

01964

**A MIS PADRES**

M:350796



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>A. Depresión: Teoría y tratamiento</b>	<b>7</b>
La depresión: Trastorno del afecto	7
Epidemiología	7
Sintomatología	10
Clasificación	11
Medición	12
Inventario de Depresión de Beck (IDB)	12
Escala de Hamilton de Evaluación de la Depresión (HDRS)	13
Escala Geriátrica de la Depresión (GDS)	14
DSM-IV	14
Depresión en el anciano	15
Pérdidas y depresión	15
El duelo	15
Significado cultural del envejecimiento	16
Identificación y tratamiento erróneo de la depresión	17
<b>B. Modelo conductual de la depresión</b>	<b>18</b>
Estrés y estilos de afrontamiento	18
Modelo transaccional	18
Evaluación del afrontamiento	19
Técnicas Conductuales Utilizadas para el Tratamiento de la Depresión	22
Retroalimentación biológica	22
Procesos fisiológicos	23
Temperatura periférica	23
Enfermedades en las que se aplica	24
Entrenamiento en relajación	24
Estrés versus relajación	25
Métodos y técnicas de relajación	25
Locus de control	27
<b>C. Terapias cognitivas</b>	<b>29</b>
Eficacia de las terapias cognitivas	29
Modelos de la terapia cognitiva	29
Terapia racional emotiva. Modelo de A. Ellis	30
Modelo cognitivo de Beck	32
Orientación cognoscitiva en la terapia conductual	44

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

<b>II. INVESTIGACIÓN</b>	46
Problema	46
Hipótesis	46
<b>Método</b>	
Sujetos	46
Variables	47
Diseño	48
Instrumentos	49
Materiales	50
Escenario	50
Procedimiento	50
<b>RESULTADOS</b>	52
<b>CONCLUSIONES</b>	61
<b>REFERENCIAS</b>	64
<b>Anexos</b>	
1. Programa de intervención	71
A. Inventario de afrontamiento	71
B. Relajación progresiva de Jacobson	73
C. Reestructuración cognitiva	77
D. Taller de auto cuidado	80
2. Inventario de Depresión de Beck (IDB)	82
3. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	85

## RESUMEN

Comúnmente, la depresión mayor es vista en el anciano como un rasgo inherente a esta etapa de la vida. Sin embargo, la Psicología de la Salud tiene una propuesta terapéutica, en el marco de un modelo cognitivo conductual, para modelar en el paciente geriátrico conductas salutógenas y de autocontrol, así como para reestructurar cogniciones que contribuyen a que se deprima. El presente trabajo fue diseñado con el propósito de probar la eficacia de una terapia no medicamentosa dirigida a tratar este trastorno del afecto, que presenta diversos síntomas cognitivos y conductuales en este tipo de pacientes, a fin de ofrecer una alternativa eficaz y no costosa para mejorar significativamente su calidad de vida.

Participaron en el estudio 20 pacientes de ambos sexos, con edades entre los 56 y 72 años, con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor (según clasificación DSMIV, F3.xx). Se utilizó un diseño cuasiexperimental de un solo grupo con pre y postest. El programa de tratamiento constó de tres fases. Fase I: aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB), y la escala de Depresión Geriátrica (GDS); entrenamiento en relajación y monitoreo con registros de temperatura periférica. Fase II. Tratamiento con talleres de reestructuración cognitiva, estilos de afrontamiento y auto cuidado. Fase III: Mantenimiento y aplicación del IDB y de la GDS.

Los resultados mostraron una drástica disminución de los síntomas de la depresión mayor. Como los cognitivos (pesimismo, sentimientos de culpa, de impotencia, de castigo, de fracaso), (ansiedad, ideas irracionales), conductuales (llanto fácil, inactividad) (pasividad, evitación e inercia) y del afecto (pesimismo, falta de satisfacción, irritabilidad) (tristeza, llanto fácil y culpa). Con técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación, la solución de problemas y el manejo de las ideas irracionales, técnicas de auto monitoreo, entrenamiento en asertividad y ensayos conductuales.

Se concluyó que los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una clara disminución de los síntomas depresivos en todos los sujetos, a sí mismo varias ventajas del tratamiento cognitivo conductual como la relación costo-beneficio, éste tratamiento no es farmacológico y desde la perspectiva de un segundo nivel de prevención, al atender la depresión es posible prevenir otras enfermedades, tanto físicas como mentales. A esta cualidad de la terapéutica cognitivo conductual de no ser un tratamiento farmacológico, se le agrega otra ventaja que tiene que ver con que, por lo general, el paciente geriátrico es una "farmacia ambulante" y que la ingesta de medicamentos, además de representar una erogación económica importante, deteriora más aún la salud del individuo.

La medicina conductual y la psicología de la salud, como disciplinas de enlace entre la medicina y la psicología, son campos poco explotados, cuyas contribuciones pueden ser fundamentales para el tratamiento integral del paciente, independientemente de su padecimiento.

## INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores se encuentran en la última etapa de su vida, por lo cual pueden estar más proclives a la depresión, ya que tienen que evaluar y sopesar lo realizado hasta el momento, asumiendo que están próximos a la muerte, y deben prepararse para ella. Esta etapa puede ser tan larga como las anteriores, si se toma en cuenta que constituye el tercer tercio de la vida.

En México, la mayor parte de los ancianos viven con sus hijos en una familia extendida, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004). En el 23.3% de los hogares habita al menos una persona de 60 años o más; en el 19.0%, el jefe de familia tiene 60 años o más, y en 5.4% de los hogares habita solo una persona de 60 años o más. En nuestro país también hay numerosos casos en los que la persona mayor ha de ingresar en algún tipo de institución que pueda ofrecer los cuidados requeridos que no es posible proporcionar en el hogar.

Según proyecciones del CONAPO, entre 2004 y 2010, el grupo de los adultos mayores se incrementará hasta alcanzar casi 10 millones de personas, con lo que su peso relativo dentro de la población será de 8.8%. En el año 2015, 12.1 millones de personas tendrán 60 años o más (10.4% del total), cifra que ascenderá a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 en 2050, cuando más de uno de cada cuatro mexicanos formará parte de este grupo de edad (28%).

La pirámide poblacional tiende a invertirse, haciéndose prioritario dirigir investigaciones y políticas sociales, en congruencia con este crecimiento.

Según Erickson (1987), la tarea psicossocial de esta etapa consiste en contemplar su vida en conjunto, con coherencia y aceptación. Si la persona tiene éxito, habrá desarrollado la integridad del ego y derrotado a la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte y, aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. En cambio, cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. El adulto sabio sabe aceptar las limitaciones, sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo. Erickson contempla la tercera edad como un periodo más productivo y creativo que las etapas pasadas.

La depresión en el anciano es vista, tanto por los especialistas como por la gente en general, como un rasgo inherente a esta etapa de la vida. Pocas veces se considera la posibilidad de ser tratada o, mejor aún, hacer que su vida sea plena.

En el tratamiento de la depresión se plantean dos grandes líneas: una de ellas es la psicoterapia o tratamiento verbal y cognitivo, una forma no médica, donde se usan las palabras y las conductas como herramientas para modificar esta situación; la otra línea es la medicamentosa o farmacológica, que utiliza los antidepresivos, los cuales son efectivos para normalizar el estado de ánimo de la persona deprimida.

La propuesta del presente trabajo es la vía de la terapia cognitivo conductual, en la que se trabaja desde el autocontrol, el moldeamiento de conductas salutógenas y de la vida

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

diaria, hasta los estilos de afrontamiento, desmenuzando y analizando cada cognición que interviene en el estado depresivo del adulto mayor.

En esta investigación se ha determinado que este tipo de tratamiento, además de disminuir, e incluso anular la depresión, tiene un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor, lo cual es fundamental, dadas las tendencias demográficas que indican una cada vez mayor esperanza de vida que el *psicólogo de la salud* puede contribuir a que sea sana, autosuficiente y feliz.

## I. MARCO TEÓRICO

### A. DEPRESIÓN: TEORÍA Y TRATAMIENTO

#### LA DEPRESIÓN: TRASTORNO DEL AFECTO

---

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que provoca perturbación emocional; si la persona está deprimida, o sufre una enfermedad depresiva, experimenta un cambio invasor y constante del estado del ánimo que le deja una sensación de tristeza, desvalorización y desamparo. Estos sentimientos pueden ser desencadenados por acontecimientos vividos, como la muerte de un ser querido, o por razones que no se pueden identificar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas o incluso años, y hacer que la persona tenga una vida sin sentido ni esperanza (Morel-Maroger, 1970).

#### EPIDEMIOLOGÍA

---

Es difícil establecer la prevalencia exacta del trastorno depresivo mayor, porque los investigadores la han definido en términos distintos.

A mediados de la década de los 60, diversos artículos científicos empezaron a señalar que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y por la desesperanza, como estados emocionales predominantes en el hombre. Keller, Lavori y Mueller (1992) afirman que si las décadas de mediados del siglo XX fueron etiquetadas como la "edad de la ansiedad", las últimas serían marcadas como la "edad de la melancolía".

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión mayor en los hospitales generales. Según estudios en los Estados Unidos, los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes, y más aún entre mujeres menores de 30 años (Kielholz, 1970). Generalmente se prefiere la ingestión de depresores del sistema nervioso para lograr tales fines, tal vez como un tributo a nuestra nueva tecnología.

Soreson y Strömgren (1961) realizaron un estudio epidemiológico en un área definida, y encontraron que 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa determinada de la vida.

Durante las últimas tres décadas se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas y, sobre todo, entre la población de los países industrializados (Kielholz, 1970).

El doctor Norman Sartorius (1975), director de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión. Relacionados con ellos hay otros tres tantos que son afectados y sufren por ella (Sartorius, Jblensky y Gulbinat, 1979). Esta cifra va en aumento por las siguientes razones:

1. El promedio del índice de expectativa de vida está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de presentarla también se ha incrementado.
2. El rápido cambio del ambiente psicosocial que expone al individuo y a los grupos sociales a situaciones cada vez más tensionantes, como las de las condiciones de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone al incremento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de ellos de tipo depresivo.
3. El aumento de la morbilidad en padecimientos crónicos, tales como reumatismo, diabetes, trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares y problemas neurológicos, que se asocian con depresión en el 20% de los casos.
4. El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antidepresivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que consumen un gran número de mujeres (Sartorius, 1975).

Un estudio efectuado en la ciudad de México en 1981 (Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"), muestra datos relevantes en relación con la depresión en población mexicana. Los objetivos de esta investigación fueron, por un lado, detectar la prevalencia de estados depresivos en una comunidad urbana, y por otro, establecer la relación que hay entre los estados depresivos y los indicadores: sexo, edad, estado civil, ocupación, ambiente familiar y nivel educativo-socioeconómico.

En cuanto a la metodología, utilizaron la Escala de Depresión de Zung y una cédula de entrevista.

La población seleccionada para la investigación estuvo constituida por 928 habitantes de la comunidad urbana Unidad Habitacional Narciso Mendoza (Villa Coapa), y fue calificada de acuerdo con el grado de depresión y ansiedad que presentaba.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Tabla 1  
Distribución de los sujetos  
de acuerdo con su calificación de depresión y ansiedad

<i>Calificación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Controles normales	159	17.13
Reacción de ansiedad	638	68.77
Depresión media	108	11.63
Depresión severa	23	2.47
Total	928	100.00

Los resultados obtenidos mostraron que el 13.8% de los entrevistados mostró algún tipo de depresión. En las personas deprimidas se presentó la distribución por edad mostrada en la tabla 2; los sujetos mayores de 60 años fueron quienes con más frecuencia presentaron un cuadro depresivo (27.8%), seguidos por el grupo de 55 a 59 años (25.5%).

Tabla 2  
Relación entre edad y depresión

<i>Edad (años)</i>	<i>Total de entrevistados</i>	<i>Depresión media</i>		<i>Depresión severa</i>		<i>Total de deprimidos</i>	
		<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
15-19	122	17	14.0	3	2.4	20	2.1
20-24	153	16	10.5	1	0.5	17	1.8
25-29	118	8	6.8	2	1.7	10	1.0
30-34	140	14	10.0	2	1.5	16	1.7
35-39	83	7	8.5	1	1.2	8	0.9
40-44	89	12	13.5	1	1.1	13	1.4
45-49	73	9	12.3	4	5.5	13	1.4
50-54	53	7	13.2	2	3.8	9	0.9
55-59	61	11	18.0	4	6.5	15	1.6
60 o más	36	7	19.5	3	8.3	10	1.0
Total	928	108	11.6	23	2.5	131	13.8

## SINTOMATOLOGÍA

De acuerdo con el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, 1995), la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades.

*Criterios para el episodio depresivo mayor:*

- A. Presencia de cinco a más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día (por ejemplo, sentirse triste o vacío), y que también pueda ser observado por otros (por ejemplo, llanto).
  2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
  3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio en más del 5% del peso corporal en un mes).
  4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  5. Agitación o enlentecimientos psicomotrices, cada día.
  6. Fatiga o pérdida de energía diariamente.
  7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse o indecisión (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o una enfermedad (por ejemplo, hipotiroidismo).

- D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos meses, se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.

## CLASIFICACIÓN

---

### *Depresión primaria frente a secundaria*

Esta clasificación se basa en la supuesta etiología de los síntomas de depresión.

- Depresión primaria: depresión sin causa física o psicológica evidente.
- Depresión secundaria: depresión aparentemente causada por otra enfermedad subyacente.

Esta clasificación se desarrolló con fines de investigación cuando se esperaba que los dos tipos de depresión difirieran en los síntomas y la respuesta al tratamiento. La realidad mostró que esto era un error y, en consecuencia, la clasificación ya no se aplica.

### *Depresión endógena frente a reactiva*

Esta clasificación identifica (López-Ibor, 1978):

- Depresión endógena que, como la depresión primaria, surge del "interior".
- Depresión reactiva (también denominada depresión exógena), que surge como respuesta a un acontecimiento desgraciado, como la pérdida de un ser querido, el divorcio o la pérdida del trabajo.

Actualmente los psiquiatras casi no aplican este esquema porque, en realidad, las causas de la mayoría de los casos de depresión parecen abarcar factores tanto endógenos como reactivos. Algunos médicos lo aplican porque creen que muchos casos de depresión —que identifican como reactiva— se pueden curar espontáneamente, sin tratamiento farmacológico.

### *Depresión psicótica frente a neurótica*

Esta clasificación se basa en síntomas y distingue (López-Ibor, 1978):

- Depresión psicótica, en la cual el paciente tiene síntomas intensos, como alucinaciones o delirios y, por consiguiente, se siente una pérdida de contacto con la realidad.

- Depresión neurótica, en la cual no aparecen síntomas psicóticos sino neuróticos, como ansiedad y fobia, y algunos biológicos.

## **GRAVEDAD**

---

La gravedad de la depresión con frecuencia se define simplemente como "leve", "moderada" o "grave", dependiendo del alcance de afectación de la vida cotidiana del paciente.

- La depresión leve produce solamente un deterioro menor en el trabajo, la vida social y las relaciones del paciente con otras personas.
- La depresión moderada se relaciona con síntomas más evidentes y puede ser observable por los demás.
- La depresión grave produce síntomas que afectan al paciente en tal medida que le pueden impedir trabajar o relacionarse socialmente.

## **MEDICIÓN**

---

La gravedad de la depresión se puede medir objetivamente por medio de escalas de valoración de la depresión. En psiquiatría existen muchas escalas para medir los trastornos depresivos.

Las escalas más comunes de evaluación de la depresión son:

- Inventario de Depresión de Beck, 1961 (IDB)
- Escala de Hamilton de Evaluación de la Depresión, 1960 (HDRS)
- Escala Geriátrica de la Depresión, 1982 (GDS)
- DSM-IV

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)**

El Inventario de Depresión de Beck fue creado y aplicado por Aarón Beck en 1961, con el propósito de medir la intensidad de la depresión y aproximación al juicio clínico. Teóricamente se fundamenta en un modelo cognitivo de la depresión; el cual surgió de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Entre las escalas de depresión es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck.

Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

Este inventario puede ser autoaplicado, aunque inicialmente había sido diseñada para administrarse mediante entrevista.

Existen varias versiones de diferente extensión:

En la versión abreviada (21 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda, 1 punto; la tercera, 2, y la cuarta, 3 puntos.

Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10.9 puntos.

Depresión leve: puntuación media de 18.7.

Depresión moderada: puntuación media de 25.4.

Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Validez y confiabilidad: En un trabajo realizado en la Ciudad de México, Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) evaluaron, mediante tres estudios, la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck con la escala de Zung. La correlación obtenida entre ambas escalas fue de  $r = 0.65$ ,  $p < .000$ . Los autores concluyeron que el BDI cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos para evaluar niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México.

#### ESCALA DE HAMILTON DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HDRS)

La HDRS es la escala más utilizada en la actualidad. Consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Debe ser administrada por un clínico ya que el marco de referencia es temporal, es decir, en el momento de la entrevista, excepto para algunos ítems, como los de sueño, en los que se exploran los dos días previos.

A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.

Los puntos de corte utilizados son:

0-7: No depresión.

8-14: Distimia.

15-17: Depresión de moderada a grave.

El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación 18.

Validez y confiabilidad: En un estudio realizado por Ojeda, Silva, Cabrera, Tchimino, Carrera y Molina (2001) sobre la validez concurrente de la escala de Hamilton, se encontró que la correlación entre la Escala de Depresión Auto-Administrada de Ojeda

(Depression Brief Rating Scale) (ODBRS) y el IDB fue de 0,84 (validez concurrente) y con la HDRS fue de 0.69. La correlación obtenida entre el IDB y la HDRS fue de 0.79.

#### ESCALA GERIÁTRICA DE LA DEPRESIÓN (GDS)

La GDS es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos. Es una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión. Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.

Es una escala autoaplicada y las tres versiones están disponibles en español.

Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems, los cuales se puntúa 1 o 0, por lo que la puntuación total oscila entre 0 y 30, 0 y 15 o 0 y 5, según la versión.

En la versión de 30 ítems (que es la utilizada en el presente estudio) los puntos de corte recomendados son los siguientes:

- De 0-10: normal.
- De 11-20: depresión leve.
- <20: depresión grave.

#### DSM-IV

Otro de los instrumentos empleados para la clasificación del trastorno depresivo mayor es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, en su cuarta edición de la American Psychiatric Association (1995).

La credibilidad del DSM-IV se basa en que se centra en criterios clínicos, de investigación y educacionales, y se apoya en fundamentos empíricos sólidos. La prioridad de este manual es proporcionar una guía útil para la práctica clínica mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de la expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos. Otro objetivo de este documento es facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores.

Sus fundamentos teóricos y metodológicos están respaldos por grupos de trabajo que conforman el Comité Elaborador del DSM-IV, y consta de 27 miembros. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componen de cinco o más miembros cuyas opiniones son analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, elegidos por representar experiencias clínicas y de investigación, y muy diversas disciplinas, formaciones y ámbitos de actuación. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

---

## DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

---

La clave para una satisfacción y bienestar continuados en la tercera edad puede ser un complejo sentido del yo, consistente en muchos roles sociales, concepciones sobre sí mismo y aspectos de la personalidad. Otro factor que probablemente reafirme la felicidad de los mayores es su visión de desarrollo a lo largo de la vida. La cultura, el grupo étnico y el status social suelen tener un impacto directo en estas opiniones.

Sin embargo, cuando se habla de un trastorno depresivo mayor se hace referencia a esa parte no resuelta que se complica por situaciones adversas como las pérdidas que son características en esta etapa de la vida, y la manera en que se elaboran los duelos de dichas pérdidas.

### *Pérdidas y depresión*

Los episodios depresivos pueden darse en cualquier etapa de la vida; sus síntomas son diferentes en personas de distintas edades (Papalia, y Olds, 1985). En la senectud, la persona sufre diversas aflicciones más o menos molestas, ha perdido a su cónyuge, hermanos, amigos y a veces a los hijos; toma medicamentos que alteran la disposición del ánimo y siente que no tiene control sobre su vida. Cualquiera de estos factores puede hacer que una persona se deprima (Papalia, y Olds, 1997).

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que es posible esperar sentir depresión. Puede suponer la pérdida de ingresos, de identidad profesional, de estatus social, de compañeros y de la estructura cotidiana del tiempo y las actividades.

La pérdida de la salud es otro factor que se añade a la larga lista de pérdidas, generando mecanismos de duelo en el paciente de la tercera edad, que en la mayoría de las veces desemboca en depresión.

### *El duelo*

Otro de los numerosos cambios en la vida del individuo en la senectud es la muerte de un ser querido, que también genera depresión. En un duelo prolongado, los síntomas pueden adquirir características de depresión mayor y dar lugar a tasas notablemente altas de mortalidad y morbilidad (Jacobs y Otfeld, 1977). El riesgo de morbilidad parece ser particularmente alto entre los hombres después del primer año del fallecimiento de su esposa (Young, Benjamin y Willis, 1963), mientras que entre las mujeres la probabilidad de morbilidad luego de una pérdida semejante es menor al principio, pero continúa por un periodo más prolongado (Cox y Ford, 1977).

En un análisis de mortalidad por suicidio, Bunch (1979) encontró que en un periodo de observación de cinco años, previo a un suicidio, 36% de una muestra de 75 sujetos había perdido a un progenitor o cónyuge, y las tasas de suicidio eran en particular altas entre viudos.

En la población de edad avanzada, casi la mitad de los que sobreviven a una pérdida desarrollan niveles clínicos de depresión. Esta depresión puede prolongarse varios años, en especial si son insuficientes los apoyos institucionales, como suele ser el caso de las poblaciones de edades avanzadas. En parte como consecuencia de estos patrones generadores de depresión, las tasas de hospitalización psiquiátrica aumentan durante el periodo de duelo por un factor aproximado de seis (Frost y Cleyton, 1977; Parkes, 1979).

La muerte de un ser querido contribuye a incrementos en la depresión, malestares somáticos, enfermedades físicas, tasas de hospitalización y consumo de medicamentos, así como cambios en patrones de sueño, pérdida de contactos sociales y menor participación dentro de la comunidad. (síntomas francos de depresión mayor, según el DSM-IV).

Estos inconvenientes y pérdidas se complican en ancianos debido a cambios relativos al envejecimiento normal que abarcan deterioro de funciones sensoriales, en particular aquellas que se relacionan con la percepción de habla (O'Neil, 1975; Orchik, 1981), pérdida de la potencia sexual (Karacan, Salis y Williams, 1978) y la mayor probabilidad de estados de demencia, tales como la enfermedad de Alzheimer (Tomlinson, 1982; Ferry Katzman, 1983), Parkinson (Mayeux, 1982) y otros padecimientos neurológicos.

Dichos estados no sólo suelen encubrir depresión, sino que también pueden agudizar la sensación subjetiva de desamparo y disfunción, que precipitan la depresión secundaria.

Los efectos de los cambios normales en esta etapa de la vida, aunados a las condiciones y fuerzas sociales como retiros forzados, ser desplazados en los empleos por gente joven, movimientos sociales que aíslan a los ancianos, así como el cúmulo de avances sociales y tecnológicos, que tienen muchas ventajas, pero que por lo general se encuentran en espacios que a los ancianos le son cerrados; ingresando a lugares aislados de familiares y amigos y en ocasiones limitando su relación a enfermos o moribundos, agravan la situación de pérdida, creando las condiciones ideales para la depresión.

### *Significado cultural del envejecimiento*

El significado cultural asignado a los cambios de salud y la pérdida de allegados, agudiza la desesperación en la senectud y puede disminuir la eficacia del tratamiento de la depresión. Troll y Nowark (1976) observan que la sociedad occidental inculca en sus ciudadanos una actitud generalmente negativa hacia el envejecimiento.

Incluso puede ocurrir cierta auto devaluación a medida que se llega a la ancianidad, la cual puede influir de forma negativa en las actitudes de la gente más joven que trata de cuidar a personas mayores.

Una deformación en la visión del envejecimiento y la muerte pueden provocar, entre otras cosas, que los ancianos se preocupen por sucesos pasados y prefieran recordar sus logros anteriores. Esta visión retrospectiva de la vida puede dificultar la empatía con personas de menor edad, orientados al futuro.

Una incongruencia semejante de puntos de vista podría, en sí mismo, generar problemas de aceptación en quienes representan el sistema en cuidados de salud o quienes elaboran las políticas sociales.

#### *Identificación y tratamiento erróneo de la depresión*

Es común que los ancianos no identifiquen sus síntomas (interacciones sociales cambiantes, pérdida de interés por su rededor, salud deteriorada y mayor perturbación) como depresión (Barnés, Raskind y Veith, 1981).

Puesto que ellos niegan o distorsionan la disforia, sus patrones alterados de sueño (Webb, 1982) y otros signos vegetativos, es usual que reciban tratamientos sintomáticos de médicos generales, como medicamentos múltiples para calmar los síntomas, que van desde vitaminas, hasta calmantes, lo cual es considerado por Eisdorfer y Friedel (1977) como un serio problema, ya que existen efectos colaterales adversos a estos medicamentos. Esto puede empeorar el estado de ánimo de los ancianos, exacerbando su depresión, debido a que tienen dificultades para sujetarse a los horarios y a sus propios regímenes de ingestión de medicamentos.

## B. MODELO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

El modelo conductual ofrece una alternativa eficaz para el tratamiento de la depresión. Incluye estilos de afrontamiento al estrés, técnicas de retroalimentación biológica e instrumentos de medición, que favorecen en el sujeto el auto conocimiento y el autocontrol (locus de control), lo que le permite un manejo más adecuado de las situaciones que lo llevan a deprimirse.

### ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

---

El estrés es una fuerza que deforma la armonía relativamente efímera del sujeto. En la búsqueda del retorno al estado homeostático, el individuo puede tener varios tipos de respuesta. En la medida en la que salga bien librado de este evento, tendrá éxito o fracasará en el proceso.

Lazarus (1986) establece que el estrés consta de tres procesos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y el afrontamiento. De acuerdo con esta concepción, Lazarus, Folkman, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruñe (1986) consideran al estrés como la relación existente entre el sujeto y el entorno, el cual es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Esta formulación se opone a las propuestas clásicas que consideraban al estrés sólo como estímulo o como respuesta.

La *evaluación primaria* es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza. La aproximación de Lazarus y Folkman (1987) a la evaluación primaria tiene que ver con dos perspectivas: la cognición y la emoción. La aproximación cognitiva incluye la evaluación de los riesgos que una persona sufre en un enfrentamiento específico. Desde el punto de vista de la emoción, esta teoría define que las emociones reflejan la evaluación que una persona realiza de una confrontación como perjudicial, amenazante, desafiante o benigna.

La *evaluación secundaria* es el proceso de elaborar en la mente una respuesta a la amenaza potencial; es una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse ante el acontecimiento con el cual el individuo se confronta.

El *afrontamiento* es el proceso de ejecutar una respuesta.

### MODELO TRANSACCIONAL

---

Lazarus y Folkman (1986), así como Moos y Billings (1982), consideran que las contribuciones más importantes al estudio del estrés y del afrontamiento radican en:

- a) La teoría psicoanalítica y la psicología del yo. Su predominio ha sido notable hasta la fecha. De este movimiento surgieron las principales medidas para la evaluación de las estrategias de afrontamiento
- b) Los estilos y controles cognitivos, cuyas raíces están en la psicología del yo.
- c) La concepción evolucionista darwiniana y la modificación de conducta.
- d) Las aproximaciones cultural y socioecológica.

Moos y Billings (1982) subrayan que estas perspectivas diferentes pueden integrarse si se considera que el nexo entre el estrés y el funcionamiento personal está mediado por los recursos de afrontamiento personales y ambientales y por los procesos de valoración y afrontamiento, así como por sus interrelaciones.

La gran mayoría de las teorías cognitivas sobre depresión adoptaron el punto de vista de la disposición propia de la psicología de rasgo. Lazarus y Folkman (1987) creen que es mejor considerar el afrontamiento como un proceso y sugieren que se defina en términos de las funciones a las que obedecen las estrategias. No optan por una postura de patrones estables de afrontamiento. Indican que la investigación debe centrarse predominantemente en la identificación del modo en el que individuo afronta cada estrés específico.

El modelo transaccional del estrés es, según los autores, el adecuado para el estudio del afrontamiento *como proceso*.

Desde esta postura, Lazarus y Folkman (1987) proponen la siguiente definición de afrontamiento:

Definimos el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (p. 247).

La definición enfatiza que el afrontamiento está en función de lo que una persona piensa o hace, y no en términos de adaptación, dominio del entorno o resultados (Buela-Casal y Caballo, 1991).

## EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

---

Las definiciones se dan, según lo postulado por Lazarus (1986), sobre los procesos y la teoría transaccional del estrés.

Cualquier evaluación sobre estilos de afrontamiento debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- la evaluación primaria
- la evaluación secundaria
- el estrés
- los modos de afrontamiento

- los resultados

Otros autores señalan:

- La fuente del estrés (Vitiliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985)
- La efectividad de los modos de afrontamiento (McCrae y Costa, 1986).

### 1. Evaluación primaria

Dos son las vías para aproximarse a la evaluación primaria: la cognición y la emoción.

Respecto de la cognición, la evaluación primaria se ha estudiado por medio de un cuestionario de 13 ítems, agrupados en los seis factores siguientes (Lazarus, Folkman Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruñe, 1986):

- I) Amenaza a la autoestima
- II) Amenaza al bienestar de un ser querido
- III) No alcanzar una meta querida en el trabajo
- IV) Pérdida del respeto de otra persona
- V) Dificultades económicas
- VI) Amenaza al bienestar propio.

La emoción ha sido evaluada a partir de la información que proporcionan las personas sobre sus propios procesos emocionales durante la confrontación. Un cuestionario de 15 ítems (Folkman y Lazarus 1986) ha permitido identificar dos partes: las emociones anticipatorias y los resultados.

Las anticipatorias se dividen en dos: la amenaza (por ejemplo, preocupado, inquieto); y el desafío (por ejemplo, confiado, esperanzado). Las emociones relacionadas con los resultados también son de dos tipos: daño (por ejemplo, triste, enfadado) y beneficio (por ejemplo, contento, liberado).

### 2. Evaluación secundaria

El cuestionario de "Modos de Afrontamiento" incluye cuatro ítems referidos a la evaluación secundaria:

- 1) Podía cambiar la situación o hacer algo al respecto
- 2) Tenía que aceptarla
- 3) Necesitaba más datos antes de poder hacer nada
- 4) Tuve que contenerme y no hacer lo que quería.

### 3. Estrés

Como Lazarus y Folkman (1987) han señalado, la investigación sobre el estrés se ha centrado en los últimos años en los denominados *acontecimientos vitales*.

El estudio de los acontecimientos vitales parte de tres supuestos.

- a) el cambio de por sí es estresante

- b) los acontecimientos vitales han de ser importantes
- c) el estrés psicológico es un factor principal en la aparición de la enfermedad

Un grupo de investigadores encabezados por Lazarus del *Berkeley Stress and Coping Project*, desarrollaron un sistema de medición del estrés basado en las molestias y contrariedades de la vida diaria. Este tipo de acontecimientos, de acuerdo con las investigaciones del grupo de Lazarus, son mejores predictores del estrés psicológico y de los síntomas somáticos que los acontecimientos vitales más importantes (Coyne, Fechner y Schwenk, 1994).

El equipo de Lazarus trabajó con dos escalas para la medición del estrés: la "Daily Hassles Scale" (Escala de discusiones o peleas relativas a la vida cotidiana), constituida por 116 ítems; y la "Uplifts Scale" (Escala de mejoramiento en la vida cotidiana), de 135 ítems (Kanner, Coyne, Scha, Chaefer y Lazarus, 1981). Tras algunas modificaciones, se redujo la escala Daily Hassles, y después de un análisis factorial se derivaron las ocho subescalas siguientes:

- 1) Responsabilidades domésticas
- 2) Economía
- 3) Trabajo
- 4) Problemas ambientales y sociales
- 5) Mantenimiento del hogar
- 6) Salud
- 7) Vida personal
- 8) Familia y amigos.

#### 4. Modos de afrontamiento

En el modelo transaccional del estrés, el afrontamiento se define como lo que una persona hace o piensa, y no en términos de adaptación o aflicción (*distress*). Como señalan Folkman y Lazarus (1987), a finales de 1970 se operó un cambio significativo que desplazó la atención del estrés *per se* al afrontamiento. Se hizo evidente que era necesario describir y medir adecuadamente los procesos de afrontamiento. La psicología del yo había desarrollado diversas medidas fundamentalmente estructurales y con un carácter más bien estático, dada la concepción disposicional presente en esta corriente (Buella-Casals, 1991).

A fines de la década de los 70, varios investigadores empezaron a experimentar con las medidas de los procesos de afrontamiento, desde una óptica distinta, más dinámica, menos disposicional y más interaccionista y transaccional (Lazarus, 1986).

#### 5. Resultados

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) proponen una escala para valorar los resultados a corto plazo de un enfrentamiento estresante. La escala se compone de cinco ítems, tres referidos a resultados insatisfactorios y dos relativos a resultados satisfactorios

- a) Insatisfactorios: 1) No resuelto y peor

- 2) No cambió
- 3) Resuelto, pero no satisfactoriamente.
- b) Satisfactorios: No resuelto, pero mejorado  
Resuelto satisfactoriamente

#### 6. Fuente del estrés

Vitiliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) han destacado la conveniencia de estudiar la fuente del estrés. Los sujetos deben indicar la persona o contexto implicados en la situación estresante. La fuente puede tener efectos diferenciales sobre las estrategias de afrontamiento (Sánchez, 1983).

#### 7. Efectividad de los modos de afrontamiento

McCrae y Costa (1986) partiendo de Menaghan (1983), proponen como criterios de efectividad los siguientes:

- 1) Frecuencia del uso de los modos de afrontamiento. La medida es el uso medio de cada subescala de afrontamiento.
- 2) Efectividad percibida. Su medición se lleva a cabo pidiendo a los sujetos que señalen el mecanismo o modo de afrontamiento utilizado; a continuación deben indicar si ese modo de afrontamiento les ayudó a resolver el problema o a reducir la molestia. A partir de estos datos es posible evaluar la proporción de individuos que encuentran un modo efectivo.

---

### TÉCNICAS CONDUCTUALES UTILIZADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

---

#### Retroalimentación biológica

La retroalimentación biológica (*biofeedback*) es una de las áreas de mayor desarrollo en el campo de la medicina del comportamiento en Estados Unidos. *Bio* es vida, *feedback* es retroalimentación, que puede ser visual o auditiva. El tratamiento del biofeedback es sólo el retorno inmediato de la información por medio de aparatos sensorios electrónicos en los procesos fisiológicos (frecuencia cardíaca, temperatura periférica, respuesta galvánica de la piel, tensión muscular, presión arterial y actividad del cerebro). El método permite a la persona el control de sus reacciones fisiológicas y emocionales. El uso de un sensible aparato electrónico amplía y transforma las reacciones fisiológicas en señales de luz y sonido, las cuales son utilizadas para evitar enfermedades. Todos los procesos fisiológicos pueden tener control a través del uso del biofeedback. El entrenamiento incluye distintos métodos de concientización y relajamiento, como técnicas musculares, autogénicas y cognitivas (Solórzano, 1998).

Cuando la persona aprende a hacer relajación y a modificar sus procesos fisiológicos, enseña a su mente el control del cuerpo y, de esta forma, regula la condición del cuerpo y de la emoción.

## Procesos fisiológicos

Casi todos los procesos fisiológicos pueden regularizarse a través del uso del biofeedback. En la Clínica del Estrés y de la retroalimentación biológica, se utilizan los siguientes procesos fisiológicos para el tratamiento del estrés y la ansiedad:

1. *Electromiografía (EMG)*. Es la forma más utilizada en el feedback muscular. Los sensores del aparato se ponen en contacto con los músculos que se quieren medir y cuya tensión se quiere controlar. Los músculos hacen la transmisión de señales eléctricas que son absorbidas por el aparato de retroalimentación biológica que, en respuesta, envía señales auditivas y visuales para que la persona conozca la tensión y aprenda a hacer el control del nivel de contracción de los músculos. Este aprendizaje se realiza a través del sistema neuromuscular.
2. *Temperatura periférica (TP)*. La temperatura periférica de las extremidades (manos y pies) es proporcional a la cantidad de la sangre en el área. Cuando la persona está tensa, el flujo de la sangre se reduce y, en consecuencia, la temperatura baja. Este aprendizaje se efectúa a través del sistema vascular.
3. *Encefalograma (EEG)*. La encefalografía cuantifica la actividad del cerebro e informa la producción de las ondas beta, alfa y teta.
4. *Respuesta galvánica de la piel (GSR)*. Mide la actividad eléctrica de las glándulas que producen sudor en la palma de la mano y en la extremidad de los dedos, más sensibles a las emociones y a los pensamientos. La GSR se utiliza mucho en el aprendizaje de la relajación en general y para ayudar a identificar las situaciones que provocan estrés y ansiedad.
5. *Medidor del pulso (FC)*. Mide la frecuencia cardíaca y enseña a la persona a controlar el sistema cardiovascular.
6. *Esfigmógrafo (PA)*. Enseña a la persona regular el sistema vascular y cardiovascular.

### *Temperatura periférica*

La temperatura periférica es otro de los referentes para el paciente en tratamiento, ya que ayuda a que experimente que los cambios fisiológicos, como su temperatura, pueden ser primero sensorizados y luego controlados por él mismo.

Existen dos tipos de temperatura: central y periférica. La temperatura central (cerebro, grandes vasos, vísceras, músculo profundo, sangre) se mantiene constante. La temperatura periférica (piel, mucosas, músculos, extremidades, etc.) es variable.

Existen dos mecanismos de control de temperatura (Buela, 1989):

*El mecanismo conductual*, influenciado por la sensación térmica y el bienestar, es:

- Voluntario

- Consciente
- Rango amplio de control
- Modificado por temperatura ambiental, vestuario y alimentación

El mecanismo fisiológico es:

- Involuntario
- Inconsciente
- De control fino
- Implica equilibrio entre producción y pérdida de calor.

En el mecanismo conductual, que es el utilizado en el tratamiento de retroalimentación biológica, se puede emplear un termómetro de celdillas micro-cristalizadas, auto adherible, a la vista del paciente, quien irá viendo los cambios de su temperatura periférica con relación con su estado de estrés *versus* relajación.

#### *Enfermedades en las que se aplica*

El método de retroalimentación biológica se usa en el tratamiento de las siguientes enfermedades (Buela, 1989):

- Dolores crónicos (en la espalda, cuello, hombros y otros dolores musculares)
- Dolores de cabeza (jaqueca, vascular y muscular)
- Problemas ginecológicos (mal funcionamiento sexual, infecciones pélvicas)
- Hipertensión (para bajar la presión)
- Arritmias cardíacas (taquicardia, contracciones ventriculares prematuras)
- Enfermedades que tienen relación con la ansiedad (fobias, ansiedades en general, ataques de pánico)
- Problemas cardiovasculares (enfermedad de Raynaud, angina de pecho)
- Enfermedades gastrointestinales (colitis, úlcera, diarrea, constipación, acidez en el estómago)
- Artritis (músculo esquelético y dolor/inflamación en las articulaciones) y fibrosite (inflamación de las fibras)
- Disturbio del sueño (hipersomnia -concerniente a los sueños, insomnias)
- Disturbio alimenticio (bulimia, anorexia, obesidad)
- Bruxismo (acción de crujir los dientes)
- Control del estrés.

#### **Entrenamiento en relajación**

Debido a que el objetivo fundamental del entrenamiento en relajación es reducir las respuestas de alto nivel de tensión (estrés), es importante establecer la relación existente entre estrés y relajación.

### *Estrés versus relajación*

Aunque hay mucha literatura que hace referencia al tema, no existe una delimitación clara en la definición de estrés. Las definiciones se centran en torno al estímulo que produce el propio estrés o ponen el interés en la respuesta del organismo, como desadaptación al medio o como desgaste.

Benson, (1992) hace hincapié en el primer aspecto y define el estrés como situaciones que llevan a un ajuste conductual continuo.

Las respuestas al alto nivel de estrés pueden incluir insomnio (causado por tensión muscular o pensamientos perturbadores), dolores de cabeza tensionales (los cuales no corresponden con la medicación prescrita), ser desencadenante de enfermedades gástricas, metabólicas, hormonales, cardiovasculares, etc.

### *Métodos y técnicas de relajación*

Los métodos de relajación consisten en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales, comportamentales e intelectuales. El paciente no debe intentar esforzarse en lograr directamente la relajación. Toda actitud de esfuerzo o de mantenimiento de una expectativa de logro de relajación será contraproducente, ya que contribuirá a producir un estado exactamente opuesto a lo que se pretende.

La actitud básica consiste en la eliminación de toda expectativa de "tener que hacer" o "tener que lograr". El paciente centra toda su atención en la realización de las técnicas de inducción de la relajación y evita cualquier tipo de representación ajena a la tarea.

No existen métodos buenos ni malos, pero si hay indicaciones en la utilización de uno u otro método. Los relajadores pueden influir con sus proyecciones y con sus percepciones de los requerimientos de la persona que se relaja.

La relajación puede ser aplicada de forma grupal o individual y puede llegar lejos tratando de tomar en cuenta las necesidades del "aquí y ahora" de cada sesión.

La relajación se inicia con la toma de conciencia de la respiración. La respiración es energía (Lowen, 1993). El oxígeno aumenta la capacidad energética del organismo y su movilidad; la fatiga y la mala ventilación producen déficit de energía en la persona, incluso puede llegar a sentirse deprimida (Smoller, 1996).

La mayoría de las personas respiran mal, si no realizan una respiración consciente. El estrés y la ansiedad les hacen contener la respiración y al dejar de respirar, aumenta el miedo y la ansiedad, por la escasa ventilación aeróbica. Una respiración eficaz hace fluir los sentimientos, unifica el cuerpo y aumenta la satisfacción y calidad de vida. Lowen (1993) apunta que una respiración profunda hace sentir una gran satisfacción, cargando el cuerpo de energía y haciendo vivir más plenamente a la persona.

### EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Los ejercicios respiratorios comienzan desde una postura cómoda, buscando el relajamiento de la tensión muscular y estimulando la respiración, eficaz, consciente, profunda y de balanceo tórax-abdomen-abdomen-tórax.

La boca ha de estar ligeramente abierta, los brazos a lo largo del cuerpo, los pies paralelos. Se relaja todo lo que se pueda espalda, cabeza, cuello y hombros.

Al principio, basta con tres o cuatro respiraciones profundas; más adelante pueden realizarse seis o siete y descansar un minuto y volver a repetir.

En la posición inicial, hay un primer tiempo de expirar despacio por los labios entreabiertos, deprimiendo el tórax todo lo más posible y luego el abdomen.

Respirar despacio el aire por la nariz, mientras se relaja el abdomen, el aire entra suavemente en los pulmones y cuando el aire ensancha la parte inferior del tórax, seguir respirando para producir un movimiento de elevación de abdomen (es el diafragma el que empuja, elevando ligeramente el abdomen).

Es una respiración difícil, que inicialmente se ve muy forzada. Con la práctica es más exitosa con menos esfuerzo, y se consiguen mejores resultados.

En la relajación se incluyen no sólo una técnica sino varias formas de influir sobre la tensión y la ansiedad. A continuación se describirá la técnica de la relajación progresiva de Jacobson (1984) y el entrenamiento autógeno de Schultz (1991).

#### A. Técnica de la relajación progresiva

En esta técnica se habla de manera clara y sencilla a los pacientes sobre las ventajas de la relajación y sus aplicaciones prácticas para lograr una disminución de la tensión en general. (véase anexo 1)

#### B. Entrenamiento autógeno

El mejor lugar para la práctica es el indicado por el sentido común. Así, se evitarán, en la medida de lo posible, los estímulos auditivos y visuales. En general, el lugar donde se realice la práctica tiene que cumplir el requisito mínimo de ser un ambiente tranquilo, sin ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes, con una temperatura moderada (ni alta ni baja) y luz moderada tenue.

Para el entrenamiento autógeno pueden utilizarse tres tipos de posiciones:

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente utilizar apoyos para la nuca y los pies.

3. Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad se usa una posición que Schultz (1991) llama "la posición del cochero", la cual se caracteriza porque la persona descansa, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de "dorso del gato". Esta actitud corporal pasiva se encuentra en muchas profesiones que exigen permanecer sentado durante muchas horas, sin apoyo para el dorso.

No llevar prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra. Es importante el tema de las gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto, etc.

El ejercicio para la toma de conciencia del propio cuerpo consta de las siguientes fases: (véase anexo 1).

### **Locus de control**

El locus de control es enfocado, más que como técnica conductual, como una poderosa convicción que refleja el grado en el cual una persona cree que sus acciones llevarán a los resultados deseados. De esta forma, es un concepto similar al de auto eficacia. Rotter (1966) dividió a las personas en dos grupos "internos" y "externos". De acuerdo con esta tipología, los "internos" creen que los eventos son una consecuencia de sus acciones y, en consecuencia, están bajo su control. Los "externos", en contraste, creen que los eventos no están relacionados con sus acciones sino que están determinados por factores más allá de su propio control personal.

En un modelo de salud más complejo y específico, Wallston y Wallston (1978) identificaron tres dimensiones de percepción de control estadísticamente independientes: interna, azar y otros poderosos. Su modelo sugiere que aquellos que califican alto en su dimensión interna consideran que su salud está en gran parte bajo su control y es más probable que realicen conductas para el mantenimiento de la salud. De manera contraria, aquellos que puntúan alto en la clasificación denominada azar, consideran a su salud como relativamente independiente de su conducta y, en consecuencia, son más comunes las conductas que dañen su salud. Las implicaciones de que otros poderosos (comúnmente médicos) tienen influencia sobre su salud frecuentemente son más difíciles de predecir. Los puntajes altos pueden indicar una receptividad hacia los mensajes de salud apoyados por autoridades médicas. Por el contrario, también pueden sugerir una fuerte creencia en la capacidad del sistema médico para curar cualquier enfermedad importante y en consecuencia, una indiferencia hacia los mensajes de promoción de la salud.

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, Wallston y Wallston, (1998) establecieron que los individuos están motivados para realizar conductas que conduzcan a evaluar los resultados. Las creencias del locus de control en la salud solo

influirán en aquellos que le den un valor a la salud, es decir, la idea que tengan de estar saludable será directamente proporcional a las conductas orientadas a la salud.

Una manera de potenciar el locus de control es mediante el entrenamiento en relajación, ya que se capacita al individuo para que conozca, desde el aspecto físico, la diferencia entre tensión y relajación en sus músculos, y los pensamientos relajantes que experimenta a través de la imaginación guiada.

## C. TERAPIAS COGNITIVAS

### EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA

---

La terapia cognitiva ha ganado adeptos rápidamente entre los psicoterapeutas (Glass, Millar y Smith, 1980).

Su eficacia ha sido casi indiscutible, sobretudo en el tratamiento de la depresión. Esto lo ha logrado en gran medida por la fácil incorporación de muchos de sus conceptos a la variedad más amplia de psicoterapia (Anderson, 1980), y porque en corto tiempo se han acumulado estudios que constan su utilidad.

El más conocido meta análisis de estudios de resultados en psicoterapia, dirigido por Glass, Millar y Smith (1980), reveló que las terapias cognitivas y conductuales tenían los efectos más dominantes y más profundos de los distintos métodos de tratamiento considerados.

En un estudio de seguimiento de investigaciones parecidas, Shapiro y Shapiro (1982) concluyeron que, entre los psicoterapeutas, los tratamientos cognitivos y conductuales por lo general mostraban los efectos más pronunciados en una serie de trastornos psicológicos.

Estos trabajos, junto con otros estudios específicos (por ejemplo, Beck y Hollon, 1977; Bredosian, Budenz y Young, 1984), sugieren que, estos tratamientos influyen de modo muy penetrante en pacientes con depresiones reactivas moderadas y graves.

Algunos de estos descubrimientos contrastan con la idea común de que la psicoterapia y la farmacoterapia tienen efectos equivalentes y complementarios (Luborsky, Singer, 1975). Los efectos singulares de la terapia cognitiva en el auto concepto y la desesperanza, hacen a este tratamiento particularmente útil para atender la depresión, lo que no se consigue con otro tipo de terapia (Beck, 1978).

### MODELOS DE TERAPIA COGNITIVA

---

El término *modelo cognitivo* se refiere a aquellos enfoques clasificados como racionalistas, para diferenciarlos de los constructivistas (Mahoney, 1988).

Un modelo cognitivo en psicoterapia es más que la suma de una serie de técnicas, puesto que se rige por principios teóricos y terapéuticos que justifican su modo de acción y lo distinguen de otros modelos que son similares en su campo

Existen dos modelos predominantes en terapia cognitiva: el de Albert Ellis y su teoría racional emotiva y el modelo cognitivo de Beck.

### **Terapia Racional Emotiva. Modelo de A. Ellis**

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismos, sentirán de modo diferente y se comportarán de distinta manera (Ellis, 1970).

Por ejemplo, si después de un fracaso en una tarea, la persona piensa: "soy un inútil que no hace nada bien; no vale la pena ni intentarlo", sus emociones y su conducta serán muy diferentes que si piensa: "bueno, he fracasado en esto, pero eso no me convierte en un inútil, sólo en un ser humano que comete errores, como todos los demás; veré lo que puedo hacer para arreglarlo". En el primer caso, no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que su comportamiento sea de abandono, mientras que en el segundo caso, puede sentirte molesto o preocupado, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedirte solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez.

La terapia racional emotiva trata, por tanto, con las causas de las emociones humanas.

#### *Principios de la Terapia Racional Emotiva*

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no hacen que la persona se sienta mal o bien, sino que lo hace ella misma, en función de cómo interprete los acontecimientos y las cosas que pase por su mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional, es decir, si al ir una mañana al trabajo, la persona encuentra que su coche tiene una llanta pinchada, depende de ella sentirse simplemente contrariada (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la llanta") o, por el contrario, sentirse furiosa (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tiene, etc.) o ansiosa (pensando que va a llegar tarde, su jefe se enfadará, pensará en despedirla...). De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc. se analiza lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, se verá cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.
3. Debido a que uno siente en función de lo que piensa, para acabar con un problema emocional se tiene que empezar haciendo un análisis de los pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que se puede cambiar, ya que no es posible cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirse mal sólo porque se deseé.
4. Múltiples factores, tanto genéticos como influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los

seres humanos parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias pasadas en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias sino con el hecho de seguir manteniendo dichas creencias irracionales en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no hace falta ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

#### *Tipos de creencias irracionales*

1. *Exigencias.* Reflejan un pensamiento absolutista, basado en exigencias en vez de en preferencias, en necesidades en vez de deseos.

2. *Catastrofismo.* Consiste en exagerar las consecuencias negativas de una situación hasta el extremo de considerarlo terrible.

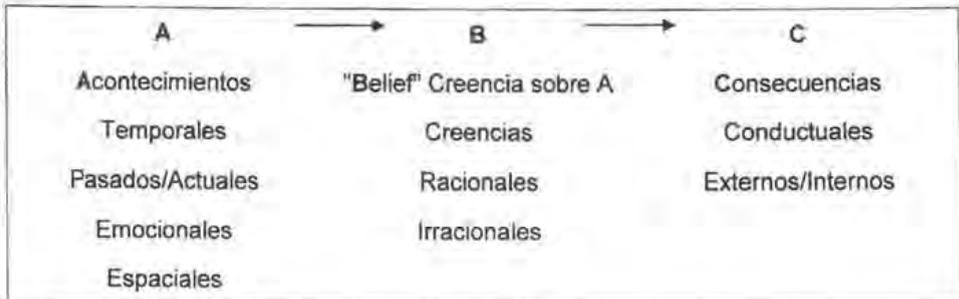
3. *Baja tolerancia a la frustración.* Consiste en una incapacidad para soportar la incomodidad, el malestar, el sufrimiento o la demora en la consecución de nuestros objetivos, cuando la realidad nos muestra una y otra vez que estas cosas sucederán inevitablemente en nuestra vida.

4. *Evaluaciones globales de la valía humana.* Implica pensar que los seres humanos pueden ser valorados y que unos valen más que otros, en vez de valorar solamente sus comportamientos o acciones. Viendo las cosas así, es fácil concluir: "soy un fracaso y un idiota porque he fracasado en esto".

Cuando mantenemos una creencia irracional, tendemos a malinterpretar la realidad de modo que confirme esa creencia. Si una persona cree que necesita desesperadamente el amor y la aprobación de alguien, estará pendiente en todo momento, buscando pruebas de su amor y cuando esa persona se vaya sin decirle adiós (tal vez porque tenía mucha prisa o porque no la oyó despedirse desde la otra habitación), considerará ese comportamiento como una prueba de que no la quiere. O bien, cuando cree que debe (obligatoriamente) hablar en público con fluidez y sería terrible si no lo hiciera, es mucho más probable que crea que todo el mundo critica tu discurso.

El modelo de la Terapia Racional Emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "es trastorno emocional" es muy distinto, ya que propone:

### Modelo de la Terapia Racional Emotiva



Distorsiones cognitivas  
o inferencias situacionales → derivadas de las creencias

### MODELO COGNITIVO DE BECK

#### La Terapia Cognitiva de Beck

En 1956, Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado en reunir evidencia experimental de que en los pacientes depresivos existían elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo", tal como se derivaba de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente la visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se concentró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó *La depresión*, su primera obra, en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publicó *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales* (1976), donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra *Terapia cognitiva de la depresión* (1979)

la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En este libro no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. Posteriormente, Beck desarrolló su modelo de los trastornos por ansiedad, por ejemplo, esquizofrenia (Perris, 1988); obsesión-compulsión (Salkovskis, 1988); trastornos de la personalidad (Freeman, 1988); trastornos de pareja (Beck, Hollon, Young, Bedrosian, Budenz y Young, 1984).

### *Principales conceptos teóricos*

#### a) Estructura de significado y psicopatología

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y su conducta (Beck, Hward y Mendelson, 1967). En el ámbito clínico, el concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres, como el de esquema cognitivo y el de supuestos personales (Beck, 1978). Equivalen también a las *creencias*, según la concepción de Ellis y Grieger, (1990). Todos estos términos equivalentes se refieren a la estructura de pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualiza de forma idiosincrática su experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que la persona puede o no ser consciente. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y activarse ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social). Actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo distorsionado de la información) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

#### b) Cognición

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Son pensamientos o imágenes de los que la persona puede o no ser consciente. En el sistema de cogniciones es posible diferenciar (Beck, Rush, Shaw y Emery, (1979):

*Un sistema cognitivo maduro.* Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos denominados racionales y de resolución de problemas con base en la contrastación o verificación de hipótesis.

*Un sistema cognitivo primitivo.* Hace referencia a los "supuestos personales". Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Es una forma de pensamiento muy similar a la concepción freudiana de los "Procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo", y a las primeras etapas del desarrollo cognitivo.

#### c) Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de "Distorsión cognitiva". Básicamente son errores cognitivos. Beck (1978) identifica en la depresión no psicótica los siguientes errores:

- 1) *Inferencia arbitraria*: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- 2) *Abstracción selectiva*: Consiste en centrarse en un detalle fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia con base en ese detalle.
- 3) *Sobregeneralización*: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- 4) *Maximización y minimización*: Se evalúan los acontecimientos otorgándoles un peso exagerado o infravalorado, con base en la evidencia real.
- 5) *Personalización*: Se refiere a la tendencia excesiva a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- 6) *Pensamiento dicotómico o polarización*: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas, saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que, aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Sólo la organización cognitiva es idiosincrática a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y sus supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

Características generales de los pensamientos automáticos (Mckay, Davis y Fanning, 1985):

- Son mensajes específicos, con frecuencia parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- La experiencia tiende a ser dramatizada en sus contenidos.
- Suelen conllevar una visión donde se tiende a producir una determinada percepción y valoración de los eventos:
  - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
  - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
  - La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros, etc.

Una representación del modelo podría quedar de la siguiente manera:

Los factores biológicos como un sistema primitivo (supuestos personales), la historia de aprendizaje y estructura de significados: sistema evolucionado o maduro. Así los eventos actuales activadores de la estructura de significado señalan las distorsiones cognitivas, los círculos viciosos interactivos y el pensamiento-Afecto-Conducta

### *Conceptualización de los problemas*

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, en particular, en los pensamientos automáticos (Beck y Greenberg, 1974). Los pensamientos automáticos suelen obtenerse de tres fuentes básicas:

- 1) Los informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones, referidos a determinadas áreas problemáticas.
- 2) Los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia
- 3) El material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta, en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlos en tres niveles de abstracción:

- a) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos suelen obtenerse a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".
- b) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos:
  - Tipos comunes (por ejemplo, creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones, aplicar el rechazo a situaciones personales, etc.)
  - En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (por ejemplo, sobre generalización, polarización, etc.)
  - En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- c) Articular, a modo de hipótesis, los patrones cognitivos en *significados personales* o *esquemas cognitivos subyacentes* y *tácitos*. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo con base en los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras-pensamientos-afectos-conductas implicadas, como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y, por último, genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes con base en las distorsiones cognitivas más frecuentes, los contenidos comunes (por ejemplo, empleados en palabras clave o expresiones del paciente), la manera en que el paciente

defiende una creencia y los momentos asintomáticos o "felices" del paciente, donde se suele confirmar el reverso del supuesto personal (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

### *Aplicaciones prácticas*

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada "terapia a corto plazo", consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo", consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

#### a) Relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes, que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial, la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar cómo el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del paciente (no rechazarlo por sus características personales o por el tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así, los fenómenos de resistencia, transferencia y contratransferencia serían resultado de las distorsiones cognitivas, de los supuestos personales y de otros factores (por ejemplo, la falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, la imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

#### b) Estrategias de tratamiento

Una vez conceptualizados los problemas del paciente, se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello, el terapeuta se vale de técnicas tanto cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide retroalimentación de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asigna como tarea para casa un área problemática seleccionada.

c) Técnicas de tratamiento

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

La finalidad de las técnicas cognitivas es facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados, se comprueba su validez.

La finalidad de las técnicas conductuales es proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la Terapia Cognitiva es, en principio, ecléctica en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, y el proceso que conlleva tal revisión.

Técnicas cognitivas y conductuales

A continuación se presentan algunas técnicas tanto cognitivas como conductuales empleadas con frecuencia en la Terapia Cognitiva.

### TÉCNICAS COGNITIVAS

**DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a situaciones (pasadas y presentes), donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor, y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante *rol playing*, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones.

**CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS:** A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y cómo detectarlos y hacerles frente.

**BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

Puede hacerse de diferentes maneras:

- 1) A partir de la experiencia del sujeto, se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
- 2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis, el paciente predice un resultado y se comprueba.
- 3) Se utilizan evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.
- 4) Se usan preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado).

Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

**CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS:** Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello, se le pide al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

**RETRIBUCIÓN:** El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo comúnmente en la culpa. Se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso, revisando los posibles factores que pueden haber influido en las situaciones de las que se creen exclusivamente responsables.

**DESCENTRAMIENTO:** El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Puede comprobar esa hipótesis mediante la información proveniente de otros (por ejemplo, diseñando un experimento a modo de encuesta).

**DESCATASTROFIZACIÓN:** El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y esto producirle ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

**USO DE IMÁGENES:** El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo, pueden utilizarse imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndolo con cogniciones más realistas.

**MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:**

- 1) Usar preguntas: Preguntar si la suposición le parece razonable, productiva o de ayuda. Preguntar la evidencia que la mantiene.
- 2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa suposición.
- 3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la suposición.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A continuación se presentan algunos ejemplos del método de las preguntas, en algunas de las técnicas cognitivas

<i>Preguntas</i>	<i>Técnica</i>
Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos:	¿Qué quiere decir con...? ¿Por qué razón piensa o cree eso? ¿Por qué es tan importante para usted eso que piensa?
Cuestionamiento de evidencias:	¿Qué pruebas tiene para creer eso?
Reatribución	¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?  ¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera...?
Examen de opciones alternativas de interpretación:	¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo? ¿Son posibles otras interpretaciones? ¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?.
Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias	
Examen de consecuencias anticipadas:	¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le es de alguna utilidad?
Comprobar los efectos:	Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible? ¿Se podría hacer algo si ocurriese?
Examen de las ventajas y desventajas:	¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?
Escalar un problema:	¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?
Hacer jerarquías; cambio de imágenes:	¿Podría afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?
Técnicas de inoculación al estrés; etiquetar la distorsión cognitiva:	De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería éste? ¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?
Asociación guiada para encontrar significados asociados entre sí:	¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para usted...?

Distracción cognitiva:	¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?
Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos, etc.	¿Podríamos intentar cambiar su diálogo interno?
Uso de auto instrucciones; valorar las probabilidades de ocurrencia de un evento temido:	¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?
Prevención cognitiva:	¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si usted no actúa como piensa que debería, y ver así si eso es tan grave como cree?
Role playing:	¿Podemos representar esa escena y ver qué pasos podría seguir, a modo de guía mental?
Uso de experimentos personales:	¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?
Uso de técnicas conductuales, resolución de problemas:	¿Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cuál podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?

#### TÉCNICAS CONDUCTUALES

##### PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES INCOMPATIBLES

Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (por ejemplo, actividad gimnástica en lugar de rumiar).

##### ESCALA DE DOMINIO/PLACER

El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (por ejemplo, utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

##### ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS

Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

##### ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido sus derechos, peticiones y opiniones personales.

**ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN**

Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

**ENSAYO CONDUCTUAL Y ROLE PLAYING**

Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y, mediante modelado y ensayo de otras conductas, se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

**EXPOSICIÓN EN VIVO**

El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que confirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

La conjunción de éstas técnicas conductuales con las cognitivas es lo que enriquece las posibilidades terapéuticas, creando una plataforma sólida en el paciente de tal manera que la eficacia de dicha propuesta se refleja en la transformación del actuar del paciente con fundamento en el proceso evolutivo de sus cogniciones.

El siguiente es un listado de distorsiones cognitivas y su manejo, basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985).

Filtraje/abstracción selectiva	"No lo soporto" "Horroroso"	¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo? ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?
Polarización	"Bueno-malo" "Blanco-negro"	¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios? ¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así? ¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?
Sobregeneralización	"Todo, ninguno, siempre, nunca.."	¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente? ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones? ¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?
Interferencia arbitraria o interpretación del pensamiento	"Me parece.."	¿Qué pruebas tiene para pensar eso? ¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Visión catastrófica	"¿Y si ocurriera..?"	Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad? ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?
Personalización	"Se refieren a mí" Compararse con otros	¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo? ¿Qué pruebas tiene para pensar eso? ¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable? ¿Podríamos comprobar si eso es así?
Falacia de control	"No puedo hacer nada con esto" "Toda la responsabilidad es mía"	¿Qué pruebas tiene para pensar eso? ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?
Falacia de justicia	"Él/ella es injusto/a"	¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio? ¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo? ¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?
Falacia de cambio	"Si esa persona o situación cambiara, entonces yo podría.."	¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso? Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?
Razonamiento emocional	"Si me siento mal, eso quiere decir que soy un neurótico"	¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea? ¿Sentirse así de qué modo prueba que usted sea un x?
Etiquetación	"Soy/es un x, y tan solo un x"	¿Esa calificación prueba totalmente lo que es usted o esa persona? ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona? ¿Puede haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Culpabilidad	"Por mi culpa", "Por su culpa"	¿Qué pruebas tiene? ¿Puede haber otros factores que intervinieron en ese suceso? Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?
Deberías	"Yo debo, no debo" "Él/ellos deben"	¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente? ¿Realmente es tan grave que eso no sea como debe?. ¿podíamos comprobarlo? ¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias?. Esa exigencia, ¿Cómo le está perjudicando?
Falacia de razón	"Tengo la razón y no me la dan"	Dígame, para usted ¿qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable? ¿Puede tener él otro punto de vista diferente? ¿Lo está escuchando?
Falacia de recompensa divina	"Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa"	¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya? ¿Qué podría hacer ya? ¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

## ORIENTACIÓN COGNOSCITIVA EN LA TERAPIA CONDUCTUAL

---

Hace no mucho tiempo, un capítulo sobre terapia conductual hubiera estado poblado en gran medida por términos tales como *modificación de conducta*, *desensibilización sistemática*, *condicionamiento operante*, *modelamiento*, *economía de fichas* y *terapia aversiva*. Pero esto ya no es así. Ahora se encuentran términos como *modificación cognitivo conductual*, *reestructuración cognitiva*, *inoculación contra el estrés* y *reestructuración racional*. Este cambio en terminología significa que en años recientes ha cobrado importancia la orientación cognitiva en la terapia conductual (Hollon y Beck, 1994).

En el campo de la Terapia Cognitivo Conductual, aplicar una perspectiva cognitiva a los problemas clínicos dirige la atención hacia el papel del pensamiento en la etiología y en el mantenimiento de los problemas. Las intervenciones de tipo cognitivo conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamientos que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas tienen un enorme apoyo empírico (Smith, Glass y Millar, 1980; Hollon y Beck, 1994) y se considera que se encuentran entre las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas (Phares, 1999).

### Avance hacia el Conductismo Cognoscitivo

Al reflexionar acerca de estas tendencias cognoscitivas, hace dos decenios, Mahoney expresó que:

A pesar de su larga historia de frecuente rivalidad amarga, los conductistas y los psicólogos cognoscitivos parecen acercarse cautelosamente al mismo campo teórico. Por supuesto, este galanteo bastante sorprendente no carece de detractores. Unos cuantos conductistas parecen considerarlo como un coqueteo frívolo con el mentalismo que, según esperan, finalmente pasará. De la misma manera, algunos psicólogos cognoscitivos ven con desconfianza esta fusión (Mahoney, 1988, p. 234)

Pero las cogniciones han invadido el reino de lo conductual (Kendall y Hollon, 1979). Algunos inclusive sugieren que cognición es tan solo una palabra aceptable que señala un retorno a la psicodinamia; de hecho, incluso algunos humanistas sienten que se está desarrollando una fusión entre las tradiciones conductual y humanista (Chile, 1973). Otros tienden a sentir que las influencias cognoscitivas pueden representar un paso en la dirección equivocada (Ledwidge, 1978) e inclusive otros están integrando el psicoanálisis con la terapia conductual (Wachtel, 1977).

En cierto sentido, la mezcla actual entre los métodos conductuales y cognitivos se vio impulsada por las limitaciones tanto del psicoanálisis como del conductismo radical. Pero esta combinación también se facilitó por la presencia de varios

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

modelos teóricos que incorporan variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental tan apreciados por los conductistas (Phares, 1999).

La propuesta que se plantea para el tratamiento de la depresión en pacientes geriátricos es, en conclusión, el modelo cognitivo conductual tendiente a mejorar su calidad de vida. Consta básicamente de tres fases: la primera está apoyada básicamente por la técnica de retroalimentación biológica, con los registros de la temperatura periférica, y el entrenamiento en relajación; la segunda fase corresponde al tratamiento cognitivo conductual y se apoya fundamentalmente en tres talleres: a) de reestructuración cognitiva, b) de estilos de afrontamiento y c) de repertorios de auto cuidado. La tercera fase es de mantenimiento.

Con esta propuesta no medicamentosa también se está contemplando la ventaja del costo-beneficio de dicho tratamiento, tendiente a disminuir considerablemente los costos y a aumentar los beneficios para el paciente geriátrico.

## II. INVESTIGACIÓN

La depresión mayor es uno de los trastornos del afecto que comúnmente es visto en el anciano como un rasgo inherente a su edad. Con frecuencia se resta importancia a la posibilidad de ser tratada y a que las personas de la tercera edad puedan tener una vida plena, sin considerar que esta etapa corresponde a un tercio más de vida, según las expectativas prevalecientes en nuestro país.

Por lo general, es en esta etapa en la que la depresión se agrega como una más de las enfermedades que aquejan a la persona, contribuyendo al deterioro crónico de quien la padece; asimismo, altera la dinámica familiar y puede llegar a formar parte de un problema de salud pública.

Una propuesta de tratamiento cognitivo conductual para el paciente anciano tendería a mejorar su calidad de vida, al no ser ésta una terapia medicamentosa más, así como el no implicar costos elevados.

### PROBLEMA

¿Disminuyen los síntomas afectivos de la depresión mayor (tristeza, llanto fácil y culpa), los cognitivos (ansiedad, ideas irracionales), los motivacionales y los conductuales (pasividad, evitación e inercia), así como los recursos de afrontamiento se fortalecen para mediar tanto cogniciones como el estrés, como efecto de un programa de tratamiento cognitivo conductual en pacientes geriátricos?

### HIPÓTESIS

Si los pacientes geriátricos que padecen depresión mayor participan en un programa de Tratamiento Cognitivo Conductual, sus síntomas cognitivos (pesimismo, sentimientos de culpa, de impotencia, de castigo, de fracaso), (ansiedad, ideas irracionales), conductuales (llanto fácil, inactividad) (pasividad, evitación e inercia) y del afecto (pesimismo, falta de satisfacción, irritabilidad) (tristeza, llanto fácil y culpa), disminuirán significativamente, y sus recursos de afrontamiento se fortalecerán para mediar tanto sus cogniciones como el estrés.

## MÉTODO

### SUJETOS

Participaron en el estudio 10 sujetos (cinco mujeres y cinco hombres) con edades entre los 56 y 88 años, con escolaridad promedio de primaria terminada, sin

ocupación formalmente remunerada, dos de los sujetos casados (un hombre y una mujer) y el resto, aunque con familia, viviendo solos. Referidos por ínter consulta, con un diagnóstico clínico de depresión mayor según la clasificación el DSM-IV, o grave, de acuerdo con la clasificación del Inventario de Depresión de Beck, sin padecimiento psiquiátrico o depresión psicótica.

## VARIABLES

### **Variable independiente: Tratamiento Cognitivo Conductual**

#### *Definición conceptual:*

El tratamiento cognitivo conductual induce al paciente a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional, a comprobar en la realidad su pensamiento y su conducta, y construir técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonal (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

#### *Definición operacional:*

El tratamiento cognitivo conductual Grupal consta de tres fases:

#### 1ª Entrenamiento en relajación (ocho sesiones)

Esta fase se apoya en la técnica de retroalimentación biológica, con los registros de la temperatura periférica, y el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.

#### 2ª Talleres (16 sesiones, cuatro por taller)

1. Reestructuración cognitiva
2. Estilos de afrontamiento
3. Repertorios de auto cuidado

#### 3ª Mantenimiento (cuatro sesiones)

Este programa de tratamiento incluyendo las tres fases antes descritas se basa en la metodología propuesta por Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera y Padilla (1986) para la modificación de la conducta en educación especial. Dichos autores consideran que la selección del tratamiento tiene que partir de un diagnóstico, el cual implica un juicio sobre qué aspectos de la situación deben cambiar y sobre cómo debe lograrse ese cambio. Esta decisión esta influenciada inminentemente por el marco teórico en el que se mueve el profesional de la salud. Además, la elección del tratamiento y sus fases en el proceso tienen una orientación de la terapia de la conducta, que incluye una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación (Rimm y Masters, 1986).

La descripción detallada del tratamiento se presenta en el anexo 1A, 1B, 1C y 1D.

### **Variable dependiente: Trastorno Depresivo Mayor**

#### *Definición conceptual:*

El trastorno depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (DSM-IV, 1995).

El diagnóstico cubre por lo menos cuatro de los siguientes criterios (DSM-IV, 1995):

- Irritabilidad o ansiedad
- Llanto fácil
- Falta de auto confianza (baja autoestima, auto reproche)
- Escasa concentración
- Reducción de la gratificación, pérdida del interés en las actividades habituales
- Expectaciones negativas, desesperanza, impotencia, aumento en la dependencia
- Ideas recurrentes de muerte y suicidio

#### *Definición operacional*

Se considera depresión la puntuación obtenida por el paciente comprendida en un rango de 18.7 a 30 puntos, en una escala de 21 categorías o síntomas, con base al Inventario de Depresión de Beck. Y de una puntuación > 20 de la Escala de Depresión Geriátrica.

### **DISEÑO**

Se efectuó una investigación cuasiexperimental con un diseño de un grupo con pretest y postest.

<i>Pretest</i>	<i>Intervención</i>	<i>Postest</i>
Inventario de Depresión de Beck	Tratamiento Cognitivo Conductual	Inventario de Depresión de Beck
Escala de Depresión Geriátrica		Escala de Depresión Geriátrica

## **INSTRUMENTOS**

### **Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)**

Beck, junto con Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), son los autores del Inventario de Depresión. El Inventario evalúa la gravedad del cuadro depresivo.

El BDI consta de 21 ítems (véase anexo 2), que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck. Otro de sus elementos distintivos es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos; las puntuaciones medias corresponden a las distintas gravedades de la depresión y son:

Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10.9

Depresión leve: puntuación media de 18.7

Depresión moderada: puntuación media de 25.4

Depresión grave: puntuación media de 30

Las subescala del Inventario son:

- Afecto
- Cognición
- Conducta
- Drogas
- Relaciones Interpersonales
- Sensaciones

Aunque puede ser auto aplicada, se administró mediante entrevista.

Validez y confiabilidad: En un trabajo realizado en la Ciudad de México, Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) evaluaron, mediante tres estudios, la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck con la escala de Zung. La correlación obtenida entre ambas escalas fue de  $r = 0.65$ ,  $p < .000$ . Los autores concluyeron que el BDI cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos para evaluar niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México.

### **Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)**

Los autores de la Escala de Depresión Geriátrica son Brink, Yesavage y Lum (1982).

El Inventario evalúa el grado de presencia de depresión en personas ancianas.

La GDS es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos. Es una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión. Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no (véase anexo 3).

Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems. Cada ítem puntúa 1 o 0, por lo que la puntuación total en la GDS oscila entre 0 y 30, 0 y 15 o 0 y 5, según la versión.

En la versión de 30 ítems, que fue la aplicada en el presente estudio, una respuesta afirmativa a los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 equivale a 1 punto, y una respuesta negativa en el resto de los ítems (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) también vale 1 punto.

Los puntos de corte recomendados son los siguientes: 0-10 puntos: normal; 11-30 puntos: posible depresión. Algunos autores diferencian entre: 11-20: depresión leve; > 20: depresión grave.

## **MATERIALES**

Termómetros autoadheribles de celdillas micro cristalizadas, colchonetas, pizarrón, gis, hojas blancas.

## **ESCENARIO**

Salón de psicoterapia grupal del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

El salón tiene un área de 5 m<sup>2</sup>, con buena iluminación natural, adaptado para pacientes geriátricos, con piso antiderrapante y barandales, con mesas y sillas acomodadas en círculo.

## **PROCEDIMIENTO**

El área de consulta externa del tercer nivel de atención del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", remitió al área de psicología a los pacientes diagnosticados clínicamente con trastorno depresivo mayor (F3x.x DSM-IV).

Una vez captados por psicología, se llevó a cabo la entrevista; después se realizó la historia clínica y la evaluación psicológica. Al cumplir el paciente con los criterios de inclusión, se hizo el ofrecimiento de la terapia. Una vez que el paciente aceptó participar, se aplicaron los instrumentos de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Geriátrica.

Se procedió entonces a efectuar las tres fases del Tratamiento Cognitivo Conductual.

### **Fase I. Entrenamiento en relajación (ocho sesiones semanales)**

En un proceso de aprendizaje, se indujo, moldeó y modeló al paciente a fin de que controlara su temperatura periférica, utilizando la técnica de retroalimentación biológica y la técnica de relajación progresiva de Jacobson, para que reconociera su capacidad de auto control y comprobara la relación entre relajación y temperatura periférica. Se tomaron registros de la temperatura periférica de los participantes antes y después de cada una de las sesiones semanales. La duración de esta fase fue de ocho sesiones, las cuales fueron suficientes para que los pacientes logaran el autocontrol deseado.

### **Fase II. Tratamiento (12 sesiones semanales, cuatro por taller)**

Una vez que el paciente logró mantenerse relajado se procedió a la siguiente fase del tratamiento en donde se le explicó en qué consisten las técnicas cognitivas aquí empleadas. Se inició con los talleres siendo el primero el de reestructuración cognitiva, seguido por el de estilos de afrontamiento y concluyendo con repertorios de autocuidado, fueron cuatro sesiones de 60 minutos por taller. (véase anexo 1A, 1B y 1C).

Talleres:

1. Reestructuración cognitiva
2. Estilos de afrontamiento
3. Repertorios de auto cuidado

### **Fase III. Mantenimiento (cuatro sesiones)**

Se efectuaron citas espaciadas cada 15 días con los pacientes, las cuales fueron grupales o individuales, dependiendo de las necesidades del sujeto, dándolos de alta a la tercera sesión.

Se desvaneció la conducta de dependencia hacia el terapeuta y se indujo la autonomía del paciente.

Se aplicaron nuevamente el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Geriátrica.

## RESULTADOS

### *Temperatura periférica*

Uno de los objetivos del tratamiento fue entrenar a los sujetos para que identificaran su locus de control y su capacidad para controlar sus respuestas autónomas. Para ello, el terapeuta registró la temperatura de los participantes antes y después de cada una de las 8 sesiones semanales.

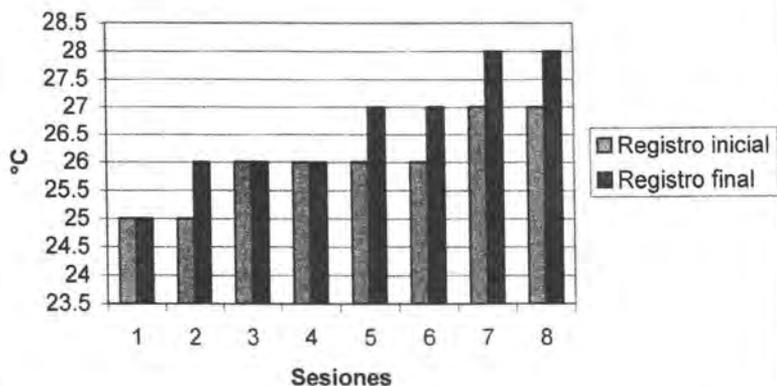
Aunque existen diferencias individuales, se encontró que durante las primeras sesiones (1 a 4) la temperatura registrada oscila entre los 25 y los 26 grados; además, el registro inicial de cada sesión es similar al registro final. A partir de la quinta sesión, los registros iniciales difieren de los finales y aumenta la temperatura, de tal manera que en la octava sesión ésta llega hasta los 28 grados.

Conforme avanzan las sesiones, las temperaturas iniciales se encuentran marcadamente elevadas en comparación con las primeras, pues los sujetos llegan a la sesión con su temperatura periférica inicial alta, lo cual sugiere un aprendizaje de autocontrol.

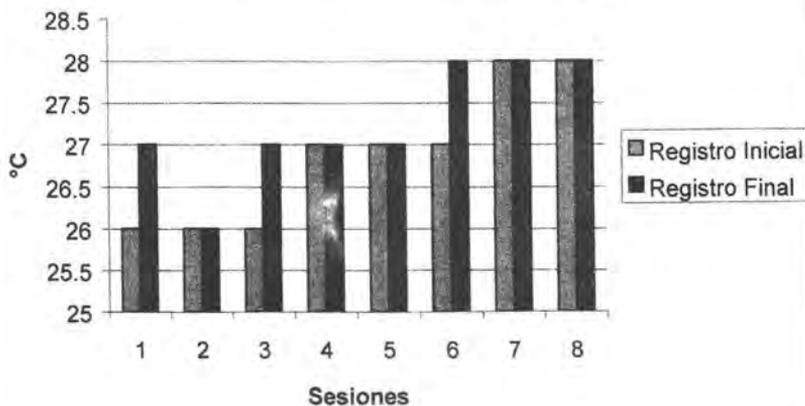
La temperatura media inicial de las 8 sesiones para los 10 sujetos fue de 26.4°C y la temperatura media final fue de 27 °C. La diferencia entre ambas fue altamente significativa, de acuerdo con la prueba de rangos de Wicolxon ( $Z = -2.803$ ;  $p = .005$ ).

Los resultados obtenidos se muestran en las gráficas 1 a 10.

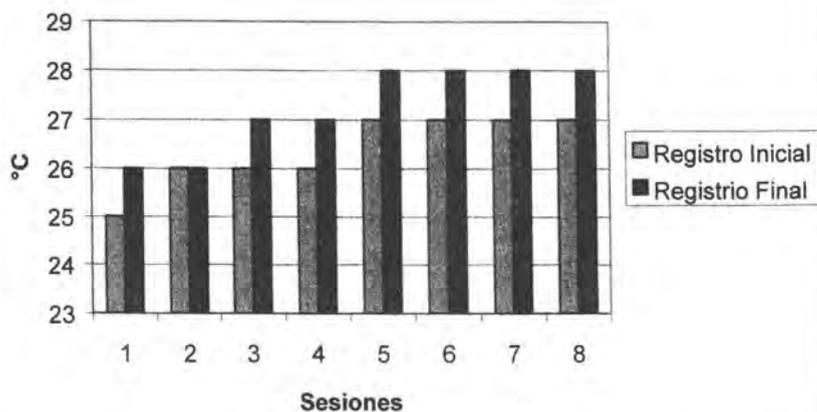
**Gráfica 1**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 1**



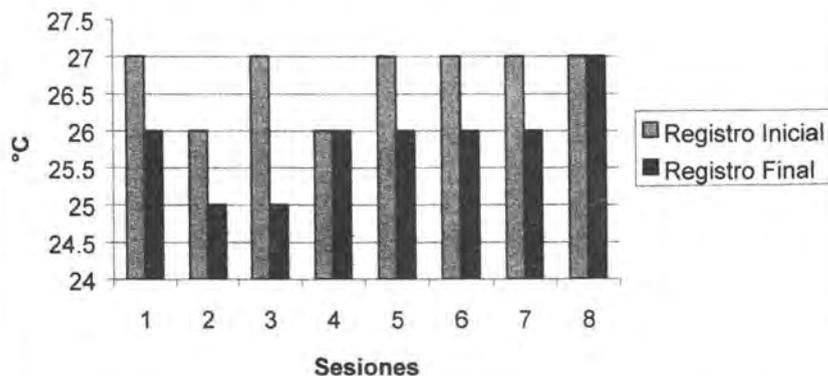
**Gráfica 2**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 2**



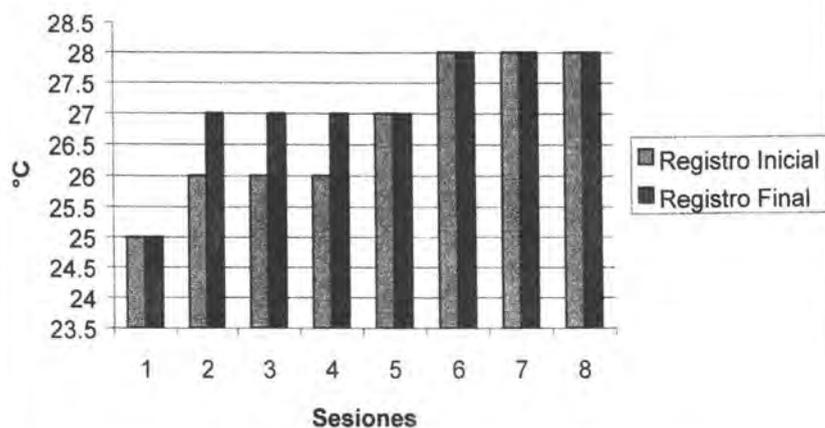
**Gráfica 3**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 3**



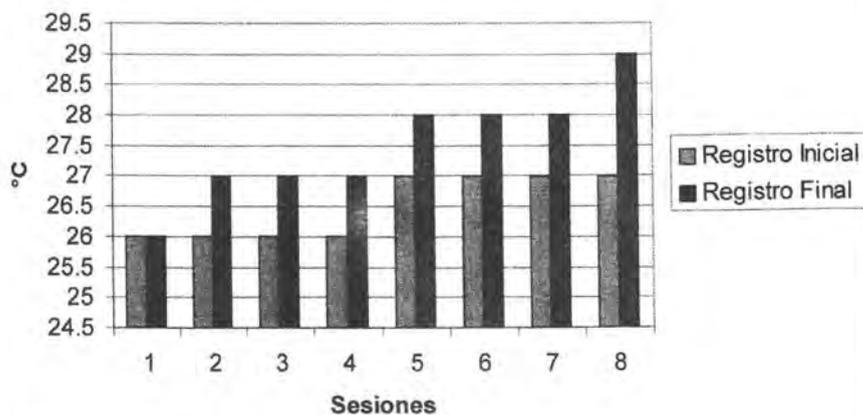
**Gráfica 4**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 4**



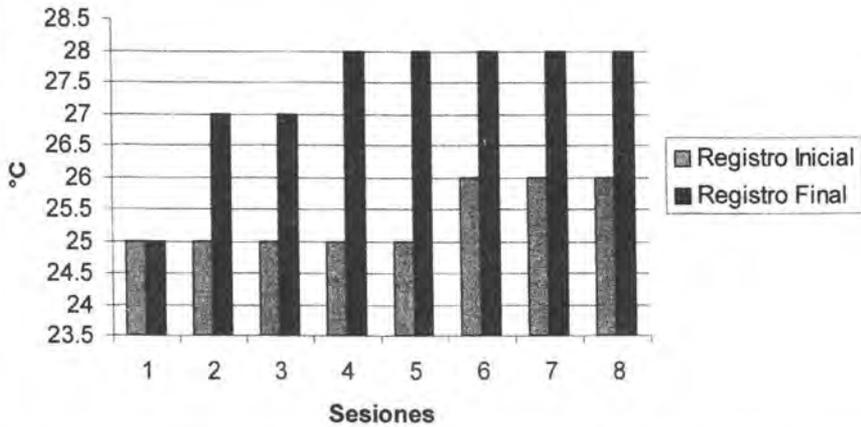
**Gráfica 5**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 5**



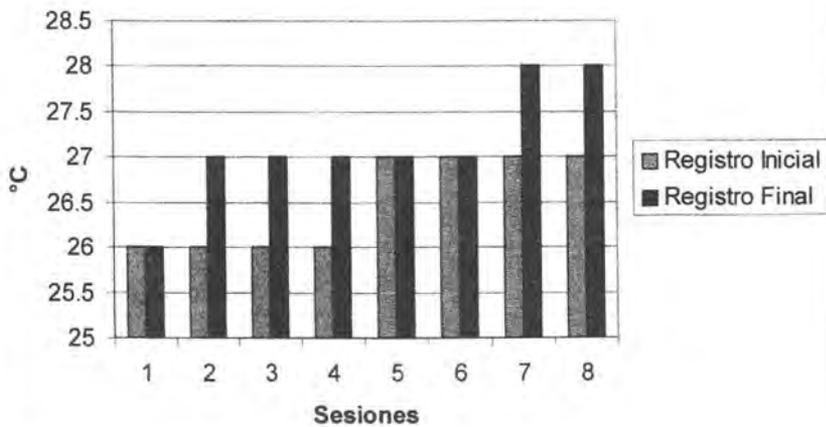
**Gráfica 6**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 6**



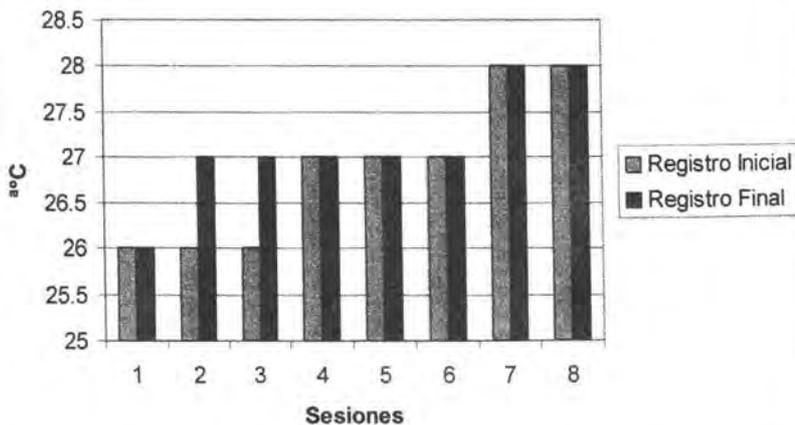
**Gráfica 7**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 7**



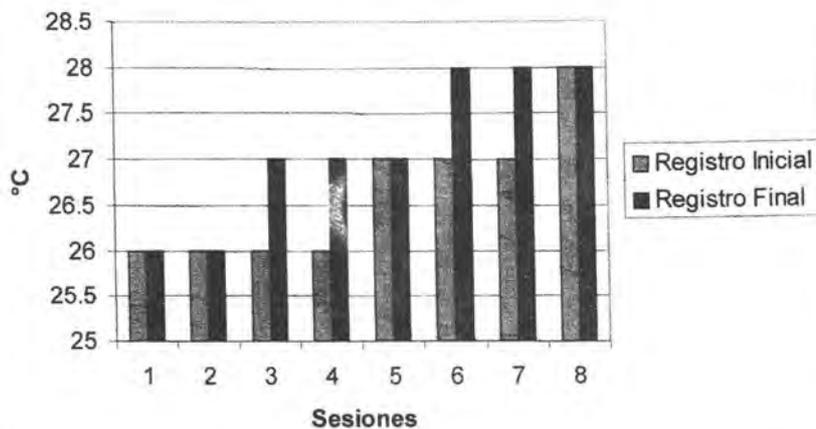
**Gráfica 8**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 8**



**Gráfica 9**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 9**



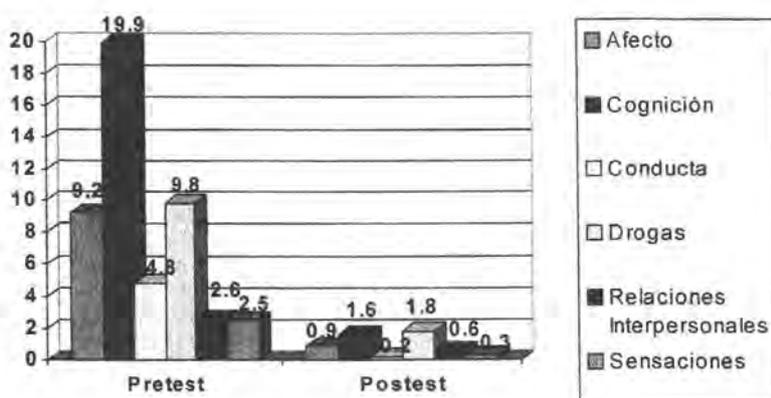
**Gráfica 10**  
**Temperatura Periférica. Sujeto 10**



## Depresión

### Inventario de Depresión de Beck

Se esperaba que, como efecto del Tratamiento Cognitivo Conductual, los síntomas conductuales (como llanto fácil, inactividad); los cognitivos (como sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, sentimiento de castigo, pesimismo, sentimiento de fracaso), y los de afecto (pesimismo, falta de satisfacción, irritabilidad) disminuirían sensiblemente. Como se observa en gráfica 11, los resultados obtenidos en las subescalas del Inventario de Depresión de Beck después del tratamiento mostraron una disminución dramática, al compararlos con los correspondientes al pre tratamiento. La media total obtenida en el pretest fue de 48.8 y en el postest, de 4.8.



Gráfica 11. Medias de las subescalas del IBD antes y después del tratamiento.

Al analizar estadísticamente las diferencias de cada subescala antes y después del tratamiento, se observó un descenso altamente significativo en los síntomas depresivos de los 10 sujetos que participaron en el estudio (véase tabla 4).

Tabla 4  
Diferencias estadísticas en las subescalas del IBD  
antes y después del tratamiento

Subescala	Z de Wilcoxon	p
Afecto	-2.82	.005
Cognición	-2.80	.005
Conducta	-2.86	.004

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Drogas	-2.81	.005
Relaciones interpersonales	-2.86	.004
Sensaciones	-2.84	.004

**Escala GDS**

La hipótesis planteada establecía que los pacientes tratados con la terapia cognitivo conductual tenderían a disminuir los síntomas depresivos. Los resultados obtenidos con Escala GDS por reactivo, antes y después del tratamiento, se muestran en la tabla 3.

Tabla 3  
Respuestas depresivas de los sujetos  
a cada uno de los reactivos de la escala GDS,  
antes y después del tratamiento

Reactivo	Respuesta depresiva	Número de sujetos con respuesta depresiva	
		Pre tratamiento	Pos tratamiento
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	No	10	4
2. ¿Ha dejado algunas de sus actividades e intereses?	Sí	10	4
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	10	2
4. ¿Se siente aburrido con frecuencia?	Sí	10	3
5. ¿Siente esperanza por el futuro?	No	10	1
6. ¿Se siente preocupado por ideas en las que no puede dejar de pensar?	Sí	10	1
7. ¿Se siente de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	No	10	0
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Sí	10	0
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No	10	2
10. ¿A menudo se siente indefenso?	Sí	10	1
11. ¿A menudo se siente inquieto o intranquilo?	Sí	10	3
12. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?	Sí	10	1
13. ¿A menudo se preocupa por el futuro?	Sí	10	3
14. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que los demás?	Sí	9	1
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	No	7	0

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

16. ¿A menudo se siente triste y desanimado?	Sí	8	3
17. ¿Considera que en la actualidad nadie lo aprecia?	Si	10	1
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	Sí	7	1
19. ¿Considera que la vida es muy emocionante?	No	7	0
20. ¿Le cuesta mucho trabajo iniciar nuevos proyectos?	Si	8	4
21. ¿Se siente lleno de energía?	No	6	2
22. ¿Considera que su situación es desesperante?	Sí	8	0
23. ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	Si	10	0
24. ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?	Si	8	0
25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	Sí	8	1
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	Sí	8	5
27. ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	No	7	2
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	Si	8	2
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	No	9	2
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	No	7	1

En términos generales, se observa una disminución importante de los síntomas depresivos entre el pretest y el postest medidos con la Escala GDS. Esta disminución es aún más notable en los reactivos 7, 8, 10, 12, 17 y 23, que están relacionados con síntomas afectivos, del estado de ánimo, sentimientos de miedo, minusvalía y de autoeficacia. En contraste, se observan reactivos donde la diferencia entre la primera aplicación y la segunda no es tan marcada: 20, 21 y 26, los cuales están relacionados con iniciar nuevos proyectos, sentirse con energía y con concentración.

Al comparar los puntajes totales antes (media = 26.3) y después (media = 5.0) del tratamiento con la prueba de rangos de Wilcoxon, se encontraron diferencias altamente significativas ( $Z = -2.818$ ,  $p = .005$ ), lo que indica la efectividad del tratamiento para disminuir los síntomas depresivos.

### Correlación GDS y Beck

Las correlaciones entre las escalas GDS y Beck resultaron no significativas, ni en el pre ni en el postest ( $r_{\text{GDS Pre - Beck pre}} = -.081$ ;  $r_{\text{GDS pos - Beck pos}} = .539$ ).

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una clara disminución de los síntomas depresivos en todos los sujetos. Los análisis estadísticos efectuados revelaron diferencias altamente significativas entre el pre y el postest. Además, el investigador pudo observar, a nivel informal, cambios drásticos en las *facies* de los sujetos, en su alioño y su arreglo personal, en su participación dentro del grupo terapéutico, entre otros indicadores que no fueron registrados sistemáticamente. Se sugiere para trabajos posteriores incluir instrumentos de valoración de la vida diaria, como el Índice de Katz de Independencia de las Actividades de la Vida Diaria, o el Índice de Barthel de Autonomía e Independencia, así como generar un archivo fotográfico de pre y postest que, además de proporcionar información gráfica y objetiva, pueda servir como un factor de retroalimentación para los sujetos. En un estudio realizado en la Universidad de Ramant-Gan en Israel por Gilboa, Presberger, Marom y Haggai (2002), se mostró la importancia de medir la expresión facial y sus efectos en pacientes deprimidos. Los investigadores examinaron, evaluaron y clasificaron la expresión facial, y encontraron una relación directa entre la expresión no verbal en pacientes deprimidos y la presencia de síntomas.

La temperatura periférica resultó un buen parámetro que permitió al sujeto experimentar control sobre sus respuestas fisiológicas. El paciente aprendió que puede lograr un autocontrol conductual y responder adaptativamente ante las exigencias del medio. De tal manera que los hallazgos de la presente investigación confirmaron que la temperatura periférica constituye una excelente herramienta en la primera fase del tratamiento cognitivo conductual de la depresión. Los resultados de otras investigaciones confirman esta aseveración, ya que han establecido que cuando una persona aprende a relajarse y a modificar sus procesos fisiológicos, es capaz de controlar su cuerpo y regular sus emociones. Casi todos los procesos fisiológicos pueden ser regularizados a través del uso de la retroalimentación biológica (Alcázar, Valverde y Vázquez, 1983).

Los resultados obtenidos en los dos instrumentos utilizados (el Inventario de Beck y la escala GDS) mostraron una disminución dramática de los síntomas depresivos atribuible al tratamiento. Esta disminución es notable en los síntomas afectivos, del estado de ánimo, sentimientos de miedo, minusvalía y de autoeficacia. En contraste, se observan reactivos donde la diferencia entre la primera aplicación y la segunda no es tan marcada los cuales están relacionados con iniciar nuevos proyectos, sentirse con energía y con concentración.

El Inventario de Beck, en cambio, cuenta con subescalas que agrupan los síntomas en afectivos, conductuales, de relaciones interpersonales, drogas, cognitivos y de sensaciones, lo que permite valorar y analizar a detalle los síntomas depresivos de los sujetos. Además, debido a que este inventario contiene *items* cognitivos y conductuales, y la terapia que se utilizó tiene una orientación cognitivo conductual, se ajusta convenientemente a la evaluación del

trabajo realizado con los sujetos. Sin embargo, no se dirige específicamente a población geriátrica, por lo que sería muy beneficioso efectuar estudios para adaptarlo a tal población, poniendo especial atención a los *ítems* que tienen que ver con la capacidad sexual, con la memoria y con los planes a futuro. Estas áreas, que tienen relación con la edad y con aspectos de la salud física, fueron precisamente aquéllas en las que no se obtuvieron cambios del pre al postest. En un estudio realizado en Estados Unidos, Knäuper y Wittchen (1994) hallaron indicios de sesgos en diagnósticos de depresión mayor en ancianos con entrevistas estandarizadas, y consideraron que los datos estuvieron sujetos a interpretaciones alternativas, ya que los juicios y preguntas excedían la capacidad cognitiva de los ancianos (personas de más de 65 años).

Otro hallazgo que genera inquietud científica es la no existencia de correlación entre los resultados de la Escala GDS y el Inventario de Beck, a pesar de que en ambos instrumentos la disminución de los síntomas depresivos es igualmente significativa. Es probable que, aunque los dos miden depresión, no estén evaluando los mismos síntomas o aspectos del padecimiento.

Una ventaja del tratamiento cognitivo conductual tiene que ver con la relación costo-beneficio. Este tratamiento no es farmacológico. Estudios realizados en el Reino Unido sobre el costo de la depresión y la rentabilidad del tratamiento farmacológico (Jonsson y Bebbington, 1994) mostraron, con datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad, la Oficina de Censos y Encuestas y la Asociación Médica Británica, que los antidepresivos tricíclicos (ATC) son baratos y que, si se utilizan en dosis terapéuticas, resultan eficaces; sin embargo, sus conflictivos efectos secundarios limitan su eficacia. La imipramina y un inhibidor selectivo de la serotonina (ISRS) son más caros, eficaces y provocan relativamente pocos efectos secundarios, pero tienen altas tasas de abandono (54%), al igual que la paroxetina (42%). El estudio no especifica si el abandono fue por causa de los efectos secundarios, por el costo del medicamento o por la eficacia del mismo. No obstante, señala que este tipo de tratamiento no se concluye al 100%, incrementado aún más el costo, ya que se tiene que retomar el tratamiento.

Desde la perspectiva de un segundo nivel de prevención, al atender la depresión es posible prevenir otras enfermedades, tanto físicas como mentales. En investigaciones como la realizada por Coyne, Fechner y Schwenk (1994) en Michigan, Estados Unidos, se ha encontrado que la depresión no detectada en atención primaria constituye un problema sanitario importante, pues la comorbilidad con estrés agudo, trastornos del sueño, falta de apetito, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas, genera efectos en la salud global del paciente. Asimismo, los investigadores concluyen que estos pacientes en atención primaria se benefician más de una intervención psicosocial que de la medicación.

A esta cualidad de la terapéutica cognitivo conductual de no ser un tratamiento farmacológico, se le agrega otra ventaja que tiene que ver con que, por lo general, el paciente geriátrico es una "farmacia ambulante" y que la ingesta de medicamentos, además de representar una erogación económica importante, deteriora más aún la salud del individuo.

El tratamiento cognitivo conductual se puede generalizar a otros problemas de salud, tanto psicológicos como físicos. Por ejemplo, existen evidencias de la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el tratamiento de la esquizofrenia (Tarrier, Wykes, 2004). Las enfermedades inmunológicas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA y el lupus eritematoso sistémico han sido atendidas con éxito con terapéutica cognitivo-conductual (Bayés y Arranz, 1988, citado en Buela-Casal y Caballo, 1991), gracias al descubrimiento de las respuestas inmunológicas condicionadas efectuado por Ader y Cohen (1981), quienes demostraron que se pueden modular las propias respuestas inmunológicas. Si es posible aprender a reducir las y, sobre todo, a aumentarlas, entonces las ciencias de la salud cuentan con una nueva técnica terapéutica que, sin sustituir el arsenal ya existente o por descubrirse, puede complementarlo muy eficazmente (Bayés, 1988).

La medicina conductual y la psicología de la salud, como disciplinas de enlace entre la medicina y la psicología, son campos poco explotados, cuyas contribuciones pueden ser fundamentales para el tratamiento integral del paciente, independientemente de su padecimiento.

La psicología de la salud, según Matarazzo (1982), es la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud.

En nuestro país, el psicólogo de la salud tiene mucho que aportar para lograr estados de bienestar en todos los mexicanos. La evidencia experimental de la presente investigación constituye un testimonio.

## REFERENCIAS

- Ader, R. y Cohen, N. (1982). Behaviorally Conditioned Immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, **37**: 333-340.
- Alcazar, F., Valverde, D. y Vázquez, D. (1983). Biofeedback en patología del S.N.C. *Rehabilitación*, **17**: 395-404.
- Anderson, M. (1980). Imaginal processes: Therapeutic applications and theoretical Models. En Elizondo, E. *Terapia Cognitiva de Grupo*. México: Limusa.
- Barnes, R., Veith, R. & Raskind, M. (1981). *Depression in older*. New York: Plenum Press.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, **34**: 1313-1322.
- Bayés, R. (1988). Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, **4**: 7-29.
- Beck, A. (1978). *Depression inventory*. New York: International Universities.
- - - & Greenberg, R. (1974). *Coping with depression*. New York: Institute for Rational Living.
- - -, Hollon, S. Young, J. Bedrosian, R., Budenz, D. & Young. (1984). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, **4**: 121-123.
- - -, Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- - -, Ward, C., Mendelson, A., Mock, M., & Erbaugh, C. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**: 561-571.
- - -, Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974) The Measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **6**: 231-234.
- Benson, H. (1972). *Relajación*. Barcelona: Pomaire.
- Buela-Casals, G. (1989). *Psicología experimental: Cronopsicofisiología del ritmo circadiano de actividad durante la vigilia*. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores.

- - - y Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores.
- Bunch, J. (1972). Recent bereavement in relation to suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, **16**: 361-366.
- Burks, N. & Martín, B. (1985). Everyday problems and life change events: Ongoing versus acute sources of stress. *Journal of Personality of Human Stress*, **11**(2): 27-35.
- Brink, T., Yesavage, J. & Lum, O. (1982). Screening Test for Geriatric Depression, *Clinic Gerontology*, **1**:37-43.
- Clayton, P. (1979). The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, **136**(5):1530-1534.
- Clayton, P. (1974). Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Archives of General Psychiatry*, **30**(6): 747-750.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2004). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994-2003*. México: CONAPO
- Cox, P. & Ford, J. R. (1967). The mortality of widows shortly after widowhood. *Lancet*, **1**: 163-164.
- Coyne, J. & Gotlib, I. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, **94**: 472-505.
- Coyne, J., Fechner, B. & Schwenk, T. (1994). Prevalencia, naturaleza y comorbilidad de los trastornos depresivos en la atención primaria. *Focus on Depresión and Anxiety*, **5**: 35-37.
- Chapron, D. & Lawson, I. (1978). Drug prescribing and care of the elderly. In W. Wilkins (Ed.). *Clinical aspects of aging*. Baltimore: Williams Wilkins.
- Chile, I.L. (1973). *Humanistic psychology and the research tradition*. New York: Wiley.
- Craig, G. (1996). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Eisdorfer, C. & Friedel, R.(1977). Psychotherapeutic Drugs in Aging. In M. Jarrick (Ed.). *Psychopharmacology in the practice of medicine*. New York: Appleton Century Crofts.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy*. New York: Institute for Rational Living.

- - - & Grieger, R. (1990), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer.
- Erickson, E. (1987). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Folkman, A., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**:1900-1992.
- - -, Weingartener, H. & Smallberg, S. (1986). Dynamics of stressful encounter cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**:1992-2003.
- Freeman, A. (1988). Cognitive therapy and overview. In A. Freeman (Ed.). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press.
- Frost, N. & Clayton, C., & Parkes, J. (1979). Bereavement and psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry*, **34**: 1172-1175.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M., Taracena, E. y Padilla, F. (1986). *Modificación de la conducta en la educación especial: Diagnóstico y Programas*. México: Trillas.
- Geenblatt, M. (1978). The grieving spouse. *American Journal of Psychiatry*, **135**: 43-47.
- Gilboa-Shechtman, E., Presburger, G., Marom, S. & Hermesh, H. (2004). The effects of social anxiety and depression on the evaluation of facial crowds. *Behavior Research and Therapy*, **42**: 1001-1017.
- Glass, R., Millar, G., & Smith, H. (1980). Response acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training: *Journal of Counseling Psychology*. **23** 520-526.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale of depression: *Journal Neurology Psychiatry*, **23**: 56-72.
- Hollon, S. & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In A. E. Berg & S. Garfield (Ed.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Plenum Press.
- Jacobs, S. y Ostfeld, A. (1977). An Epidemiological Review of the Mortality of Bereavement. *Psychosomatic Medicine*, **39**: 344-357.

- Jacobson, B. (1984). *The lady killers: Why smoking is a feminist issue*. London: Pluto Press.
- & (1874). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jonson, B. y Bebbington, P. (1994). ¿Cuánto cuesta la depresión? El costo de la depresión y la rentabilidad del tratamiento farmacológico. *Focus on Depression and Anxiety*, 5(2): 36-38.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1988). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3): 26-31.
- Kanner, A., Coyne, J., Scha, C., Chaefer J. & Lazarus, R. (1982). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 1-39.
- Karacan, I. Salis, P. & Williams, R. (1978). The role of the sleep laboratory in diagnosis and treatment of impotence. In R.L. Williams & I. Karacan (Ed.). *Sleep disorders: Diagnosis and treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- Keller, M., Lavori, P., & Mueller, T. (1992). Time to recovery, chronicity and levels of pshycho pathology in mayor depression. *Archives of General Psychiatry*, 49: 812-816.
- Kendall, M. & Hollon, S. (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Kielholz, P. (1970). Diagnostic aspects in the treatment of depression. *Depressive Illness*. Basle: Hans Huber Publishers.
- Knäuper, B. & Wittchen, T. (1994). Diagnóstico de la depresión mayor en el anciano: ¿Indicios de sesgo en las entrevistas estandarizadas? *Focus on Depression and Anxiety*, 5 (2): 43-44.
- Lazarus, R. & Folkman, (1987): Transactional Theory and Research on Emotions and Coping, *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- , Dunkel-Schetter, D., DeLongis, A. y Gruñe, R. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- , Dunkel-Schetter, D., DeLongis, A. y Gruñe, R. (1986). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Ledwidge, B. (1978). Cognitive behavior modification. A step in the wrong direction. *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.

- López-Ibor, J. (1978). *Depresión*. Madrid: Paz Montalvo.
- - -, Pichot, P. y Valdés, M. (1995), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV, Barcelona: Masson.
- Lowen, A. (1993) *Bioenergética*. México: Diana.
- Luborsky, L. & Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies: *Is it true that everyone has won and all must have prizes?* *Archives of General Psychiatry*, **32**, 995-1008.
- Maddison, D. (1968). The Relevance of conjugal bereavement of preventive psychiatry, *British Journal of Medical Psychology*, **41**, 223-233.
- Mahoney, M. (1988). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationships. In K. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. London: Hutchinson.
- Marris, P. (1974). *Loss and change*. New York: Pantheon Books.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, **37**: 1-14.
- Mayeux, R. (1982). Depression and dementia in Parkinson's disease. In C. Marsden & S. Fahn (Eds.). *Movement Disorders*. London: Butterworth.
- McCrae, R., y Costa, S; (1986). Personality coping and coping effectiveness in adult sample. *Journal of Personality*, **54**,385-405.
- McKay, M., Davis, M. y Faning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Menagham, E. (1983). Individual coping efforts and family studies: Conceptual and methodological. In H. McCubbin, M. Sussman & J. Peterson (Eds.). *Social stress and the family*. New York: Haworth Press.
- Miechembaum, D. H. y Gilmore, J., (1971) Grupos de desensibilización sistemática para el tratamiento de la ansiedad. *Manual de Consulta y Clínica Psicológica*, **36**, 410-461.
- Moos, R. y Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L., Gold Berger y S. Brzeznicz (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: McMillan.
- Morel-Maroger, A. (1970). *Los síndromes depresivos*. Paris: Bounyure

- Novara, R., Sotillo, L. y Warton, A. (1985). Calidad de la relación familiar y depresión: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, **40**:12-35.
- Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C., Carrera, C. y Molina, A. (2001). Validez y confiabilidad de la Escala de Hamilton. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, **41**:13-35.
- O'Neli, P.M. & Calhoun, K.S. (1975). Sensory deficits and behavioral deterioration in senescence. *Journal of Abnormal Psychology*, **84**: 579-585.
- Papalia, D. y Olds, S. (1997). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill.
- . (1985). *Psicología*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Parkes, C. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Perris, C. (1988). Intensive cognitive behavioral psychotherapy with patients suffering from schizophrenic psychotic or post-psychotic syndromes. Theoretic and practical aspects. In C. Perris & I. Blackburn (Eds.). *Cognitive Psychotherapy*. Berlin: Springer.
- Phares, E. (1999). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Rimm, D. y Masters, J. (1987). *Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal and external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, **80**(609):1-28.
- Sartorius, N. (1975). *Depressive disorders*. Baltimore: A y D Corporation.
- , Jblensky, A., & Gulbinat, W. (1979). Who collaborative study: Assessment of depressive disorders: Preliminary communication. *Psychological Medicine*, **10**:743
- Shapiro, D. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, **92**,581-604.
- Shultz, J. (1991). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científica Médica.
- Smith, M. Glass, G. & Millar, T. (1980). *The benefits of the psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Smoller, J.W. (1996). Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, **154**: 6-17.
- Soreson, A., & Strömngren, E. (1979). Frequency of depressive states within geographically delimited population groups. *Acta Psyc. Scand. Suppl*, **162**:62.
- Solórzano, R. (1998). *Terapia Bioquímica Nutricional*, México: OASA.
- Tarrier, N., Wykes, T. (2004). Evidencia de la efectividad del tratamiento cognitivo Conductual en Esquizofrenia. *Behavior Research and Therapy*, **42**: 1377-1519
- Tomlison, B. (1982). Plagues, Tangles and Alzheimer's Disease. *Psychological Medicine*, **12**, 449.
- Troll, L. & Nowak, C. (1976). How Old Are You? –The Question of Age Bias in the Counseling of Adults. *Counseling Psychologist*, **15**, 41-44.
- Vachon, M. (1976). Grief and Bereavement Following the Death of a Spouse. *Canadian Psychiatric Association Journal*, **21**, 35-44.
- Vitalino, R., Carr, M., & Becker, E. (1985). The Ways of Coping Checklist Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, **20**: 3-20.
- Wachtel, P. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward and Integration*. New York: Basic books.
- Wallston, K., Wallston, B. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus the Control. *Health Education Monograph*, **6**:160-170
- Webb, W. (1982). Sleep in Older Persons: Sleep Structures of 50-to-60-year-Old Men and Women. *Journal of Gerontology*, **37**:581-586.
- Young, M. Benjamin, B. & Willis, C. (1963). The Mortality of Widowers. *Lancet*, **2**: 254-256.
- Zung, W.. A Self Rating Depression Scale, *Arch Gen Psychiatry*, **12**:63-70.

**ANEXO 1**  
**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**  
**1 A INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO**

Inventario de Afrontamiento Proactivo

[The Proactive Coping Inventory (PCI): Spanish Version]

Benicio Gutiérrez-Doña, Esther Greenglass & Ralf Schwarzer 2002

Subescala de Afrontamiento Proactivo

- Una vez alcanzada una meta, fui en busca de retos más grandes.
- Estuve planteándome situaciones para llegar a lograr algo más.
- Me basé en mis logros y vivencias previas para perfeccionarme.
- Cuando quise realizar mis sueños, me los imaginé y me concentré en ellos.
- Deseé que las cosas que realizaba dejaran una huella en la vida de los demás.
- Una vez que me definí un propósito determinado, no me detuve hasta alcanzarlo.
- Dedicué esfuerzos considerables, a las cosas que me parecían relevantes, sin dejar distraerme por lo demás.
- Viví pensando en las cosas que podía mejorar.
- Seguí mi camino hacia arriba aunque fuera duro.
- Asumí la responsabilidad de las cosas y además me involucré en solucionar los problemas que otros habían causado.
- Cuando se me vino una dificultad tras otra, entonces preferí "agarrar el toro por los cuernos" y busqué la mejor solución.
- Me encantó mejorar la calidad de mi [trabajo].
- Me fascinaron los retos y no me importó tener que correr riesgos.
- Cuando las cosas salían mal, entonces preferí tomar la iniciativa para resolver los problemas.
- Subescala de Afrontamiento Reflexivo
- Me imaginé a mí mismo resolviendo los problemas difíciles.
- En vez de actuar impulsivamente, pensé en varias alternativas para resolver los problemas.
- Me imaginé diferentes escenarios, para estar preparado(a) a diferentes desenlaces.
- Abordé los problemas pensando en alternativas realistas.
- Cuando tuve problemas con mis compañeros de [trabajo], entonces imaginé de antemano la forma de lidiar exitosamente con dichos problemas.
- Antes de emprender una tarea difícil, me imaginé escenarios exitosos.
- Solamente tomé acciones, después de haber pensado cuidadosamente en los problemas.
- Me imaginé a mí mismo resolviendo problemas difíciles, antes de que estos ocurrieran.
- Me acerqué a los problemas desde diferentes perspectivas, antes de escoger la alternativa de acción más apropiada.
- Cuando tenía serios malentendidos con los compañeros de [trabajo], repasaba posibles vías de solución antes de ponerlas en práctica.
- Antes de poner en práctica la solución de un problema, me tomaba el tiempo para pensar en los posibles desenlaces.

Instrucción General

"Las personas usamos diferentes estrategias para enfrentar el estrés. Por favor piense en [la situación a evaluar] e indique en qué medida usó Ud. cada una de las siguientes estrategias – durante el último mes, incluyendo el día de hoy- para adaptarse y enfrentarse a ella.

Formato de Respuesta

- 1- No, Yo no hice esto.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

- 2- Sí, Yo hice esto un Poco.
- 3- Sí, Yo hice esto con Bastante Frecuencia.
- 4- Sí, Yo hice esto con Mucha Frecuencia.

**Referencias:**

- Greenglass, E. (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). In R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (Vols. CD-ROM). Berlin: Free University of Berlin.
- Greenglass, E. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., & Taubert, S. (2000). English version of the PCI.
- Schwarzer, R. (1999). Proactive Coping Theory. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14, 1999.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Schwarzer, R., Greenglass, E., & Taubert, S. (2000). German version of the PCI.
- Taubert, S. (1999). Development and validation of a psychometric instrument for the assessment of proactive coping. Unpublished diploma thesis, Freie Universität Berlin, Germany.

## **1 B RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON**

Dos sesiones de 20 minutos a la semana

### **EL LUGAR PARA REALIZAR LA RELAJACIÓN**

El lugar de práctica es donde se evitarán en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz).

Tiene que cumplir unos requisitos mínimos:

- ❖ Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- ❖ Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- ❖ Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

### **LA POSICION PARA LA RELAJACION**

A continuación especificamos las descritas anteriormente.

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
2. Un sillón cómodo y con brazos. En este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en una silla o banqueta.

### **LA ROPA**

- ❖ En una sesión previa se advierte al paciente que no lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra.
- ❖ Es importante el tema de las gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto, etc.

### **EL CURSO DEL ENTRENAMIENTO**

A continuación se presenta la versión del modelo de relajación de Jacobson, seguida por recomendaciones en general, que reúne una recopilación de varios modelos de la relajación progresiva como el de Bernstein y Brokovec, el de Cautela y Groden y el de Huber, retomadas de Goldfried y Davidson (1976) y recogidas por Carnwath y Miller (1989),

### Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

#### TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA

1. Se enseña a los pacientes a identificar los grupos de músculos en el siguiente orden:
  - a. Mano y antebrazo dominante
  - b. Bíceps dominante
  - c. Mano y antebrazo no dominante
  - d. Bíceps no dominante
  - e. Frente
  - f. Parte superior de la mejillas y nariz
  - g. Parte inferior de la mejillas y mandíbula
  - h. Cuello y garganta
  - i. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
  - j. Región abdominal estomacal
  - k. Muslo dominante
  - l. Pantorrilla dominante
  - m. Pie dominante
  - n. Muslo no dominante
  - o. Pantorrilla no dominante
  - p. Pie no dominante
3. Para cada grupo de músculos se efectúa la siguiente secuencia de hechos:
  - b. El paciente localiza su atención en el grupo de músculos
  - c. A una señal predeterminada del terapeuta, tensa el grupo de músculos.
  - d. La tensión se mantiene durante un periodo de 5 a 7 segundos (esta duración es más corta en el caso de los pies).
  - e. A una indicación predeterminada, relaja el grupo de músculos.
  - f. El paciente mantiene su atención en el grupo de músculos señalados.
4. Se asegura la relajación completa después de haber tensado y relajado los 16 grupos de músculos dos veces; se debe enfatizar el efecto que se ha conseguido con la relajación utilizando la sugestión para llegar a una relajación profunda.
5. Mantenimiento. Es importante que el paciente emplee esta técnica por lo menos dos veces por día para que se sensibilice hacia un autocontrol

### Entrenamiento Autógeno

#### ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

1. Concentrar la atención en el mundo exterior, diciéndose frases como: soy consciente de que está pasando un coche, de que está oscuro, de que mi ropa es roja...
2. Una vez que se tome conciencia de lo que le rodea, dirigir la atención al propio

cuerpo y sus sensaciones físicas (soy consciente de que hace frío, de que tengo hambre, de mi tensión en el cuello, del cosquilleo en la planta del pie).

3. Pasar alternativamente de un tipo de conciencia a otro (soy consciente de que me duele la cabeza, de que hay excesiva luz, de que la habitación es cuadrada...).
4. Al realizar este ejercicio es posible darse cuenta de la diferencia entre el mundo externo y el interior y ser conscientes de ello.

## RECOMENDACIONES PRACTICAS

Las siguientes sugerencias, tomadas de Goldfried y Davidson (1976) y recogidas por Carnwath y Miller (1989), han demostrado su utilidad en la práctica clínica:

a) Decir al paciente que está aprendiendo una nueva habilidad, del mismo modo que podría aprender a conducir o a practicar algún deporte. Ha aprendido a estar ansioso y ahora va a aprender a relajarse, aunque esto requiere tiempo.

b) Podría tener sensaciones "extrañas", tales como hormigueo o sensación de flotar. Estas son señales positivas de que se está "soltando". De un modo similar, la ansiedad, por un incremento aparente de los síntomas, como la frecuencia cardíaca o la tensión muscular, indica simplemente una mayor conciencia física y no una disfunción física resultante.

c) Recomendar que deje que las cosas ocurran y que se deje llevar por el proceso.

d) No debe tener miedo de perder el control, pues es libre de dejarlo en cualquier momento. Es responsable de la situación. Comprobar su miedo periódicamente. Utilizar la analogía, por ejemplo, de montar a caballo: el control y el equilibrio básicos se consiguen "soltando los músculos".

e) El aprendizaje de la relajación no es un examen que implique aprobar o reprobar. Ni se desea un esfuerzo extra. Es muy posible que los efectos tarden en aparecer y esto es normal (¡lleva mucho tiempo tenso!).

f) Es libre de moverse en la silla para buscar una posición cómoda, aunque no debe hacer movimientos corporales innecesarios o bruscos, ni debe hablar con el terapeuta si no es preciso.

g) Puede mantener abiertos los ojos inicialmente si se siente más cómodo así, aunque más adelante debe intentarlo con los ojos cerrados.

h) Podría hacerse mucho más sensible a las sensaciones asociadas al inicio de la ansiedad y tensión. Éstas pueden utilizarse como pautas para interceptar el inicio de las mismas en el futuro.

Según estos mismos autores, también puede ser útil para ayudar al paciente a acostumbrarse al aprendizaje:

- a) Modelar el procedimiento, particularmente en los casos donde se combina la tensión y la relajación de grupos musculares con una frecuencia respiratoria. Esto ayudará a clarificar las instrucciones del ejercicio y aliviará cualquier vergüenza de adoptar expresiones faciales o posturas corporales "raras".
- b) Animar al paciente a hacer preguntas si tiene dudas sobre alguna parte del proceso.
- c) Comprobar si encuentra incómodo llevar lentes de contacto con los ojos cerrados durante períodos de tiempo largos y, si es así, permitir que se los quite. También se le puede recomendar que se afloje la ropa o se quite los zapatos demasiado apretados.
- d) Administrar las instrucciones de relajación con voz cálida, baja y suave, a un ritmo más lento de lo normal. Tomarse todo el tiempo necesario.
- e) Observar al paciente de cerca durante la(s) primera(s) sesión(es) para asegurarse que está siguiendo las instrucciones correctamente y que no está engañando en su propio detrimento.
- f) Retroalimentación. Después de las sesiones (o durante las mismas si es apropiado), ayudar al paciente a dominar la técnica con más rapidez y eficacia.
- g) Elogiar al paciente por sus esfuerzos. No es fácil soltarse después de varios años de tensión, por lo que elogiar y animar al paciente de un modo apropiado reforzará sus esfuerzos y estimulará su motivación para perseverar.

## CONTRAINDICACIONES

A nivel general según Carnwath y Miller (1989), la relajación puede estar contraindicada en algunos casos que a continuación se describen:

- ❖ Malos recuerdos de la infancia.
- ❖ Enfermedades físicas graves.
- ❖ Heridas y tensiones musculares.
- ❖ Operaciones recientes.

## ANEXO 1C REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva consiste en discutir las creencias irracionales por el método socrático, didáctico u otros, poner de relieve las nuevas creencias racionales y adaptativas que surgen de la discusión, codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración.

### Ejemplo:

El terapeuta razona con el paciente haciéndole ver que su depresión se debe a que valoraba la pérdida del empleo negativamente (era el fin del mundo) y eso no es real, además podrá buscar otro empleo, quizás mejor que el que tenía.

Un resultado posible de la discusión anterior es que el paciente se lo crea, le disminuya el malestar y pueda salir a buscar empleo.

Además, la sustitución de las creencias irracionales puede promoverse desde dentro de un contexto hipnótico con o sin inducción formal de trance.

### Técnicas cognitivas:

En esta técnica se le explica al paciente en qué consiste la reestructuración cognitiva, para proceder a la realización de un ejercicio para identificar los pensamientos negativos. La reestructuración cognitiva (Ellis, 1971) es una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas, para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas.

A continuación se detallan las de fases del tratamiento:

1. Detección de pensamientos automáticos: los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2. Clasificación de las distorsiones cognitivas: a veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

**3. Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos:** puede hacerse de diferentes maneras: (1) a partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

**4. Concretizar las hipótesis:** las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

**5. Reatribución:** el paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

**6. Descentramiento:** el paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (por ejemplo: diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

**7. Descatastrofización:** el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

**8. Uso de imágenes:** el terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

**9. Manejo de supuestos personales:**

a. Uso de preguntas:

❖ Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.

❖ Preguntar por la evidencia para mantenerla.

b. Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

c. Diseñar un experimento para comprobar la validez de la asunción.

A continuación se presentan algunos ejemplos del método de las preguntas, en algunas de las técnicas cognitivas:

1. Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos: ¿qué quiere decir con...?, ¿por qué razón piensa o cree eso?. ¿por qué es tan importante eso que piensa para usted?
2. Cuestionamiento de evidencias: ¿qué pruebas tiene para creer eso?
3. Reatribución: ¿pueden haber otras causas que expliquen ese suceso? ¿ha pensado usted en la posibilidad de que influyera? examen de opciones alternativas de interpretación: ¿puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?, ¿son posibles otras interpretaciones?, ¿qué otras cosas pensó ante ese suceso?. veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias
4. examen de consecuencias anticipadas: ¿a qué le lleva pensar eso?, ¿le es de alguna utilidad?
5. comprobar los efectos: si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?, ¿se podría hacer algo si ocurriese?.
6. examen de las ventajas y desventajas: ¿qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?
7. Escalar un problema: ¿podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?. Hacer jerarquías.
8. Cambio de imágenes: ¿podríamos afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?. Técnicas de inoculación al estrés.
9. Etiquetar la distorsión cognitiva: de los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?, ¿qué alternativas podríamos encontrar a ese error?.
10. Asociación guiada para encontrar significados asociados entre sí: ¿y si eso fuera así, entonces que significaría para usted?.
11. Distracción cognitiva: ¿podríamos probar algún método para desviar su atención?. Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos, etc.
12. Autoinstrucciones: ¿podríamos probar a cambiar su diálogo interno?. Uso de autoinstrucciones.
13. Valorar las probabilidades de ocurrencia de un evento temido: ¿qué posibilidades hay de que ocurra eso?, otras veces lo pensé, ¿y qué ocurrió en realidad?.
14. Prevención cognitiva: ¿podríamos comprobar qué sucede en realidad si usted no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?.
15. Rol playing: ¿podemos representar esa escena y ver que pasos podría seguir, a modo de guía mental?
16. Uso de experimentos personales: ¿podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?. Uso de técnicas conductuales.
17. Resolución de problemas: ¿podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**ANEXO 1D**  
**TALLER DE AUTO CUIDADO**

Anotar **SI** el paciente presenta las siguientes conductas y **NO** en el caso contrario;  
de ser necesario explicar con amplitud.

Cuidado personal

I, vestimenta

1. Ponerse la blusa
2. ponerse los pantalones
3. ponerse la falda
4. ponerse el vestido
5. ponerse el sueter
6. abrocharse los botones
7. amarrar los cordones de los zapatos
8. colocarse el cinturón
9. ponerse calcetines
10. ponerse ropa interior

II. Aseo

1. Cuidado de los dientes
  - a) cepillarse
  - b) manejar el cepillo de dientes
  - c) usar dentífrico
  
2. Cuidado de la uñas
  - a) limpiar
  - b) limar
  - c) cortar
  
3. Sonarse la nariz
  - a) soplar
  - b) Limpiar

III. Habilidades para comer

1. Manejo de utensilios
  - a) usar cuchara
  - b) usar tenedor
  - c) usar cuchillo
  - d) usar tazas
  - e) usar vasos
  - f) usar platos
  
2. Conductas inadecuadas en la mesa
  - a) comer con las manos
  - b) tirar la comida

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

- c) escupir la comida
- d) derramar el agua del vaso con frecuencia

- 3. Limpiar la mesa
- 4. poner la mesa
- 5. limpiar los platos

III. tareas y responsabilidades generales

- 1. limpiar líquidos
- 2. hacer la cama
- 3. colgar la ropa en ganchos o clósets
- 4. limpiar sus zapatos
  - a) cepillad
  - b) pintar
  - c) limpiar
- 5. poner las cosas en su lugar
- 6. responder a la puerta
- 7. reportar accidentes
- 8. ir por el mandado
- 9. responder a las luces del semáforo
- 10. se apeg a su terapéutica médica

## ANEXO 2

### Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

#### 1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

#### 2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

#### 3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

#### 4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

#### 5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

#### 6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

#### 7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

#### 8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
  - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
  - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
  - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
  - Siento que estaría mejor muerto
  - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
  - Tengo planes decididos de suicidarme
  - Me mataría si pudiera
  - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Periodos de llanto
- No lloro más de lo habitual
  - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
  - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
  - Ahora lloro más de lo normal
11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
  - Me irrito con más facilidad que antes
  - Me siento irritado todo el tiempo
  - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
  - Me intereso por la gente menos que antes
  - No he perdido mi interés por los demás
  - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
  - Tomo mis decisiones como siempre
  - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
  - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
  - Me siento feo y repulsivo
  - No me siento con peor aspecto que antes
  - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
  - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
  - No puedo trabajar en nada
  - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
  - No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
  - Me despierto más cansado por la mañana
  - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
  - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
  - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
  - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
  - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
  - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
  - Cualquier cosa que hago me fatiga
  - No me canso más de lo normal

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS

- Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 18. Pérdida de apetito
  - He perdido totalmente el apetito
  - Mi apetito no es tan bueno como antes
  - Mi apetito es ahora mucho menor
  - Tengo el mismo apetito de siempre
- 19. Pérdida de peso
  - No he perdido peso últimamente
  - He perdido más de 2,5 kg
  - He perdido más de 5 kg
  - He perdido más de 7,5 kg
- 20. Hipocondría
  - Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
  - Estoy preocupado por dolores y trastornos
  - No me preocupa mi salud más de lo normal
  - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 21. Libido
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes
  - He perdido todo mi interés por el sexo
  - Apenas me siento atraído sexualmente
  - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO 3**  
**Escala de Depresión Geriátrica**  
**(Geriatric Depression Scale, GDS) (version de 30 ítems)**

A continuación se presentan 30 reactivos con dos alternativas de respuesta, circule la que más se acerque a su situación actual.

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	SÍ	NO
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	SÍ	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	NO
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	SÍ	NO
8. ¿Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	NO
9. ¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
10. ¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido?	SÍ	NO
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	NO
12. ¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir?	SÍ	NO
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	SÍ	NO
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	NO
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	SÍ	NO
16. ¿Se siente usted a menudo triste?	SÍ	NO
17. ¿Se siente usted inútil?	SÍ	NO
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	NO
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	SÍ	NO
20. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	SÍ	NO
21. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
22. ¿Se siente usted sin esperanza?	SÍ	NO
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	SÍ	NO
24. ¿Se preocupa por cosas sin importancia?	SÍ	NO
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	NO
26. ¿Es difícil para usted concentrarse?	SÍ	NO
27. ¿Disfruta al levantarse por las mañanas?	SÍ	NO
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SÍ	NO
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SÍ	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	SÍ	NO