incidir fundamentalmente en conducta propia, se obtuvieron los cambios propuestos, es decir, el usuario modificó su comportamiento mediador (valoración de sus capacidades, creencias y rol de espectador), además de que logró comunicar sus sentimientos y deseos a su familia. La aplicación de procedimientos para lograr cambios disposicionales generó que el usuario dejara de sentir temor a no hacer las cosas bien, a lo que podrían pensar otras personas, e incluso a la muerte. Al eliminar el temor, se alteró la atención que prestaba a su propia ejecución y logró caminar con mayor agilidad y seguridad. Como consecuencia de esto, se incorporó gradualmente a las actividades que antes llevaba a cabo. Por último logró acuerdos importantes con su familia, especialmente para que dejaran de supervisarle a cada instante y le permitieran ser autosuficiente. Su familia dejó de preocuparse y volvió a tratarlo como lo hacía antes de su enfermedad. Reportaron sentirse más tranquilos.

CONCLUSIONES.

A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que el Análisis Contingencial permite abordar diversas problemáticas de las llamadas "clínicas". En este caso permitió entender que la propia conducta del usuario estaba mediando efectos disposicionales, así como estructurando una interacción familiar distinta. La circunstancia que originó el problema fue una enfermedad, que dadas las condiciones de edad del usuario, influyó para que se presentaran conductas asociadas a enfermedad.

El Análisis contingencial es la herramienta metodológica propuesta por el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990a). En este caso permitió identificar y alterar conductas asociadas a enfermedad en un usuario cuya problemática central se relacionaba con creencias y temores asociados a su edad. Es importante considerar que aquí las condiciones patológicas conformaron el origen del problema psicológico porque al momento de solicitar ayuda psicológica, el usuario gozaba de buena salud. En otros casos lo pertinente sería un abordaje multidisciplinario continuo y no solamente el diagnóstico médico inicial. Hay que tener presente que, dadas las características de nuestra cultura, así como las propias condiciones de la gente mayor; la intervención de la disciplina psicológica, como parte de una atención integral, se torna cada vez más relevante.

BIBLIOGRAFÍA:

- DíazGonzález, E., Landa, P., Rodríguez, M. L., Ribes, E. Y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 7, 3, 241-255
- Groues, M, L. (1997). La tercera edad: ¿mito, fantasía o realidad?. *Revista Psicología Iberoamericana*, 5 , 2, 4-12.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología*. Barcelona España: Herder.
- Miranda, V. L. (1997). Las fantasías de muerte en el anciano. *Revista Psicología Iberoamericana*, 5, 2, 33-38.
- Rage, A. E. (1997). La personalidad del anciano. *Psicología Iberoamericana*, 3, 2, 13-22.
- Ribes, E. (1990a). *Psicología y salud: un análisis conceptual* .Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (1990b). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1993). El análisis contingencial y la identificación y definición funcional de los problemas psicológicos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 85-89.
- Ribes, E. Y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: Una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Rodríguez, M.L. (1995). La dimensión moral de la conducta desde una óptica interconductual. *Acta Comportamentalia*, 3, 1, 55-69.
- Rodríguez, M.L. (2002). *El Análisis Contingencial*. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

[REGRESAR A ÍNDICE](#)