



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON UN ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADULTOS MAYORES  
CON DEPRESIÓN**

**T E S I S I N A**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**Licenciada en Psicología**

**P R E S E N T A**

**JESSICA YESCAS JIMÉNEZ**

**Directora de tesina: Dra. Martha Patricia Trejo Morales**

**Revisora:**

**Sinodales:**

**Ciudad de México, 2018**



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.

“A cada adulto mayor  
que perdió la vida antes de morir”

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios que con su infinito amor me ha guardado para llegar a este momento.

A mis padres Yanina Jiménez Solís y Cesar Diego Yescas Mercado por su apoyo, estímulo y amor incondicional.

A mis hermanos Cesar Yescas Jiménez y Jair Gil Galicia Jiménez por su grata compañía.

A la gran y hermosa Familia de la que provengo que me enorgullecen a cada momento, no importa en donde me encuentre están ahí impregnados en mis valores.

A nuestra máxima casa de estudios la Universidad Autónoma de México que me permite esta dicha. A la Dra. Martha Patricia Trejo Morales directora de investigación cuya preparación, experiencia y sabiduría han sido pieza fundamental para culminar este documento.

A los sinodales quienes dedicaron tiempo para mejorar la investigación presente.

Pero sobre Todo a mis queridos Abuelos Benjamín Jiménez Basaldúa, Caritina Solís Castro, Rosa Mercado Aragón y León Yescas Piña que gracias a su sabia compañía motivaron esta investigación.

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	6
<b>1. Envejecimiento</b>	
1.1 Conceptos .....	9
1.2 Antecedentes del envejecimiento.....	12
1.3 Perspectivas del envejecimiento.....	19
1.4 Características del envejecimiento.....	31
1.4.1 Características Físicas.....	31
1.4.2 Características Psicológicas y Sociales.....	33
<b>2. Terapia cognitiva en la depresión</b>	
2.1 Conceptos.....	38
2.2 Depresión en adultos mayores.....	42
2.3 Terapia cognitivo conductual en pacientes con depresión .....	46
<b>3. Propuesta</b>	
3.1 Justificación.....	62
3.2 Objetivos.....	63
3.2.1 Objetivos Generales .....	63
3.2.2 Objetivos Específicos .....	63
3.3 Programa de intervención .....	64
<b>Alcances y limitaciones</b> .....	81
<b>Conclusiones</b> .....	82
<b>Referencias</b> .....	83
<b>Anexos</b> .....	90

## RESUMEN

Las representaciones negativas, estereotipos y modelos de envejecimiento inciden en la construcción social de la identidad y autonomía del adulto mayor. Los estereotipos negativos limitan al adulto mayor y lo condicionan en su modo de ser y de comportarse, lo **que**, en algunos casos, ocasiona depresión. El objetivo del documento fue presentar una propuesta de intervención grupal, con base en la Terapia Cognitivo Conductual, para disminuir o eliminar la sintomatología depresiva a través de la reestructuración cognitiva y conductual, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la reformulación de un proyecto de vida, lo cual se reflejará **en una mejorar calidad** de vida de adultos mayores.

Palabras clave: depresión, adultos mayores, terapia cognitivo conductual, programa de intervención.

## INTRODUCCION

El aumento de personas adultas mayores plantea diferentes retos a los sistemas de salud de todo el mundo, incluido México. Hoy en día, las personas mayores de 65 años son más numerosas que los niños de 5 años (Ávila Fuentes & Garcia Lara, 2017). Según las estadísticas, México es aún un país joven, sin embargo, no estará exento de este fenómeno demográfico (INEGI, 2015).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno de orden mundial que ha obligado a las distintas sociedades a estudiarlo desde varias perspectivas (de Alba González, 2013), las cuales ponen de manifiesto las diferentes visiones acerca de cómo conceptualizar esta etapa. Las ideas, conceptos y constructos que se tienen con respecto a la vejez, se definen con base en el entorno sociocultural y momento histórico, aspectos que deben ser tomados en cuenta para su correcta definición, estudio y entendimiento. Detrás de la definición de vejez también existe una creación social llena de estereotipos y creencias, que en la mayoría de las ocasiones, no corresponden con la realidad (Montañas Rodríguez & Latorre Postigo, 2004); aunado a esto, el desconocimiento y la modernidad han hecho una variación en su conceptualización. Estas variables, en conjunto, provocan un impacto en la actitud que se tiene de la vejez y el envejecimiento en todos los miembros de una sociedad (sin distinción de edad). En los adultos mayores, estas variables afectan directa o indirectamente la forma en la que perciben su entorno así como su autoestima y autoconcepto, lo cual influye en la construcción de las ideas, constructos personales, imágenes y expectativas que atribuyen a este proceso natural que, según Beck, Rush, Shaw y Emery (2012), son cogniciones

centrales en cualquier proceso evolutivo del ser humano y en conjunto forman los esquemas que, según la terapia cognitiva, influyen en la génesis de los trastornos mentales y muy en específico, en el origen de la depresión (Camacho, 2003).

El envejecimiento es un proceso que conlleva cambios biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales que nada tienen que ver con la enfermedad (OMS, 2015). Los cambios son normales, progresivos y paulatinos y el adulto mayor debe adaptarse a estos para que el proceso sea menos angustiante y difícil; sin embargo, muchas personas llegan a la vejez sin poder adaptarse a esta nueva etapa, así como con ideas erróneas de la misma. Como consecuencia, existen afecciones mentales de alta prevalencia en la tercera edad como lo son la depresión o la ansiedad; lo que lleva a muchos adultos a no disfrutar de una adecuada calidad de vida.

La depresión en adultos mayores constituye un problema médico y social de elevada incidencia y trascendencia, lo que justifica el empleo de diferentes recursos para su intervención (Tarajano & Allegri, 1996). La Terapia Cognitiva, desde sus orígenes, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de enfermedades mentales con diferentes propuestas, herramientas y estrategias que incluyen, entre otras cosas, la Psicoeducación. Esta es una herramienta que ha demostrado su efectividad en la prevención e intervención de enfermedades en el paciente geriátrico, así como en el personal especializado y no especializado interesado en el proceso de envejecimiento (Bulacio et al., 2004).

En el presente escrito, se plantea un programa de intervención de grupo establecido en la práctica clínica de la terapia cognitiva conductual para el manejo de la depresión en adultos mayores. Con este programa se pretende que el adulto mayor supere un estado depresivo mediante un programa elaborado que incluye aspectos ¿teóricos? y actividades vivenciales. Asimismo, que el adulto mayor sea capaz de resignificar su vida desafiando los estereotipos que la sociedad y que ellos mismos tienen del envejecimiento. Se busca promover la enseñanza de habilidades cognitivas y sociales que mejoren la aceptación propia y la interacción; así como estados emocionales óptimos que maximicen la independencia, las funciones adaptativas, la aceptación del proceso de envejecimiento y la optimización de los recursos personales para minimizar el desarrollo de problemas psicológicos secundarios, impactando en sus ideas, constructos personales, imágenes y expectativas que atribuyen a este proceso natural. Por último, se espera que el adulto mayor sea capaz de desarrollar un proyecto de vida de acuerdo con sus propias capacidades y necesidades.

# 1. ENVEJECIMIENTO

## 1.1 Conceptos

Los significados de vejez y envejecimiento son múltiples y varían con el tiempo y la cultura (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). A continuación, se describen una serie de conceptos acerca del envejecimiento y, al mismo tiempo, se realiza la diferenciación entre vejez y envejecimiento, así como del proceso de envejecimiento individual y el demográfico. El significado de envejecimiento engloba desde la idea social hasta algunas definiciones conceptuales, tanto médicas como gerontológicas.

En la investigación gerontológica se debe considerar la relevancia social debido a que su abordaje origina nuevos planteamientos entre los que destaca una clasificación del envejecimiento (normal, patológico, exitoso, positivo, activo y satisfactorio) en la que cada tipo incluye diferentes perspectivas que dan respuesta a la transición demográfica o al proceso mismo de envejecimiento.

Existe una diferencia entre los conceptos de vejez y envejecimiento. La vejez se refiere a un periodo del ciclo de vida que tiene una duración aproximada de 30 años, casi un tercio del ciclo de vida (Villar & Carmen, 2006); mientras que el envejecimiento, como proceso, se refiere a los cambios evolutivos en los que se incluyen los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren como consecuencia del pasar de los años y que se perpetúan hasta el final de la vida. Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a la vez, son el resultado de contextos multidimensionales (Cardona y Agudelo, 2006).

A lo largo del tiempo, el envejecimiento se ha definido de diferentes maneras. En un principio se equiparaba a enfermedad, por ejemplo, Burguer consideraba que “el envejecimiento, como parte de la biomorfosis es una condición de deficiencia de una enfermedad de por sí, que comienza como un estado fisiológico que se desarrolla hasta alcanzar caracteres patológicos” (citado en Motlis, 1985, p.19). En contraste, aunque los caracteres patológicos se encuentran dentro de las características del envejecimiento dado el riesgo de presentar más de una enfermedad, hoy por hoy, las enfermedades incluso crónicas posibilitan bienestar a los adultos mayores gracias a los avances médicos (Fernández Ballesteros, 2011). La etapa que está relacionada con el envejecimiento ha recibido numerosas explicaciones las cuales dependen de las creencias, ideas, valores y expectativas de cada individuo, así como de la familia y la sociedad (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Dulcey y Valdivieso (2002) consideran la vejez como la última etapa de la vida de los seres vivos. Sus límites, a excepción de la muerte, son imprecisos y dependientes del contexto de origen. La vejez se caracteriza por una pérdida progresiva de las funciones y de la capacidad de adaptación que culmina con la muerte, sin embargo, es difícil determinar cuando comenzamos a envejecer pues no existe un parámetro biológico objetivo que así lo determine. Actualmente, se considera que el comienzo de la vejez es a los 65 años de edad, sin embargo, algunos programas sociales y de salud marcan su inicio a los 60 años (Fernández Ballesteros, 2014).

Desde un punto de vista evolutivo, comenzamos a envejecer a partir de nuestro nacimiento ya que durante todo el ciclo de vida se producen cambios sucesivos en nuestra fisiología (maduración, funcionamiento óptimo y declive). Con esto, se conjuga una definición fisiológica y evolutiva “El envejecimiento puede definirse como la disminución de las funciones fisiológicas, bioquímicas y moleculares a lo largo de nuestra vida” (Álvarez Hernández, Gonzalo Montesinos y Rodríguez Troyano, 2011, p.3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define el envejecimiento biológico como una consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares que, de forma gradual, llevan a un descenso de las capacidades físicas y mentales, al aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. Por lo tanto, el envejecimiento pertenece a la naturaleza de nuestro ciclo de vida y debe entenderse como algo natural que forma parte de nuestra realidad.

Asimismo, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017) define el envejecimiento como un proceso innegable y de complejas implicaciones que se origina a partir de los efectos determinados por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la vida de una persona. Así, el envejecimiento se puede conceptualizar de dos formas, individual y poblacional. De manera individual, es un proceso complejo y progresivo, con modificaciones físicas, sensoriales, funcionales, psicológicas, sociales y ocupacionales que generan en el individuo una disminución en la capacidad de adaptación y de respuesta al entorno (González-González, 2010). Por su parte, el envejecimiento poblacional o demográfico se define como el aumento de personas de más de 60 años que

denota un cambio en la estructura por edades (CONAPO, 2017). En el presente trabajo, se retomarán dos definiciones que se consideraron fueron las más completas.

“Entenderé como vejez a la etapa del ciclo vital y por envejecimiento a un proceso que cursamos todos los seres vivos, que es gradual, y adaptativo, que no es proporcional a la edad pero si al desgaste acumulado en un contexto personal, histórico y social que involucra procesos subjetivos” (Vivaldo, 2015, p.100).

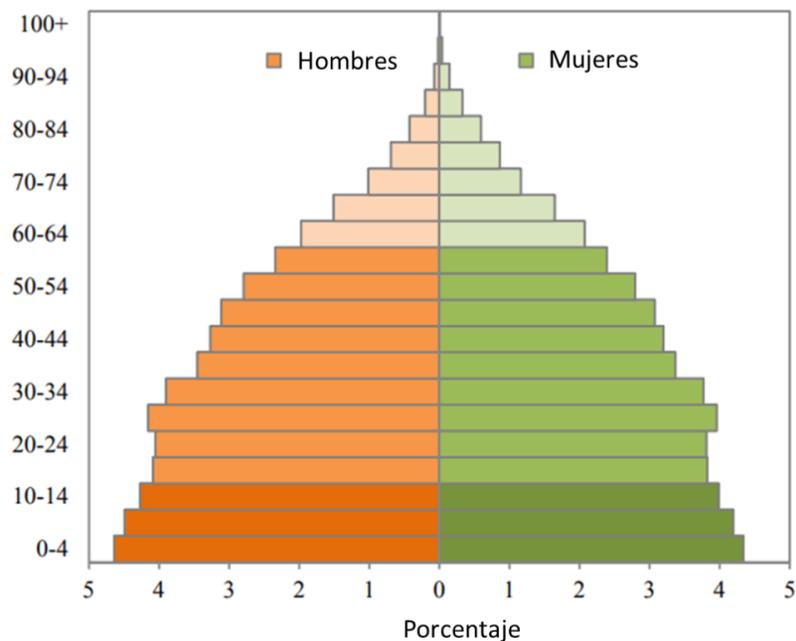
“El envejecimiento no es un proceso simple y unitario, sino complejo, asincrónico y diverso, con diferencias dentro del propio individuo, de unos individuos a otros, de unas generaciones a otras y de una población a otra. Es además multifactorial, sometido al contexto psicológico, relativo al contexto social educable y no originable, es decir que no es posible asignarle un origen absoluto” (Claver, 2002, p. 15).

## **1.2 ANTECEDENTES DEL ENVEJECIMIENTO**

La población de personas adultas mayores ha incrementado gradualmente en los últimos años. Actualmente, la proporción de personas adultas mayores de 60 años es exponencialmente mayor en relación con cualquier otro grupo de edad en la mayoría de los países (ONU, 2017).

En la distribución de la población mundial por sexo y por edad se observa un aumento significativo en la esperanza de vida tanto de hombres como de mujeres (Figura 1). Entre el 2015 y el 2050, se espera que el incremento en el porcentaje de personas que tienen 60 años sea del 12% al 22% (OMS, 2015). Este cambio demográfico se da principalmente por tres razones: 1) crecimiento de la esperanza de vida, 2) disminución en la tasa de natalidad y mortalidad y 3) avances de la medicina y mejora en las condiciones de vida y en las condiciones

sanitarias (OMS,2017; Carrasco y Guerra, 2011).

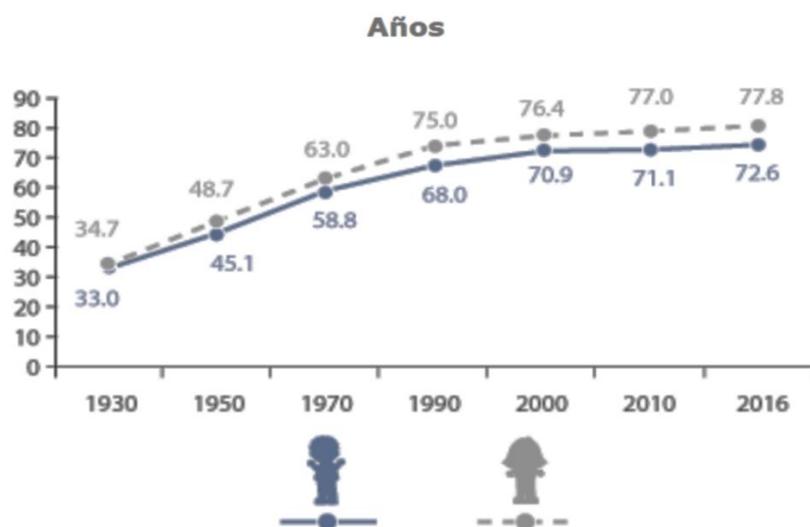


**Figura 1.** Distribución de la población mundial por sexo y edad, 2017. Modificado de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2017 (p. 2).

En México, en 1930, la esperanza de vida era de 35 y 33 años para mujeres y hombres, respectivamente; en 2010, el indicador para mujeres fue de 77 años y de 71 años para los hombres, mientras que, en 2016, la esperanza de vida aumentó un año para las mujeres y dos años para los hombres (Figura 2).

El fenómeno del envejecimiento demográfico se considera como uno de los grandes triunfos de la humanidad en la modernidad, principalmente en países desarrollados como lo son China, Japón, Alemania y España. Algunos autores (e.g. De Alba, 2013) consideran que, gracias a los avances tecnológicos y a la contribución de la ciencia, ciertos países (por ejemplo, España) ofrecen a sus

populadores posibilidades de resistencia a la discriminación por edad mediante el cumplimiento de las leyes e intervenciones que realizan, pues estas van encaminadas hacia una visión de políticas públicas y médico sociales más allá de solo las políticas médicas.



**Figura 2.** Esperanza de vida en México. Obtenido de INEGI Esperanza de vida al nacimiento/Sexo y entidad federativa, 2010 a 2016. (<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema>)

En la obra *Vejez, memoria y ciudad* (de Alba-González 2013) se analizan los derechos de los ancianos en distintos contextos urbanos de algunas ciudades de países europeos (Francia, España y Alemania) en contraste con la Ciudad de México. En este estudio se pone en evidencia como la infraestructura jurídica y social para el desempeño de acciones políticas que ayudan a los adultos mayores están estrechamente relacionados con factores de orden cultural social y político propios de la historia de cada país y cada ciudad observada. Así, en países desarrollados se favorece a los adultos mayores, además de las especialidades

geriátricas y gerontológicas con dispositivos de acompañamiento social en las que se confrontan diferentes perspectivas de las diversas especialidades para unificar el conocimiento gerontológico; dentro de esta organización, existe la intervención legítima de colectivos organizados de adultos mayores. Por supuesto, los adultos mayores están involucrados en la toma de decisiones que tienen que ver con su grupo de iguales. Todo lo anterior, beneficia al adulto mayor en:

- Incrementar la posibilidad de relacionarse socialmente con personas de la misma o diferente edad, es decir, formar lazos intergeneracionales.
- Favorecer la participación en la vida pública, en su salud y en su tiempo libre.
- Promover la accesibilidad a los recursos públicos o privados en equipamiento de salud, educación y entretenimiento.

De esta manera, se observa que el estado es pilar de las leyes e intervenciones que se realizan en algunos países europeos que van más allá de las políticas médicas, dicho de otra manera, el código de cuidado tiene una interpretación amplia para la ayuda de la vejez.

Para el 2050, un 80% de la población envejecida vivirá en países de bajo y mediano ingreso (OMS, 2017), lo cual agravará su calidad de vida. México es un país en vías de desarrollo en el que el proceso de envejecimiento demográfico se hace presente como un fenómeno irreversible. Las particularidades de este fenómeno giran en torno a la velocidad del cambio demográfico y a la inserción de los problemas de su subdesarrollo, lo cual genera grandes áreas de oportunidad

(Ham Chande, 2003). México ya no es un país de niños como lo fue hace 30 años, nuestro país creció en edad y actualmente se considera un país joven en el que el 50% de la población tiene 22 años o menos y en el que la media de edad es de 27 años. (INEGI 2015). El cambio demográfico del país es acelerado y "...comparado con lo que tardaron Japón o Estados Unidos de América, es mucho más rápido. Japón tardó 40 años de pasar de seis a 15% y lo logró en 1985, EUA tardó 70 años y llegó a ser 15% en 2013" (Wong, 2013, p.24).

La proyección demográfica sugiere que la proporción de adultos mayores en México pasará de 7% en el 2000 al 28% en el 2050, es decir, que tan solo en 50 años el porcentaje se triplicará. En consecuencia, nuestro país se transformará en un país con más personas adultas mayores que niños, habrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050 y más de la mitad de las personas adultas mayores tendrán más de 70 años (CONAPO, 2017). Para el 2050, se proyectan esperanzas de vida al nacimiento para varones de 73 años y si cumplen los 65 años, más 22 años, es decir que vivirán 87 años. En las mujeres, se estima una esperanza de vida de los 82 años al nacimiento más 26.4 años si es que cumple los 65 años, entonces, una mujer que tenga 65 años a mediados del siglo, se espera que viva hasta después de los 90 años (Rivero Serrano, 2013).

Así, el incremento no sólo es en el número de adultos mayores sino en el número de años de vida de este sector de la población. Las preguntas que surgen son ¿nuestro país está preparado para este fenómeno? ¿Los mexicanos están preparados mentalmente para envejecer? Las respuestas se vislumbran como poco esperanzadoras debido a que las condiciones y características de vida del

adulto mayor mexicano se dan en un contexto poco favorable en comparación con los países desarrollados. En México, el índice de pobreza y el rezago educativo son condiciones que determinarán el nivel socioeconómico, las oportunidades laborales y la calidad de vida del adulto mayor. En el 2015, los adultos mayores mostraron un 48.6% de rezago educativo en mujeres de más de 85 años mientras que los hombres fue del 38% (INEGI, 2015). Por lo tanto, las condiciones del país hacen difícil la vida para todos, pero especialmente para los adultos mayores ya que los coloca en una situación de desventaja y vulnerabilidad. Así, “Cuando uno ve, además, los problemas de salud de la población adulta mayor se da cuenta que solo replican, pero de manera más aguda, las insuficiencias, las deficiencias...” (Narro Robles, 2013, p.19). De esta manera, el panorama que enfrentan algunos adultos mayores se encuentra en las siguientes condiciones:

- La coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para favorecer al adulto mayor es insuficiente o poco efectiva.
- En el modelo médico asistencial, la mayoría de las intervenciones, medidas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras son deficientes.
- La existencia de lagunas legislativas que afectan sus derechos y disminuyen su calidad de vida (salud, educación, cultura), pero sobre todo, dificultan el fortalecimiento de grupos sociales que velen por el respeto de sus derechos (Campillo Serrano & Morales Gordillo, 2013).
- Desfragmentación del conocimiento acerca del envejecimiento y falsos estereotipos (Álvarez Cordero, 2013).
- Falta de accesibilidad, cobertura y calidad de los recursos públicos y privados

en materia de salud.

De esta manera, para entender el envejecimiento en México se deben considerar las características socioeconómicas y de salud, la prevención y la búsqueda de soluciones ante los problemas considerando los aspectos morales, sociales y políticos (Ham Chande, 2003).

Entre las implicaciones que se originan por el rápido crecimiento de la población envejecida en nuestro país se encuentran las ideas contradictorias y los estereotipos sobre la vejez, ya que a pesar de que una amplia gama de estudios demuestra que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, los estereotipos negativos persisten y se reflejan en los patrones de comportamiento de las sociedades y las familias (Vicente López, 2011; Ballarre Veja, 2017).

A manera de conclusión, estas cifras cuantifican las estadísticas a nivel mundial y nacional de la población adulta mayor, pero tras estos números, se esconde la historia de una cultura cuyas características salen a la luz cuando se trata de emprender políticas públicas, organizaciones sociales y acciones de la sociedad civil de forma grupal e individual que beneficien a esta población. Así, no todos los ancianos tienen las mismas oportunidades de acceder a una calidad de vida no sólo en México, sino en el mundo. El envejecimiento debe entenderse como un fenómeno heterogéneo ya que sus características se diversificarán de acuerdo con el contexto sociocultural y momento histórico, además, éste también es variante de persona a persona (Vicente, 2011; Bastida Bilbao, 2014). Los

especialistas de diversas áreas se interesan por el tema y realizan un trabajo multidisciplinario enfocado al envejecimiento y la vejez, entre ellos, la gerontología.

### **1.3 PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Las perspectivas del envejecimiento no son más que aquellas miradas bajo las que se ha estudiado y entendido el envejecimiento, desde sus orígenes hasta la actualidad. Cada especialidad tiene sus propios intereses de estudio y sobre éstos se dan respuestas a las interrogantes o se problematizan de alguna manera los aspectos más relevantes acerca del envejecimiento en un concepto multidisciplinario.

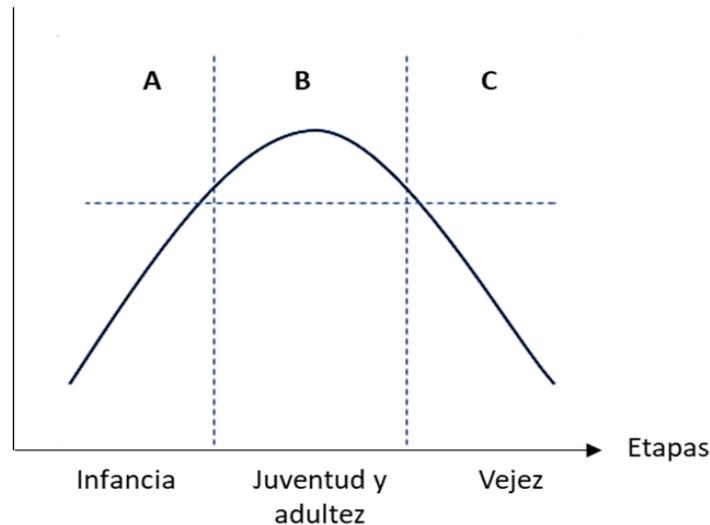
Existen numerosos modelos y enfoques que tratan de definir, delimitar y comprender las diferentes etapas que vive el ser humano, sin embargo, algunas veces son imprecisos, permisivos o inflexibles, lo que hace difícil establecer criterios de bienestar y salud para el desarrollo del envejecimiento, pero sobre todo, dificulta que sean incluyentes para establecer un permanente interjuego entre las características de deterioro naturales del envejecimiento y entre las capacidades compensatorias de cada una de ellas (Bozo Gracia Zans, Martínez & Maiztegui 1999; Arias & Lacub, 2013; OMS, 2015).

Desde finales del siglo pasado, los investigadores se han planteado interrogantes teóricas sobre los cambios derivados del envejecimiento y la forma en que éste influye en diferentes esferas del ser humano (psicológica, biológica y social). En la actualidad, el envejecimiento y la vejez son foco de la investigación

multidisciplinaria y el enfoque desde el que se estudie, determinará su caracterización, tratamiento y valoración (Gutiérrez Robledo & Gutiérrez Ávila 2010). Al respecto, Arias y Lacub (2013) consideran que las concepciones filosóficas y teóricas que el investigador posee, tienen injerencia en la investigación que se realiza, es decir, que cada disciplina aborda el problema de acuerdo con su marco de referencia, aunque algunos aspectos queden de lado. Por ejemplo, la Geriatria se aproxima al envejecimiento desde la parte biológica enfatizando en el declive funcional y estructural del adulto mayor más que en su concepción como una etapa del ciclo vital, como lo hace la Gerontología.

En sus inicios, la Geriatria priorizó los aspectos médicos lo que dejó de herencia una perspectiva deficitaria que en algunos sectores sigue vigente (Figura 3). En 1903, Metchnicoff sugirió que se debía construir un saber (*logos*) sobre la vejez (*geron*) lo que dio lugar al vocablo “gerontología” y años más tarde, Nasher (1909) crea la palabra geriatria como una rama de la medicina dedicada a atender las patologías específicas de la vejez (Motlis,1985). Bajo estos conceptos, la Gerontología se volvió un tema ambiguo debido a un diálogo milenario que ha terminado por mezclarse y en el que se produjeron una serie de interpretaciones en la percepción social de la vejez que generalmente se nutre de dos discursos, valorización y estigmatización (De Lima Urdaneta & Jaber Ferretis, 2009). La necesidad de abordar el envejecimiento desde otras perspectivas surgió, en parte, cuando la medicina ya no fue suficiente para explicar los fenómenos que circundaban el envejecimiento. Por lo tanto, resultó indispensable superar las formas obsoletas de concebir la vejez y la salud en el adulto mayor para poder

crear políticas de salud a partir de un estudio objetivo y actualizado.



**Figura 3.** Etapas de la vida con base en la perspectiva de déficit. A) En la infancia se presenta un incremento en el potencial de desarrollo y en la ganancia funcional y estructural. B) Juventud y adultez, punto cúspide definido por la productividad. C) Vejez, declive.

Moddy & Sasser (2016) consideran que, en el siglo XXI, la comprensión del envejecimiento humano es ambigua ya que algunas veces su concepto versa sobre juicios de valor moral (Bozo, García Zans & Martínez Parcio, 1999) o sólo se enfoca en la salud física de acuerdo con la perspectiva gerontogeriatrica (Motlis, 1985). De acuerdo con la OMS (2017), los sistemas de salud para el adulto mayor y los modelos de atención están lejos de ser integradores ya que por el contrario, trabajan de manera compartimentada. No obstante, estas miradas por sí solas no siempre nos informan acerca del pasado y del futuro del adulto mayor ni de su autoconcepto o percepción del entorno.

De Lima Urdaneta & Jaber Ferretis (2009) consideran que abordar la conceptualización de desarrollo y bienestar en el envejecimiento desde un solo modelo o teoría puede generar una comprensión deficiente. Desde hace cuatro décadas, la gerontología ha integrado diferentes perspectivas positivas, aunque algunos autores (e.g. Ballare Veá, 2017; Vicente, 2011) consideran que en la actualidad, los análisis sistemáticos del envejecimiento se vertebran bajo los efectos negativos de la aparición de enfermedades crónicas, la dependencia física, mental y social del adulto mayor.

Una de las aproximaciones al estudio del envejecimiento incluye una perspectiva positiva y una negativa, pero no como un fin valorativo ni moral sino descriptivo ya que permite diferenciar entre los aspectos que involucran malestar, sufrimiento, patología y déficit de aquellos que incluyen recursos, habilidades y capacidades que propician el potencial humano (Arias & Lacub, 2013).

La perspectiva negativa surgió del reduccionismo médico que llevó a entender el envejecimiento desde una aproximación geriátrica, lo que generó una asociación entre vejez y enfermedad. En estos estudios se resaltó el deterioro y lo patológico del proceso y se minimizaron las diferencias individuales que se originan de las variadas condiciones de vida que tienen que ver con las trayectorias y elecciones personales de cada adulto mayor (Lacub & Sabatini, 2009). Esta perspectiva minimiza la oportunidad para el desarrollo de las posibilidades y capacidades de cada individuo y hace invisibles otras aproximaciones que beneficiarían tanto al adulto mayor como a la sociedad misma al enfocar los proyectos de vida a una práctica de cuidados únicamente físicos; sin

embargo, actualmente la OMS (2017) hace hincapié en que un envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad.

La perspectiva positiva surgió como resultado de las limitantes del modelo biomédico y en respuesta a un manifiesto de las autoridades mundiales que precisaban un cambio de paradigma para entender el envejecimiento y la salud (ONU, 2017), en consecuencia, inspiraron la formación de enfoques innovadores. En esta perspectiva se contextualiza al envejecimiento tanto en el marco individual de la historia personal de cada ser como en el marco más amplio de una sociedad (Moody & Sasser, 2016), es decir, se toma en cuenta la diversidad de envejecimientos. Esta visión propone que la vejez puede ser una nueva oportunidad de vida (para las personas y la sociedad) y concibe al adulto mayor como un ser con recursos, habilidades y capacidades de afrontamiento muy variadas; además, propone que existe una diversidad en el envejecimiento y que el adulto mayor apenas tiene límites para poder hacer lo que valora aun cuando su capacidad de funcionamiento parezca una limitante (OMS, 2016).

La perspectiva positiva de la vejez permite una mejor comprensión de conceptos tales como bienestar y calidad de vida, asimismo, permite que el adulto mayor tenga diferentes percepciones de sí mismo y de su entorno, lo que puede originar que las personas de edad avanzada continúen gozando de niveles elevados de bienestar (Rodríguez Pascual, Vasquez Fernández, Infantes Hernández & Lavernia Pineda, 2010). Resulta importante aclarar que, incorporar al estudio del envejecimiento únicamente los aspectos positivos de esta etapa de la vida, no implica proponer un “modelo ideal de la vejez” ya que dicha propuesta

además de ser irreal, caería nuevamente en el extremo contrario de suponer una uniformidad que homogeniza el proceso de envejecimiento que se le critica al paradigma deficitario y que desconoce las diferencias individuales (Arias & Lacub, 2013). Por el contrario, se sugiere una perspectiva que reconozca todos los cambios psicológicos, físicos y sociales que este proceso conlleva como una realidad humana.

Ryff y Singer (2007) consideran que una vida buena y rica en experiencia no se define por la ausencia de emociones o experiencias negativas sino por la forma en la que se responde a los desafíos ya que el potencial humano se desarrolla al enfrentar las dificultades. De esta forma, la actitud ante la vida puede ser un factor que influya en la buena o mala salud o bien, en la satisfacción ante la vida (Rodríguez et al., 2010; Moody & Sasser, 2016). Por ello, Baltes y Freund (2007) proponen que los fenómenos psicológicos deben comprenderse de un modo global.

Las expectativas que se tienen de los adultos mayores varían de acuerdo a los entornos y grupos de referencia social y éstas tienen una injerencia significativa en los discursos y planteamientos que se construyen sobre el envejecimiento pero sobre todo en su conceptualización, de forma tal que trascienden en la formación de profesionales, en el diseño de investigaciones y en los programas dirigidos a esta población, pero especialmente, en la formación de la identidad del adulto mayor. Estas expectativas pueden incrementar sus inseguridades, esquemas e ideas erróneas sobre el envejecimiento y sobre sí mismo y fragilizar los mecanismos de control y afrontamiento (Lacub y Sabatini,

2007).

Las diferentes etapas del ciclo vital se perciben como una construcción social que configuran o moldean, de alguna manera, el comportamiento de un individuo. La perspectiva del ciclo vital es una mirada contextualizada acerca del desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la muerte y se interesa en investigar como el hecho de que un individuo enfrente un acontecimiento importante (familiar o de otra índole) modifica la probabilidad de que se produzcan o no otros eventos en su existencia (Blanco, 2011). Asimismo, esta perspectiva intenta comprender la influencia de las trayectorias vitales en el análisis de un proceso y sus interrelaciones dentro de una temporalidad y contexto (Quilodran, 1996). La perspectiva del ciclo vital es dinámica y considera que el individuo está en constante construcción y reconstrucción, además, reconoce que la vejez es una etapa más del desarrollo y concibe la vida del individuo como una totalidad, por lo tanto, la vejez no es un período aislado ni estático.

Las diferentes perspectivas del envejecimiento implican reconocer el modo en que se constituyen los significados interactivos a partir de una referencia de edad, género, educación, clase social, raza y etnia en un momento histórico y contexto (OMS, 2015; Papalia & Martorell, 2017; Santrock, 2006; Bozo, 1999). De acuerdo con White Riley (en Ballarre Vea, 2017), el envejecimiento es un proceso de evolución que inicia desde el nacimiento y cuya experiencia varía en momentos históricos. Debido a que algunos factores determinantes de la salud del adulto mayor se pueden predecir, es importante incluir en los programas de salud la perspectiva del ciclo vital y que ésta abarque una diversidad de trayectorias

dinámicas y actuales que permitan entender mejor la complejidad del envejecimiento, la vejez y al adulto mayor.

En 1977, Smith y Baltes (citado en Ruiz, 2010) propusieron que existen diferentes modelos que explican el curso de la vida ya que éstos dependen de la cultura y el momento histórico en el que se crearon (Figura 4). En un principio, los modelos del ciclo de vida fueron marcados por contextos industrializados de países de occidente y alcanzaron su auge en los años setentas y ochentas del siglo pasado en países europeos y de Norteamérica, sin embargo, no fue hasta los años noventa que se comenzó a utilizar en países de Latinoamérica (Blanco, 2011).

Ruiz (2010) analizó el papel del adulto mayor en las culturas occidentales industrializadas en las que se valora la productividad y encontraron que la vejez significa la entrada a un período de retiro o jubilación. De alguna manera, estas políticas determinan el rol social y laboral de los adultos mayores, sin embargo, carecen de fundamento fisiológico. Laguado, Camargo, Campo & Carbonell (2017) consideraron que otra consecuencia de esta visión es que los responsables de tomar las decisiones se dirigen al cuidado del adulto mayor centrándose en la dependencia, lo que produce que la trayectoria de la vejez parezca un declive constante y continuo (Figura 4C).

En la teoría de la continuidad (Archley, citado en Bozo,1999), se considera que los modelos y estructuras de ideas y habilidades que las personas utilizaron

para adaptarse a lo largo del ciclo de vida permanecen durante toda la vida. Así, las personas en la mediana edad y en la vejez están predispuestas hacia una continuidad extrínseca e intrínseca de sus posibilidades (Ferradas, 2016) por lo que el afecto, las preferencias, disposiciones y actividades del pasado se conjugan para darle significado a su identidad durante la vejez. Desde la perspectiva lineal (Figura 4E), la concepción de vejez resulta estática y esto fomenta los mitos que existen sobre el envejecimiento.

Los modelos del curso de la vida se encuentran ligados a instituciones dominantes como la familia, la escuela y el mundo laboral (Lynch, 2015). De esta manera, la sociedad asigna a sus integrantes un rol social que puede limitar o facilitar el desarrollo del adulto mayor, por ejemplo, en algunos países la vejez se percibe como un declive (Figura 4A) mientras que en otros, como Japón (Figura 4B), transcurre de forma contraria según el grado de respeto y libertad que se va adquiriendo a lo largo de la vida (Mishara & Riedel, 1986).

La idea de que el aprendizaje ocurre únicamente en las primeras etapas de la vida refleja modelos rígidos y obsoletos ya que suponen que el adulto mayor debe únicamente prepararse para su jubilación, la cual anteriormente se consideraba la antesala de la dependencia y la muerte (Vicente, 2011). Ante esto, Baltes y Freund (2007) destacaron la ironía entre la capacidad para lograr una mayor longevidad y la escasa habilidad humana para agregar vida a los años, así, el reto del siglo XXI consiste en reducir las brechas existentes entre el funcionamiento biológico y las metas socioculturales. Para alcanzar este objetivo, se deben replantear las concepciones acerca de las diferentes etapas de la vida

no sólo como una realidad individual sino como una construcción social en un contexto histórico en el que se combinan ganancias y pérdidas (Ruiz, 2010). Baltes, en su enfoque del ciclo vital, sugiere que el desarrollo es plástico, multidimensional y multidireccional, que dura toda la vida y que se ve influido por la biología, la cultura y el momento histórico (Figura 4F); asimismo, que el desarrollo implica modificar la distribución de los recursos a lo largo de la vida (Papalia & Martorelli, 2017).

El estado de salud de las personas adultas mayores no es aleatorio, sino que es producto de la genética, las decisiones, los comportamientos y el entorno de cada sujeto. El análisis del curso de la vida de una persona debe considerar tres conceptos básicos: trayectoria, transición y tiempo (Blanco, 2011).

Las trayectorias son representaciones gráficas de las diferentes perspectivas sobre el desarrollo humano que proporcionan una visión dinámica del mismo (Verd Pericas & Núria Sanchez, 2010). Asumir una postura dinámica en la trayectoria del envejecimiento (Figura 4D) puede significar una nueva oportunidad, tanto como para la persona como para la sociedad, ya que el adulto mayor se vuelve responsable de tomar decisiones que fomenten un envejecimiento activo y pleno. Los alargamientos de los ciclos vitales representan espacios de cuidado, oportunidades de aprendizaje, trabajo y ocio y por supuesto, también nuevos comienzos (Vicente, 2011).

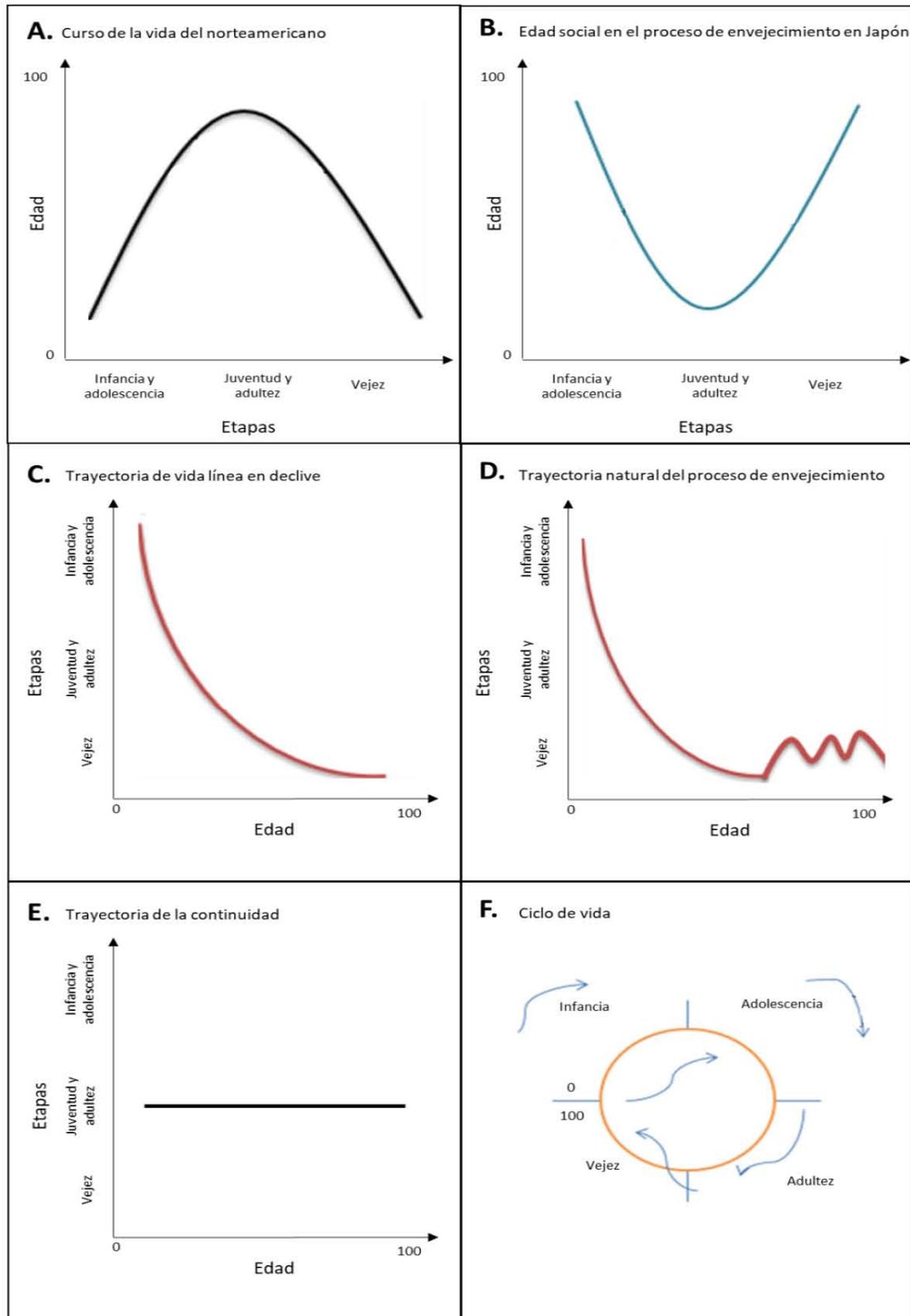
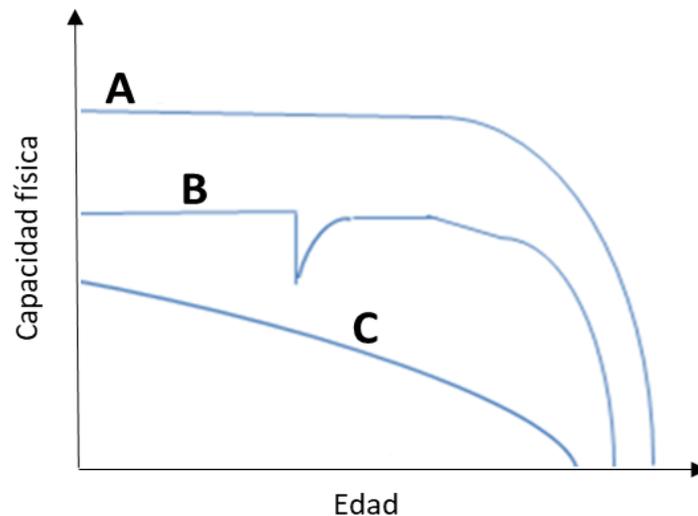


Figura 4. Modelos del curso de la vida.

De acuerdo con la OMS (2015), el envejecimiento saludable refleja la interacción entre la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. En su Informe sobre el envejecimiento y la salud (2015) se encuentran tres trayectorias hipotéticas de la capacidad física de los adultos mayores, las cuales inician en la mediana edad (Figura 5).



**Figura 5.** Trayectorias hipotéticas de la capacidad física. A) Trayectoria óptima en la que la capacidad intrínseca permanece alta hasta la muerte. B) Se mantiene un nivel alto hasta que un acontecimiento provoca una caída seguida de una recuperación. C) Trayectoria de deterioro constante. Modificado del Informe sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015, p.33).

La visión individual de las trayectorias del ciclo de vida tiene como propósito promover que el adulto mayor se responsabilice de sí mismo y que genere proyectos personales que favorezcan su bienestar y calidad de vida ya que “todo aquel que está envejeciendo tiene la responsabilidad de hacerlo en las mejores condiciones” (Wong, 2013, p. 24).

## **1.4 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.**

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales que dependen de tres factores (genética, decisiones y entorno) que pueden influir de forma directa o indirecta en la salud del adulto mayor (OMS, 2015). Por ello, la vejez no es una etapa uniforme para todas las personas.

### **1.4.1 Características físicas**

En el envejecimiento existen modificaciones a nivel de órganos y sistemas, sin embargo, estos cambios no son uniformes (Rodríguez Pascual, Vázquez Fernández, Infantes Hernández & Lavernia Pineda, 2014). Los cambios físicos pueden producirse por un envejecimiento normal o uno patológico, en ambos, la resistencia se reduce y produce que el individuo sea más vulnerable y pueda padecer arterioesclerosis, enfermedades cardíacas o cognitivas. Comprender la complejidad de estas enfermedades no es el objetivo primario del presente trabajo, sin embargo, son una clave para la comprensión integral del adulto mayor y su consideración resulta indispensable al momento de planear algún tipo de intervención (Hall, 2010).

En el envejecimiento se generan diferentes cambios y entre ellos se encuentran (Rodríguez et al., 2010):

- Disminución en la talla y el peso debido al adelgazamiento de los huesos, lo que puede producir cifosis (aspecto encorvado).

- Disminución del volumen de agua y de la masa muscular, lo que los hace susceptibles a la deshidratación. La piel pierde elasticidad y adquiere un aspecto pálido y con pliegues; el cabello se adelgaza, se torna gris y luego blanco.
- Alteración en el sistema regulador de la temperatura lo que vuelve al adulto mayor más intolerante al frío.
- Con respecto a los sentidos, pueden aparecer diferentes problemas de visión desde los 45 años (visión cercana, visión dinámica, sensibilidad a la luz, búsqueda visual y velocidad del procesamiento) así como presbiacusia (disminución gradual de la capacidad auditiva). En los sentidos químicos, se observa que las papilas gustativas reducen en número y pierden sensibilidad.
- A los 70 años, hay una pérdida de la fuerza del 10 al 20% debido al aumento en los depósitos de grasa y a una importante disminución de la masa muscular lo cual se traduce en una disminución de la capacidad funcional y de la resistencia.
- Rigidez y pérdida de flexibilidad en las tres estructuras que componen las articulaciones (ligamentos, tendones y cartílagos).
- Incremento en la susceptibilidad de contraer enfermedades infecciosas debido a que las defensas del sistema inmunológico disminuyen.
- El sistema cardiovascular presenta alteraciones debido a que se puede experimentar un aumento en la presión arterial (por incremento en el tamaño del corazón y en los depósitos de grasa) o dificultad en el paso de la sangre

oxigenada (por estrechamiento y pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos) disminuyendo así la resistencia física en general.

-El envejecimiento trae consigo un conjunto de cambios metabólicos y estructurales en el sistema nervioso central como lo son el agrandamiento de los ventrículos cerebrales y una reducción en la corteza cerebral, la materia blanca y en el número de receptores colinérgicos (Toledano, Álvarez & Toledano Díaz, 2014). En el envejecimiento sano estos cambios son sutiles y provocan un deterioro muy leve en el funcionamiento cognitivo. En edades más avanzadas, se ha observado una disminución en la velocidad del procesamiento, en el número de conexiones sinápticas, número de las neuronas y el volumen y peso en el cerebro (Papalia y Martorell, 2017; Park, 2002). Los cambios físicos y cognitivos producen cambios en los estados de ánimo debido a que se pueden presentar respuestas emocionales como ansiedad, depresión o estrés (Hall, 2010).

#### **1.4.2 Características psicosociales**

El envejecimiento está asociado con algunas transiciones dentro del ciclo de vida como la jubilación, la muerte de amigos o de la pareja, los cambios en los roles y la posición social. De acuerdo con esta perspectiva, la transición hace referencia a cambios de estado, situación o posición que pueden ser variables y únicas, es decir, cada transformación es diferente para cada adulto mayor (Blanco, 2011). De este modo, los cambios biopsicosociales que se producen en el adulto mayor pueden ser detonantes en los cambios psicológicos y sociales existentes

durante el envejecimiento, por lo que resulta de suma importancia que los adultos mayores se adapten a estos cambios ya que pueden producir efectos positivos o negativos (Navarro & Bueno, 2015).

Dentro de las implicaciones del proceso de envejecimiento se encuentran las atribuciones a la edad además de los roles sociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo de este grupo. En las trayectorias de vida como proceso individual, social y colectivo, se crean interacciones donde la construcción de la identidad depende de las racionalidades que cada individuo configura bajo las influencias de un contexto social o bien, determinan ciertos valores que realizan los adultos mayores sobre su auto concepto y sus autopercepciones (Londoño, 2008; Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Los roles sociales se refieren al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se espera que la persona adulta mayor cumpla. Dentro de los mitos existentes destaca creer que la vejez es una época de soledad y aislamiento, pero, si bien con la edad puede disminuir el tamaño de las redes sociales, existen estudios que demuestran que las relaciones sociales en la vejez son significativas. Holt-Lundstad, Smith y Layton afirman que “las relaciones sociales sólidas son tan importantes para la salud y la mortalidad como el tabaquismo, la obesidad y el abuso de alcohol” (Papalia, 2017, p. 545). En estudios longitudinales (citados en Papalia, 2017) se observó que los adultos mayores socialmente más aislados presentaron una probabilidad mayor del 53% de morir por enfermedad cardiovascular y casi el doble de probabilidad por accidentes y suicidio; asimismo, que las relaciones que

se mantienen o que se generan, tienen la virtud de ser más estrechas y satisfactorias.

La disminución de las redes sociales se debe en gran medida a la muerte de familiares y amigos, así como a la jubilación o cambio de residencia. Se ha sugerido que, para mejorar la salud mental, los adultos mayores tienen que aprender a asumir pérdidas, superar miedos, olvidar rencores, generar pertenencia y actitudes positivas, así como enfrentar retos. Este último aspecto es importante no solo para la salud mental sino también para el bienestar físico ya que “el afrontamiento se refiere a los pensamientos y conductas adaptativas que se proponen aliviar el estrés que surge de condiciones dañinas” (Papalia, 2017 p.531).

Las estrategias con las que los adultos mayores afrontan eventos estresantes varían de persona a persona; con la edad, su repertorio es más flexible. Algunos adultos emplean estrategias enfocadas en el problema o bien, practican la regulación emocional (afrontamiento enfocado en la emoción). La mayoría de los individuos de este grupo etario profesan alguna religión lo cual les sirve de apoyo y genera una conexión positiva entre religión-espiritualidad y salud. Se ha reportado (Papalia, 2017) que la práctica de una religión reduce hasta en 25% el riesgo de mortalidad ya que es más probable que estas personas tengan conductas más saludables así como apoyo social.

Algunos autores (e.g. Lacub & Sabatini, 2007) consideran que una de las expectativas que se tienen es que los adultos mayores presenten algunos de los

siguientes elementos: sabiduría, serenidad, estrategias para la resolución de problemas, capacidad de adaptación, compromiso cívico y social, bienestar psicológico, creatividad y fluidez.

Un elemento que puede contribuir al bienestar de las personas adultas mayores durante la vejez es la resiliencia, considerada como un rasgo psicológico perteneciente al capital psíquico que es inherente de las personas y que actualmente se interpreta como un proceso dinámico de adaptación positiva frente a la adversidad o un proceso activo con rasgos internos y externos (Causullo, 2005, en Soliveréz, 2012).

Hoy día, se reconoce que la salud mental no solo es la ausencia de enfermedad mental, sino que además contiene aspectos positivos que involucran una sensación de bienestar psicológico que va encaminada a un sentido saludable del “Yo”, es decir, el bienestar subjetivo (evaluación que el sujeto hace de su vida). De esta manera, la emoción, la personalidad y el autoconcepto forman parte importante de las características psicológicas de cualquier individuo. Carol Riff y col. (citado en Papalia, 2017) desarrollaron una escala de autoregistro y un modelo de bienestar que incluye seis dimensiones de bienestar: autoaceptación, relaciones positivas con los otros, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal. Así, una persona psicológicamente sana mantiene una actitud positiva con los otros y consigo misma, toma sus propias decisiones, regula su conducta, moldea o elige un ambiente con base en sus necesidades y tiene metas que le dan un sentido a su vida.

Las personas que envejecen no pueden evitar los cambios que se producen, sin embargo, sí pueden liberarse de los mitos, estereotipos y prejuicios que existen alrededor del envejecimiento. Así, “quien envejece libra una permanente lucha entre el deber ser social y sus capacidades y potencialidades” (en de Lima Urdaneta & Ferretis, 2009, p. 17).

En este grupo, los factores que contribuyen al bienestar del adulto mayor están determinados por las diferentes esferas de su vida y se ha observado que algunos de los factores que contribuyen a la satisfacción de la vida del adulto mayor son: la salud, las relaciones familiares y vecinales y el bienestar subjetivo. Por ello, si los adultos mayores no se sienten satisfechos con su vida pueden experimentar estados de ansiedad y depresión (Maldonado, 2015).

## **2. TERAPIA COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN**

La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, siendo los adultos mayores la población más vulnerable a esta enfermedad (IMSS, 2014). La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser efectiva en el tratamiento terapéutico no farmacológico al reducir los síntomas depresivos en el adulto mayor (Lynch, Epstein & Smoski, 2014). Para poder comprender mejor la relación existente entre estas dos variables, se definirá cada una de ellas.

### **2.1 Conceptos**

#### **Depresión**

Las enfermedades mentales y los trastornos psicológicos son prevalentes en la población general y constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. Actualmente, se considera que cinco de las causas más importantes de discapacidad son de origen psíquico y se piensa que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. En el 2015, se estimó que más de 300 millones de personas sufrían depresión, lo que equivale a un 4% de la población mundial, asimismo, se observó que la incidencia de este trastorno es mayor para el grupo etario de 55 a 74 años (Figura 6), siendo la prevalencia mayor para mujeres (7.7%) que para hombres (5.5%) (OMS, 2017).

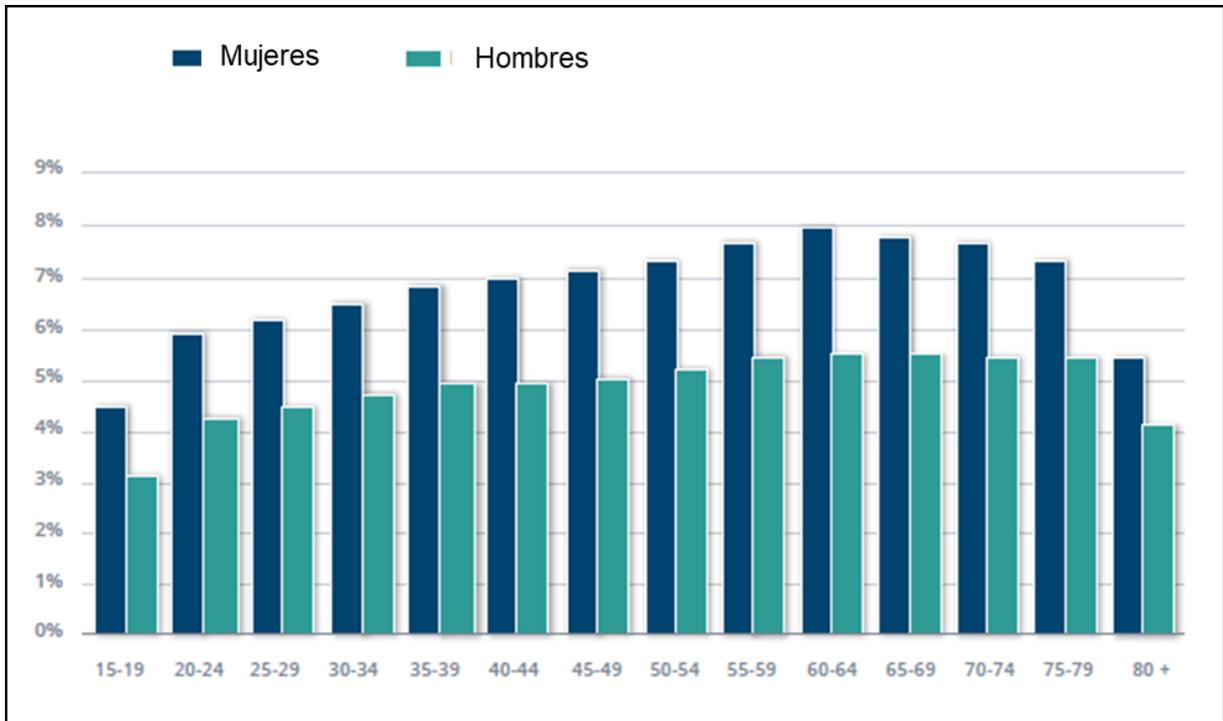


Figura 6. Tabla mundial de prevalencia de depresión por edad y sexo. Obtenida y modificada de Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates (OMS, 2017, p.9)

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades que anteriormente se disfrutaban, así como la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas durante al menos dos semanas (OMS, 2016).

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto que puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodios depresivos, o a manera de un trastorno orgánico depresivo, episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotímico e incluso reacción de ajuste con ánimo depresivo (Sotelo, Rojas, Sánchez Arenas e Irigollen Coria, 2012). Su característica principal es la alteración grave del estado de ánimo, en la que

predomina una tristeza profunda que afecta la totalidad del ser e interviene significativamente en la vida de quien la padece (Aymerich & Mora, 2012).

Para la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), la depresión se produce cuando sentimientos de profunda tristeza o desesperación duran como mínimo dos semanas o más y estos interfieren con la realización de actividades cotidianas (trabajar, comer, dormir...). Las personas deprimidas pueden sentirse abrumadas y agotadas y dejar de participar en ciertas actividades cotidianas retrayéndose de la familia y amigos (APA, 2010).

De acuerdo con el DSM-IV, la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza, falta de energía, sentimientos de desvalorización o culpa que se experimentan la mayor parte del día por al menos dos semanas. En este trastorno hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, también existen cambios en el apetito o en el peso, en el sueño o en la actividad psicomotora (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995). El diagnóstico de depresión subclínica se asigna a los pacientes que no cumplen con la sintomatología depresiva establecida en los criterios diagnósticos (OMS, 2015).

Algunos autores (e.g. Sánchez, 2011) sugieren que las características clínicas del adulto mayor no se adaptan con precisión a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en los diferentes sistemas de clasificación como el CIE-10 o el DSM-V. Asimismo, otros investigadores (e.g. Aymerich & Mora, 2012; Maldonado, 2015) consideran que los factores que originan la depresión suelen

ser diferentes en comparación con otros grupos etarios aunque Bastida (2014) afirma que los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edades e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativo.

Hasta este momento, se sigue realizando el diagnóstico de depresión con base en los criterios del DSM-V (APA, 2015) que incluyen algunos síntomas clínicos como agitación o retraso psicomotor, cambios en el apetito y en el peso corporal, poca energía, disminución en el interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse y sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva.

Esto resulta problemático ya que cuando se emplean los criterios anteriores con los adultos mayores, se observa que algunas otras enfermedades médicas pueden enmarcar estos síntomas. Así, la relación entre la edad física, la depresión y las características clínicas del envejecimiento resultan ambiguas y confusas ya que la depresión puede desencadenarse a raíz de una enfermedad física o incluso por el deterioro físico del envejecimiento sano. Por ende, la sintomatología se puede presentar con más frecuencia en este grupo etario, aunque múltiples pacientes no sean diagnosticados a tiempo y por lo tanto, el tratamiento, si es que lo hay, inicie tardíamente lo cual impactará en el bienestar del adulto mayor (Bastida, 2014; Sotelo et al., 2012; González et al., 2001).

## 2.2 Depresión en adultos mayores

Con la edad aumenta el riesgo de padecer muchos trastornos en la salud y tomado en cuenta los grandes cambios sociales y las pérdidas personales que con frecuencia se experimentan en la segunda mitad de la vida, cabría esperar episodios depresivos más frecuentes en el adulto mayor (OMS, 2015). La depresión resulta ser uno de los trastornos más frecuentes e incapacitantes en la población de adultos mayores y muchas veces los diferentes estados depresivos son erróneamente considerados como manifestaciones propias del proceso de envejecimiento (González, 2001; Sánchez, 2011; Maldonado, 2015).

La depresión se considera un problema de salud pública con graves repercusiones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad y la calidad de vida de los adultos mayores que lo padecen (Sotelo et al., 2012). Por esto, resulta importante considerar que la depresión en la edad avanzada es diferente a la que se presenta en etapas anteriores de la vida, tanto en su etiología como en sus factores de riesgo. Lawlor (2000, citado en Sánchez, 2011) manifiesta que, aunque en la tercera edad pueden tener lugar los mismos trastornos psiquiátricos que en las otras edades, en el adulto mayor hay ciertas comorbilidades (e.g. deterioro cognitivo, demencias) que le otorgan a la depresión un protagonismo indiscutible en la epidemiología de los trastornos psicogerítricos.

De manera conservadora, se estima que en México el 15-20% de la población padece algún tipo de depresión y **que**, en el caso de los adultos mayores, esta cifra es del 7.8%. La estimación de pacientes que sufren depresión

y que están hospitalizados es del 20-30% mientras que en pacientes atendidos en estancias de salud gubernamentales aumenta del 30-40% (Sotelo et al., 2012).

De acuerdo con las características clínicas del adulto mayor, relacionadas con los síntomas psíquicos y alteraciones de la conducta, pueden encontrarse otros factores de riesgo (Sánchez, 2011):

- La presencia de enfermedades crónicas aumenta el riesgo de sufrir alteraciones mentales ya que además de la cronicidad de éstas, se puede presentar una discapacidad (pérdida total o parcial de la autonomía del individuo).
- Los cambios orgánicos como las modificaciones sensoriales (especialmente las auditivas y visuales). Según el proyecto carga mundial de la morbilidad (OMS, 2017), las causas comunes que provocan la pérdida de años de vida en países subdesarrollados son las deficiencias sensoriales.
- Acontecimientos vitales estresantes como la jubilación, el alejamiento de los hijos, los duelos, la disminución de la capacidad funcional, entre otros.
- Prevalencia de trastornos psíquicos en etapas previas.

González et al. (2001) consideran que los trastornos afectivos en el adulto mayor pueden caracterizarse por: fijación de ideas, cansancio, incapacidad para realizar actividades habituales, dificultad en la planificación, pesimismo y sensación negativa, sensación de lentificación del tiempo, sufrimiento por vivir y

desesperación, tendencia al llanto y al sueño, pensamientos de muerte, conductas de retraimiento y quejas repetitivas sobre su estado.

La depresión tiene un impacto negativo sobre la salud de los pacientes y es un factor de riesgo para la incidencia de enfermedades cerebrovasculares y diabetes y, en los adultos mayores, se asocia con una mayor tasa de hospitalización y costos de salud (IMSS, 2017; Bastida, 2014). Los adultos con edad avanzada y depresión acuden un mayor número de veces a los servicios de salud como pacientes ambulatorios, y en el caso de pacientes hospitalizados, se complica y prolonga su estancia lo cual aumenta los costos humanitarios y financieros de la atención médica (Sotelo et al., 2012).

La injerencia que tiene este trastorno en la vida del adulto mayor es considerable. En la Tabla 1 se pueden observar las alteraciones que se presentan en cuatro grandes áreas (Aymerich & Mora, 2012; González et al., 2001), por lo que la depresión en las personas mayores supone una alteración global en la vida de las personas, además de que contribuye al estrés de los cuidadores así como de otros círculos sociales y de la familia (Sánchez, 2011). Así, la depresión en pacientes geriátricos se muestra como un fenómeno heterogéneo debido a que su etiología solo puede determinarse recurriendo a diferentes mecanismos patógenos de orden biológico y social que se encuentran en el individuo (Bastida, 2014).

**Tabla 1.** Áreas que presentan alteraciones debido a la depresión.

<b>Físicas</b>	<b>Emocionales</b>	<b>Cognitivas</b>	<b>Sociales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pérdida de energía</li><li>- Alteraciones del sueño</li><li>- Pérdida de apetito</li><li>- Agitación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estado de ánimo disfórico</li><li>- Sentimientos de tristeza</li><li>- Desesperación</li><li>- Pérdida de autoestima e interés</li><li>- Pasividad</li><li>- Llanto fácil</li><li>- Irritabilidad</li><li>- Sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disminución de la respuesta cognitiva</li><li>- Dificultad para concentrarse</li><li>- Lenguaje</li><li>- Alteración en la memoria</li><li>- Pensamientos absolutistas y negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro</li><li>- Rumiaciones persistentes</li><li>- Dificultad para la toma de decisiones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tendencia a evitar el contacto con los demás</li><li>- Alteración en los círculos sociales y familiares</li><li>- Abandono de actividades anteriormente motivadoras y placenteras</li></ul>

Algunos de los factores que contribuyen al bienestar y satisfacción en la vida del adulto mayor están determinados por diferentes esferas de su vida y entre ellos se encuentran: las relaciones familiares y vecinales, la salud y el bienestar subjetivo. Por ello, si los adultos mayores no se sienten satisfechos con su vida pueden generar estados de ansiedad y depresión (Maldonado, 2015).

A manera de conclusión, la depresión en edades avanzadas tiene un gran impacto en la calidad de vida y en el estado de salud general del adulto mayor que, en la mayoría de veces, se ve reflejado en la capacidad funcional de cada paciente. Así, si la depresión no es diagnosticada y tratada a tiempo, puede desencadenar una serie de riesgos de padecer más enfermedades.

### **2.3 Terapia cognitivo conductual en pacientes con depresión**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mantiene un carácter interactivo entre la terapia cognitiva y la terapia conductual ya que se ha demostrado que las actividades cognitivas del paciente tienen inferencias significativas en el comportamiento (Vower, 1973 en Beck, et al., 2012).

Esta terapia surgió de las reflexiones de algunos autores como Beck y Ellis, quienes ponían en tela de juicio algunas terapias existentes como el psicoanálisis (Camacho, 2003; Becoña, Vázquez & Oblitas, 2013). Algunos autores (e.g. Muñoz y Vázquez, 2007) consideraron que probablemente la innovación más radical de la TCC fue desafiar la idea del inconsciente, al proponer que la clave del funcionamiento psicológico son pensamientos y procesos cognitivos de acceso consciente en nuestro comportamiento y emociones.

Hutman (2015) sostiene que la TCC constituye una historia de éxito dentro de las psicoterapias, gracias a que se ha fundamentado a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigación experimental. Los resultados obtenidos forman parte ahora del sustento científico existente que demuestra su efectividad como tratamiento. Este modelo teórico ha dado respuestas a las necesidades de nuestras sociedades actuales, sociedades que se encuentran en constante cambio y que llevan a una gran complejidad en los problemas de los pacientes así como de los trastornos que presentan. De acuerdo con la APA, la TCC es una de las terapias más efectivas en el tratamiento de distintos trastornos como la

depresión (Vacha-Hasse, Wester & Fowell Christianson, 2011) debido a sus características de costo/beneficio y su tiempo de duración, lo cual hace que ésta se reconozca como un tratamiento de elección en la población general.

Algunos estudios sugieren que los pacientes responden de forma más favorable si reciben tratamiento farmacológico y terapia cognitiva de aquellos que solo se trataron con fármacos (De Rubeis, Siegle & Hollon, 2008 en Sochting, 2017). Actualmente, se reconoce la utilidad de la terapia cognitiva como complemento de otros tratamientos (Anymerich & Mora, 2012).

La terapia cognitiva se basa principalmente en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que éste estructura el mundo que lo rodea, es decir, que sus problemas psicológicos surgen de sus percepciones y de la manera en que interpreta la realidad (Aymerich & Mora, 2012), mediante cogniciones basadas en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al., 2012).

Si bien estos principios pertenecen a la base teórica de la terapia cognitiva, los programas de intervención que surgieron desde este enfoque no solo impactaban en los aspectos cognitivos del paciente, sino que también incluían muchas técnicas de la terapia de conducta que se reflejaban en el comportamiento, proponiendo así una estrategia útil para promover el cambio conductual incidiendo en aspectos cognitivos (Aymerich & Mora, 2012). Dicho con otras palabras, el modelo cognitivo conductual es un modelo teórico que reconoce la viabilidad de emplear al mismo nivel tanto la conducta manifiesta como la

encubierta, es decir, que reconoce la utilidad, de los pensamientos, emociones y creencias como causales de la conducta (Ramírez Treviño & Rodríguez Alcalá, 2012).

Por lo tanto, en términos generales, las técnicas terapéuticas de la terapia cognitiva van enfocadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que yacen en estas cogniciones. Así, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que con anterioridad había creído insuperables. De este modo, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo con relación a sus malestares psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas (Beck, et al., 2012). A continuación, se explicarán brevemente algunos conceptos que el terapeuta debe ser capaz de explicar de forma sencilla a los pacientes para que se obtengan mejores resultados terapéuticos.

El esquema básico de la terapia cognitiva se puede graficar como un triángulo, en cuyos vértices se pueden ubicar los pensamientos, la conducta y la emoción (Figura 7). Se ha sugerido que la relación entre los procesos mentales y el cuerpo son importantes ya que los primeros se relacionan con las respuestas emocionales (e.g. miedo, depresión, estrés), las cuales son respuestas psicológicas internas que evolucionan para ayudar a preservar la vida y a modificar nuestras acciones a través del sistema nervioso y endocrino (Hall, 2010).

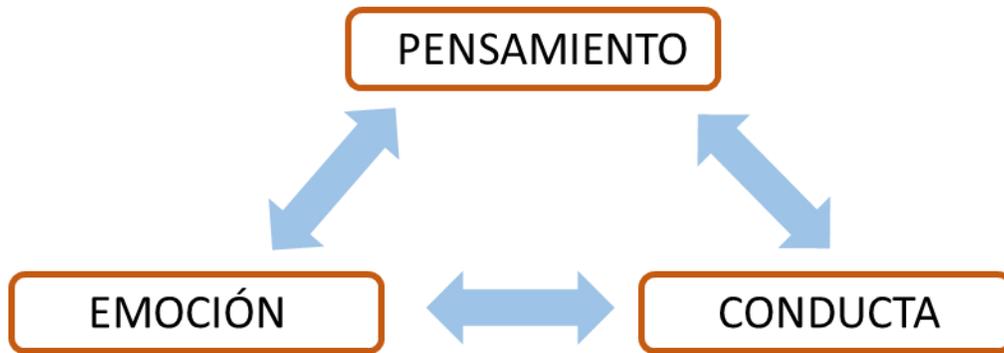


Figura 7. Esquema básico de la Terapia Cognitivo Conductual (Camacho, El abc de la terapia cognitiva , 2003, pág. 8)

Existe una influencia recíproca, como un circuito, entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Cuando el circuito se ha establecido, basta que un elemento de la tríada se active para que se desencadene toda la activación. El modelo cognitivo enfatiza en las cogniciones, entendidas estas como las ideas, constructos personales, creencias, imágenes, atribuciones de sentido y de significado y expectativas. Las cogniciones son aspectos relevantes de la terapia cognitiva y forman parte de las estructuras, los procesos y los resultados cognitivos. La importancia de estas categorías radica en la injerencia que tienen en los procesos mentales y en particular, en la génesis de los trastornos mentales.

Las estructuras se relacionan con los esquemas, los procesos cognitivos con las atribuciones de sentido a partir de los esquemas y finalmente, los resultados cognitivos se relacionan con las creencias (Figura 8), las cuales son el resultado de la interacción entre los esquemas y la realidad (Camacho, 2003).



Figura 8. Representación gráfica de la relación existente entre la realidad, los esquemas y las creencias.

Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base con la que se interpreta la realidad al seleccionar y sintetizar los datos que ingresan. Los esquemas son adaptativos, se forman durante la interacción con el medio (Camacho, 2003) y pueden permanecer inactivos por largos periodos de tiempo y ser activados por inputs ambientales específicos (Beck et al., 2012).

Las creencias están contenidas en los esquemas y son todo lo que asumimos como resultado de la relación entre la realidad y los esquemas. En una analogía se equipararían a mapas internos con los que se le da un sentido al mundo y éstos se construyen y generalizan a través de la experiencia. De acuerdo con Camacho (2003), hay dos tipos de creencias:

- Nucleares: constituyen el núcleo de lo que es el individuo, sus valores e ideas que resultan inmovibles. Dan sentido a la identidad y por ende, estabilidad.
- Periféricas: se relacionan con conceptos más secundarios y gravitantes que no involucran aspectos de la personalidad, por lo tanto, son modificables.

Las distorsiones cognitivas son interpretaciones disfuncionales de la realidad que parten de una interpretación errónea o poco objetiva de la realidad que se presentan como pensamientos automáticos que desencadenan emociones negativas y, por ende, conductas no adaptativas. De acuerdo con Beck et al. (2012), las principales distorsiones cognitivas son:

- *Pensamientos negativos*: ocurren durante el procesamiento de la información y llevan a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias o poco realistas.
- *Inferencia arbitraria*: proceso por el cual se anticipa una conclusión sin evidencia que la sustente, o bien, cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria al supuesto.
- *Maximización*: se engrandecen ciertos aspectos o cualidades. Por ejemplo, el paciente con depresión maximiza sus errores, carencias o pérdidas.
- *Minimización*: se da de la misma forma que la anterior solo que en sentido contrario, por ejemplo, el paciente desvirtúa sus logros, aciertos y cualidades.
- *Abstracción selectiva*: el paciente se centra en solo un aspecto (atributo o detalle) pero sin las características complementarias o su contexto y después, elabora conclusiones. Por ejemplo, el paciente con depresión tiende a considerar solo los aspectos negativos y a partir de ahí, elabora conjeturas.
- *Generalización excesiva*: a partir de uno o varios hechos aislados, el paciente elabora reglas que se generalizan para otras situaciones. Por ejemplo, un paciente que tuvo un fracaso laboral puede concluir que jamás será exitoso.
- *Personalización*: patrón de atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que compruebe la relación.

- *Pensamiento dicotómico*: pensamiento absolutista que consiste en la utilización de categorías polares para clasificar situaciones y personas.

De acuerdo con Camacho (2003), la TCC es un tratamiento con las siguientes características:

- Activo: el terapeuta y el paciente tienen un rol activo dentro de la terapia.
- Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones.
- Estructurado: existe un método con una diversidad de pasos a seguir, de acuerdo con la necesidad de cada paciente.
- Con tiempos limitados: el trabajo se planifica a un periodo de tiempo.
- Se centra en el “aquí y ahora”. Existe poca atención en la infancia, sin embargo, esa información se utiliza para clarificar algunos hechos actuales.

El objetivo principal durante las sesiones es identificar e investigar los pensamientos y sentimientos del paciente mediante la formulación de ideas y la identificación de creencias distorsionadas que tiene sobre sí mismo, así como de sus experiencias y su futuro en términos hipotéticos. Así, casi todas las experiencias pueden darnos la oportunidad de realizar experimentos relevantes dirigidos a modificar los puntos de vista o creencias negativas del paciente que predisponen y distorsionan sus experiencias. Estos experimentos tienen como objetivo enseñar al paciente las siguientes operaciones (Beck et al., 2012):

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar la relación entre cognición, emoción y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir los pensamientos distorsionados por interpretaciones más realistas.

La efectividad y eficacia de la TCC se ha demostrado en el tratamiento de las enfermedades mentales sin distinguir características de la población como nivel socioeconómico, escolaridad o educación (Pearson, 1988). Asimismo, este enfoque ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades desde preescolares hasta adultos mayores (Beck, 2010).

La psicoterapia cognitiva surgió en el campo de los problemas afectivos, en especial para el tratamiento de la depresión sin síntomas clínicos psicóticos, en 1963, con el libro *Thinking and depression* de Beck. El modelo cognitivo de la depresión propone tres conceptos específicos para explicar el entramado psicológico de ésta:

1. *Tríada cognitiva*: consiste en tres patrones cognitivos que conducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo distorsionado (Beck et al., 2012). Esto produce que el paciente presente las siguientes alteraciones cognitivas (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2013):
  - Visión negativa acerca de sí mismo: el paciente se ve desgraciado, enfermo y con poca valía, se subestima y se critica a sí mismo con base

en sus defectos.

- **Visión negativa de sus experiencias:** el paciente tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo (de tipo psíquico, moral o físico). Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus relaciones con el entorno animado o inanimado en términos de relaciones de derrota o frustración.
- **Visión negativa del futuro:** la persona deprimida hace proyectos y se propone metas que están sujetos a las dificultades actuales de sufrimiento y desesperanza y creen que continuarán indefinidamente, por lo que inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

2. *Esquemas:* Los esquemas activados en una situación específica determinan directamente la forma que el paciente responde y evalúa una situación. El paciente con depresión leve es capaz de examinar sus pensamientos con cierta objetividad, pero a medida que la patología se hace crónica, su pensamiento es dominado por ideas negativas, lo que lo lleva a perder gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y le dificulta utilizar esquemas más adecuados o lógicos. Esto explica porque algunos pacientes mantienen actitudes que los hacen sufrir y algunas veces, les resulta contraproducente.

3. *Errores cognitivos:* son errores sistemáticos que producen que el paciente mantenga la validez de sus cogniciones a pesar de la existencia de evidencia contraria. Los contenidos del pensamiento son extremos, negativos, categóricos

o absolutistas. A este tipo de pensamiento se le denomina pensamiento primitivo y presenta diferencias significativas con respecto al pensamiento adaptativo o maduro (Tabla 2).

**Tabla 2.** Áreas que presentan alteraciones debido a la depresión

<b>PENSAMIENTO PRIMITIVO</b>	<b>PENSAMIENTO ADAPTATIVO O MADURO</b>
No dimensional y global	Multidimensional
Absolutista y moralista	Relativo, no emite juicios de valor
Invariable	Variable
Diagnóstico basado en el carácter	Diagnóstico conductual
Irreversibilidad	Reversibilidad

Así, el paciente con depresión interpreta sus experiencias en términos de privación o derrotas (no dimensionales), como algo irreversible y constante; consecuentemente, infiere algo negativo sobre sí mismo y su respuesta emocional tiende a ser negativa (Beck et al., 2012).

Beck diseñó métodos específicos para el tratamiento de trastornos mentales como la depresión e incluyó descripciones detalladas de las técnicas que configuran la TCC (Aymerich & Mora, 2012), lo cual permite su aplicación a distintas personas con diferentes afecciones (Sochting, 2014). A continuación, se listan algunas técnicas cognitivas (Tabla 3) y conductuales (Tabla 4) utilizadas en la TCC (Beck et al., 2012; Aymerich & Mora, 2012). Es importante que el terapeuta conozca el fundamento teórico de estas técnicas para que, posteriormente, le explique al paciente el propósito que se busca alcanzar con cada una de ellas. El empleo correcto de las técnicas ha demostrado mejorar significativamente la

calidad de vida de los pacientes (Sochting, 2014).

**Tabla 3.** Técnicas Cognitivas de la Terapia Cognitiva Conductual

<b>TÉCNICA</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<b>Psicoeducación</b>	Brindar información de manera activa sobre la enfermedad y el tratamiento a seguir.
<b>Imaginación guiada</b>	Favorecer la relajación basada en la visualización de imágenes o escenas con componentes auditivos, olfativos, kinestésicos y propioceptivos.
<b>Asignación de tareas graduales</b>	Estrategia para implementar actividades relacionadas a un problema. Son actividades ordenadas de lo más simple a lo más complejo.
<b>Preguntas como instrumentos terapéuticos</b>	Dirigir la atención del paciente hacia áreas específicas, evaluar sus respuestas ante contenidos nuevos, obtener información, generar métodos de resolución y suscitar dudas sobre conclusiones distorsionadas.
<b>Formular y comprobar hipótesis concretas</b>	Contrastar hipótesis o creencias con base en el fundamento teórico derivado de los principios de la teoría cognitiva
<b>Técnicas auxiliares</b>	Utilización de diferentes recursos para ampliar y reforzar el impacto de la sesión, entre ellos se encuentran los videos, grabaciones o música.
<b>Identificación, detención y comprobación de pensamientos automáticos</b>	El paciente debe reconocer la presencia de imágenes y pensamientos automáticos y después, limitar su aparición en situaciones asociadas a cambios de humor o malestar emocional. En la comprobación, la evidencia de cada pensamiento se somete a una prueba de realidad para suscitar análisis más correctos.
<b>Identificación y modificación de distorsiones cognitivas</b>	Reconocer los errores lógicos del pensamiento para después sustituirlos por pensamientos más realistas y adaptativos
<b>Registro de pensamientos inadecuados</b>	Se anotan las cogniciones y sus respuestas en columnas paralelas para su modificación. Se proponen los siguientes encabezados: situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado.
<b>Distracción</b>	Establece una agenda concreta de actividades incompatibles con la rumiación.
<b>Técnicas de retribución</b>	Mediante la revisión de acontecimientos relevantes y la aplicación lógica de la información, se busca eliminar la asignación poco realista.
<b>Búsqueda de soluciones y alternativas</b>	Investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente, con una comprensión de los problemas basada en la realidad.

**Tabla 4.** Técnicas Conductuales de la Terapia Cognitiva Conductual

<b>TÉCNICA</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<b>Modificación cognitiva a través de la modificación conductual</b>	El terapeuta puede utilizar técnicas conductuales basadas en las conductas observables del paciente.
<b>Programación de actividades</b>	Su utilización permite contrarrestar la escasa motivación o la inactividad. Se utiliza la planificación del tiempo, centrarse en tareas dirigidas a un objetivo específico, tareas graduales, propósitos claros y registro de actividades.
<b>Técnicas de dominio y agrado</b>	Programación de actividades y registro de la evolución de las mismas a través del dominio y agrado para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.
<b>Asignación de tareas graduales</b>	Actividades relacionadas a un problema. Son actividades ordenadas de lo más simple a o lo más complejo
<b>Práctica cognitiva</b>	Se le pide al paciente que imagine cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea y que preste atención a los detalles.
<b>Entrenamiento en asertividad</b>	El entrenamiento se centra en aprender habilidades eficaces e incluyen técnicas como el modelado y la práctica cognitiva.
<b>Role-playing</b>	Implica la adopción de un papel y la interpretación del mismo, sirve para clarificar las cogniciones contraproducentes, mostrar puntos de vista alternativos o para manifestar factores que interfieren con la expresión adecuada de sentimientos.

La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento o instrumento psicoterapéutico utilizado en el campo de la salud mental (Douglas, 2012). Con adultos mayores, las actividades grupales se emplean como una estrategia de tratamiento en TCC ya que les permite interactuar con otros miembros lo que facilita la reelaboración cognitiva.

La implementación del trabajo grupal, específicamente en el tratamiento de personas con depresión, se consideró inadecuado debido a las particularidades de los pacientes (características y necesidades) y a la influencia que éstas puedan

tener sobre el grupo (Christie, 1970 en Hollon & Shaw, 2012), sin embargo, se ha demostrado que los pacientes con depresión se pueden beneficiar de una intervención grupal (Beck et al., 2012; Aymerch & Mora, 2012). Para Sochting (2014), la TCC grupal ofrece una ventaja práctica sobre las sesiones individuales ya que se puede tratar a un mayor número de pacientes lo que reduce los costos del tratamiento; de esta manera, la TCC grupal se puede utilizar como una medida de ahorro en el tratamiento e intervención de la salud mental.

En la terapia grupal con pacientes deprimidos pueden surgir algunas dificultades las cuales tienen su origen en tres procesos: 1) las comparaciones negativas con otros miembros, 2) los efectos potencialmente negativos de la interacción entre individuos deprimidos y 3) las limitaciones potenciales de la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con relación a su propio caso. Sin embargo, la experiencia clínica de Hollon & Shaw (2012) demuestra que estos efectos pueden afectar de manera positiva a los pacientes con depresión. A continuación, se describen de manera más detallada estos procesos ya que si se trabajan adecuadamente se convierten en una fuente para la reestructuración cognitiva grupal:

1. *Autocomparaciones negativas*: el paciente con depresión tiene una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro. En la terapia grupal se tiene el riesgo de que un participante se quede en silencio o fuera de la atención del terapeuta, lo que reafirmaría su pensamiento negativo. Sin embargo, si esto se controla, las comparaciones negativas pueden proporcionar oportunidades de intervención mediante un contexto inmediato

en el cual se examinen y corrijan sistemáticamente las inferencias negativas.

2. *Efectos negativos sobre otros miembros de grupo*: la presencia de una persona con depresión en un grupo de personas sin depresión o con depresión leve, puede generar o incrementar el estado depresivo en los miembros del grupo, por lo tanto, se esperaría que, en un grupo heterogéneo de características depresivas, cada miembro incrementará mutuamente sus niveles de disforia. Sin embargo, los pacientes pueden beneficiarse con la ayuda de otros miembros y prevenir o impedir esa especie de corriente afectiva negativa.
3. *Distorsiones universales versus distorsiones personales*: los beneficios resultantes de la TCC grupal radican en que el paciente depresivo puede identificar más fácilmente errores en los pensamientos, creencias o supuestos ajenos que en los propios.

Décadas atrás, era común que los adultos mayores no creyeran en las comunidades de salud mental y que prefirieran el tratamiento farmacológico más que hablar en terapia (Arean, 2015) debido a creencias o ideas poco verídicas como el hecho de que “Se es muy mayor para cambiar”, “la tristeza y el decaimiento forman parte natural del envejecimiento” e incluso que sólo se va al psicólogo por consejos (Aymerich & Mora, 2012). Esto ha cambiado a lo largo de los años y hoy en día los adultos mayores prefieren asistir a terapia y tomar menos medicamentos (Arean, 2015).

En el Reino Unido, se mejoró el acceso a la TCC como una prioridad para beneficiar a las empresas pues el costo social de la pérdida de productividad se estimó en aproximadamente 9 millones de dólares por año, lo que representó el 1% del ingreso nacional total debido a que un millón de personas recibieron beneficios de incapacidad por trastornos mentales, lo cual se explica en gran medida por la poca accesibilidad de los tratamientos psicológicos. En Reino Unido, se destinan 280 millones de dólares por año para entrenar a terapeutas en la TCC con el fin de mejorar el acceso a la psicoterapia (Sochting, 2014).

En América Latina, se ha demostrado la efectividad de la TCC con adultos mayores de bajos recursos que viven en una situación vulnerable en áreas rurales, asimismo, que la combinación de los cuidados primarios y el uso de la TCC grupal disminuye significativamente la sintomatología depresiva (Areal, 2015). Piquart y Sorensen (2001, citados en Areal 2015) analizaron 122 intervenciones psicoterapéuticas entre las que se incluían la TCC, el psicoanálisis, la reminiscencia, la relajación y un entrenamiento de habilidades cognitivas. Se encontró que la TCC tuvo efectos sobre la depresión y algunos aspectos del bienestar subjetivo entre los adultos mayores e incluso, que los beneficios duran más tiempo después de terminar el tratamiento.

Después de revisar este panorama, resulta importante diseñar estrategias de intervención que ayuden a una mayor comprensión del fenómeno social que es el envejecimiento. Asimismo, crear espacios que propicien un envejecimiento

saludable a través de cursos y talleres, en los que el adulto mayor pueda comprender su propio proceso de envejecimiento de manera más razonable.

Con base en la TCC, se pretende romper con los estereotipos negativos que enmarcan el envejecimiento y así lograr que el adulto mayor sea capaz de encontrar un sentido a su nueva realidad. Por ello, se propone trabajar con un formato grupal con adultos mayores con depresión.

### **3. PROPUESTA**

#### **3.1 Justificación**

Es un hecho irreversible que la población mundial envejece y lo hace rápidamente y para el 2050, la proporción de personas adultas mayores de 60 años será del 22%. Este aumento plantea diferentes retos a los sistemas de salud de todo el mundo, incluido México. Las ideas, conceptos y constructos que se tienen con respecto a la vejez, se definen con base en el entorno sociocultural y momento histórico, aspectos que deben ser tomados en cuenta para su correcta definición, estudio y entendimiento. Detrás de la definición de vejez, también existe una creación social llena de estereotipos y creencias que, en la mayoría de las ocasiones, no corresponden con la realidad (Montañes Rodríguez & Latorre Postigo, 2004).

En los adultos mayores, estas variables afectan directa o indirectamente la forma en la que perciben su entorno y a sí mismos, lo que influye en la construcción de sus ideas, constructos, expectativas y esquemas. Si las creencias, pensamientos y esquemas de los adultos mayores no son sanos o están distorsionados, se puede desarrollar una sintomatología depresiva que disminuirá la calidad de vida de la persona y de su entorno. De esta manera, prevenir o tratar la depresión de adultos mayores con métodos terapéuticos eficaces como la TCC, se vuelve una prioridad en salud.

## **3.2 Objetivos**

### **3.2.1 Objetivos generales**

- Crear un programa de intervención para adultos mayores de 65 a 75 años, con un envejecimiento no patológico, que les permita **resignificar** su vida modificando pensamientos, emociones y conductas negativas que tengan sobre sí mismos, su entorno y su futuro mediante la TCC grupal.
- Identificar y modificar las distorsiones cognitivas y patrones de pensamiento depresivos para elevar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Generar o fortalecer estrategias que les permitan a los adultos mayores establecer relaciones interpersonales para que desarrollen habilidades de afrontamiento y de adaptación a una realidad que quizá no sea favorable.

### **3.2.2 Objetivos específicos**

- Promover que los adultos mayores aprendan técnicas conductuales y cognitivas que les permitan reestructurar sus pensamientos y conductas para disminuir o evitar el desarrollo de sintomatología depresiva.
- Lograr que los participantes identifiquen y modifiquen sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, asimismo, que reconozcan sus cualidades y áreas de oportunidad.



### 3.3 Programa de intervención

El modelo de intervención psicológica con el que se llevará a cabo este programa se basa en la TCC con formato de grupo y periodicidad semanal. El programa está conformado por tres fases: evaluación inicial, intervención y evaluación final.

#### Descripción general del taller:

- *Participantes:* hombres y mujeres de 65 a 75 años con envejecimiento no patológico y diagnóstico de depresión. El grupo tendrá un mínimo de 6 y un máximo de 12 integrantes.
- *Duración:* ocho sesiones semanales de una hora y media cada una.
- *Formato de convocatoria:* carteles colocados en lugares estratégicos (clínicas, centros de salud, hospitales y centros de día) e información en redes sociales.
- *Perfil **profesigráfico**:* el (la) facilitador (a) y coordinador (a) será profesional de la psicología con especialidad en gerontología o conocimiento del envejecimiento, terapia cognitiva conductual y manejo grupal
- *Escenario:* aula con dimensiones mínimas de 5 x 10 m<sup>2</sup>, buena iluminación y ventilación, libre de ruidos y distracciones externas. El mobiliario mínimo es una silla para cada integrante y tres mesas de trabajo.
- *Equipo:* proyector y laptop.
- *Materiales:* rotafolios, hojas blancas, hojas de color, cartulinas blancas, papel Kraft, plumones, crayolas, colores, marcadores, tijeras, resistol y revistas.

## Sesión 1: Presentación y encuadre

*Justificación:* Conocer el objetivo y las reglas del taller favorece la creación de metas realistas y alcanzables, lo cual facilita el compromiso y asistencia. Asimismo, conocer a los compañeros de sesión genera un sentimiento de acompañamiento y pertenencia.

*Objetivos:* El facilitador presente el programa de intervención, sus objetivos y la modalidad de trabajo. El participante conocerá al facilitador y a sus compañeros, expresará sus expectativas y se llegarán a acuerdos de convivencia.

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
1	Apertura del programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienvenida</li> <li>- Presentación                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador se presenta ante el grupo y explica su función dentro del taller.</li> <li>• Realización del gafete. Se le entregará a cada uno de los participantes una tarjeta de cartulina blanca (8.8 x 11.5 cm) en la que escribirán su nombre o la forma en la que prefieren que se les llame. El nombre o alias plasmado deberá ser escrito y decorado de acuerdo al gusto del participante.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetas blancas</li> <li>- Plumones</li> <li>- Plumones de colores</li> <li>- Colores</li> <li>- Crayolas</li> <li>- Portagafetes</li> </ul>	10 minutos
2	Presentación de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinámica de la red                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes se sentarán formando un círculo</li> <li>• El facilitador tomará la punta de una madeja de estambre, dirá su nombre y después explicará cuáles son sus expectativas del programa, así como los objetivos que desea alcanzar. Después, compartirá algún detalle sobre la decoración de su gafete (color preferido, adorno, etc.). Finalmente, pasará la madeja a otro miembro del grupo.</li> <li>• Cuando todos los miembros del grupo se hayan presentado, el facilitador realizará una analogía sobre la red que acaban de formar. Se les explicará que esa red puede representar la contención, la importancia del apoyo y los beneficios que tiene trabajar en grupo.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madeja de estambre</li> </ul>	20 minutos

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
3	Presentación del programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición del programa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificación</li> <li>• Propósito</li> <li>• Alcances</li> </ul> </li> <li>- Firma de la Carta de Consentimiento Informado (Anexo 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Diapositivas</li> </ul>	10 minutos
4	Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador explicará cuáles son las reglas durante las sesiones</li> <li>- Mediante una lluvia de ideas, los participantes enriquecerán la propuesta original del reglamento y reflexionarán acerca de la importancia de temas como respeto, confidencialidad, apoyo y confianza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotafolio</li> <li>- Marcadores</li> </ul>	15 minutos
5	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de pruebas iniciales (Anexo 1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Yesavage abreviada</li> <li>• Inventario de Ansiedad de Beck</li> <li>• Escala de Autoestima de Rosenberg</li> <li>• Esquema de ubicación en la trayectoria de vida</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas</li> <li>- Inventarios</li> <li>- Esquema</li> </ul>	25 minutos
6	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexión grupal sobre los temas revisados en la sesión.</li> <li>- Respuesta a preguntas</li> </ul>		10 minutos

## Sesión 2: Reflexión sobre vejez y envejecimiento

*Justificación:* El desconocimiento de los cambios físicos y psicológicos de esta etapa de la vida, así como los mitos creados alrededor de este proceso natural, han hecho que algunos miembros de nuestra sociedad tengan un concepto erróneo acerca del envejecimiento. Esto provoca que se desvalorice a los adultos mayores al creer que son improductivos, débiles o dependientes.

*Objetivos:* Conocer las creencias que los adultos mayores tienen sobre la vejez y el envejecimiento, así como identificar las distorsiones cognitivas y creencias nucleares y secundarias de cada uno. Explicar los fundamentos de la terapia cognitivo conductual e identifiquen la relación entre cognición, emoción y conducta.

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	- Gafetes	5 minutos
2	Creencias sobre vejez y envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada participante recibirá un cuestionario y su tarea consistirá en responder a cada pregunta con las primeras ideas que tenga.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué entiendes por envejecimiento?</li> <li>• ¿Qué es la vejez?</li> <li>• ¿Qué sentimientos tiene al escuchar la palabra vejez?</li> <li>• ¿Qué es lo primero que piensa cuando escuchas estas palabras?</li> <li>• ¿De qué se acuerda cuando menciona estas palabras?</li> <li>• ¿Le provoca algún sentimiento?</li> <li>• ¿De dónde viene esto que siento?</li> <li>• ¿De quién viene esto que pienso?</li> </ul> </li> <li>- Los participantes formarán un círculo y de manera grupal, se dará respuesta a cada una de las preguntas.</li> <li>- Se reflexionará el papel que la sociedad, la familia o los medios de comunicación tienen sobre nuestras creencias y opiniones con respecto al envejecimiento y la autonomía de los adultos mayores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario</li> <li>- Hojas blancas</li> </ul>	35 minutos

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
3	¿Cómo envejeczo?	<p>- Los participantes contestarán, de forma individual, las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la edad, ¿Qué cambios nota en su cuerpo?</li> <li>• ¿Qué cambios no son evidentes para otros, pero usted los percibe?</li> <li>• ¿Cómo es su vida social? ¿Ha sufrido cambios?</li> </ul>	- Cuestionario	5 minutos
4	Envejecimiento y vejez	<p>- El facilitador expondrá el tema “Envejecimiento y vejez”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Características</li> <li>• Tipos de envejecimiento</li> </ul> <p>- A través de una lluvia de ideas, se integrará la información revisada en la presentación con la obtenida en la Actividad 3.</p>	<p>- Computadora</p> <p>- Proyector</p>	10 minutos
5	Modelo cognitivo conductual	<p>- El facilitador explicará el Modelo Cognitivo Conductual (Anexo 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</li> <li>• Esquema básico</li> <li>• Relación entre la realidad, esquemas y creencias</li> </ul> <p>- Con base en el esquema básico de la TCC, el facilitador ejemplificará un pensamiento distorsionado en un paciente con depresión y el efecto que éste produce en el cuerpo, en la conducta y en la emoción</p> <p>- Cada participante identificará una de sus distorsiones cognitivas y desglosará los efectos que ésta produce (Esquema básico)</p> <p>- De manera grupal, se revisarán los esquemas y se contestarán las dudas que vayan surgiendo.</p>	<p>- Computadora</p> <p>- Proyector</p> <p>- Esquema</p>	30 minutos
6	Cierre y retroalimentación	<p>- Se realiza un resumen de los conceptos revisados</p> <p>- Cada participante responde ¿Qué se lleva de la sesión de hoy?</p>		5 minutos

### Sesión 3: Las actividades en el envejecimiento

*Justificación:* Las falsas creencias, los estereotipos y las distorsiones cognitivas afectan el autoconcepto de los adultos mayores, lo cual, puede producir depresión, ansiedad o aislamiento.

*Objetivos:* El participante identifique algunas de sus distorsiones cognitivas y resignifique lo que puede o no realizar.

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	- Gafetes	5 minutos
2	Actividades en el envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se facilitará el esquema “Mis actividades ayer y hoy” (Anexo 3) y cada participante deberá completarlo al enlistar las actividades que en cada década de la vida disfrutaba realizar y de las que aún disfruta.</li> <li>- Cada participante compartirá sus sentimientos y emociones al llenar el formato.</li> <li>- De manera grupal, se reflexionará acerca de cómo en la mayoría de los casos, el paso del tiempo dificulta, pero no impide, realizar algunas actividades y que quizá, sólo hay que adaptarnos y ampliar horizontes.</li> </ul>	- Esquema “Mis actividades ayer y hoy”	40 minutos
3	Falsas creencias y estereotipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De manera individual, se llenará el cuadro “¿Qué dicen que debo y no debo hacer? (Anexo 3)</li> <li>- Se formarán equipos de 3-4 personas y sus integrantes comentarán las semejanzas y diferencias entre sus respuestas. Posteriormente, cada equipo presentará al grupo los estereotipos</li> </ul>	- Cuadro “¿Qué dicen que debo y no debo hacer?”	30 minutos

		y falsas expectativas que les han asignado.		
No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
4	Grado de satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada participante completará el Gráfico de Satisfacción Vital (Anexo 3)</li> <li>- A través de una lluvia de ideas, dirigida por el facilitador, se buscará que los participantes comprendan que el grado de satisfacción a lo largo de la vida no depende únicamente de la edad que se tiene o de los cambios físicos y fisiológicos que se experimentan sino de la forma en la que se enfrentan los inconvenientes o de las estrategias para utilizar los recursos disponibles en esos momentos.</li> </ul>	- Gráfico de satisfacción vital	10 minutos
5	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinopsis de los temas revisados (ideas principales)</li> <li>- Cada participante responde ¿Qué se lleva de la sesión de hoy?</li> </ul>		5 minutos

## Sesión 4: Perspectivas del envejecimiento

*Justificación:* Existen numerosos modelos y enfoques que tratan explicar las diferentes etapas que vive el ser humano, sin embargo, estos pueden ser imprecisos, permisivos o inflexibles y en ocasiones, dificultan el interjuego entre las características de deterioro naturales del envejecimiento y las capacidades compensatorias.

*Objetivos:* El participante conozca las diferentes perspectivas del envejecimiento, analice los diferentes modelos de curso de vida y decida qué cambios necesita realizar para acercarse a su ideal. Asimismo, se espera que el participante identifique sus cualidades, capacidades y ventanas de oportunidad.

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	Gafetes	5 minutos
2	Autopercepción de las actividades que se pueden realizar en el envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se proyectarán las siguientes preguntas y cada participante deberá anotar sus respuestas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién dijo que no puedo o no debo?</li> <li>• ¿Cuándo aprendí estas ideas?</li> <li>• ¿Quién las ha reafirmado?</li> <li>• ¿Es la vida la que me pone límites?</li> <li>• ¿Cómo influye mi entorno para que piense esto?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Hojas blancas</li> </ul>	20 minutos
3	Modelos del curso de la vida o ciclo vital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador explicará los diferentes modelos del ciclo vital</li> <li>- Se realizará una reflexión grupal acerca de las consecuencias psicológicas, emocionales, físicas y sociales de cada uno de ellos.</li> <li>- Se entregará un esquema que incluya los diferentes modelos del ciclo vital y cada participante seleccionará con un color el modelo que está adoptando en este momento. Después, con otro color, marcará el modelo que le gustaría adoptar y finalmente, escribirá qué cosas debe cambiar o hacer para llegar a su objetivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Esquemas de los modelos del curso de vida</li> </ul>	20 minutos

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
4	Deseos y metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes enlistarán los deseos y metas que tienen en las diferentes esferas de su vida               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Sentimental</li> <li>• Familiar</li> <li>• Social</li> <li>• Laboral</li> </ul> </li> </ul>	- Hojas blancas	5 Minutos
5	Color en mi vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se entregará una cartulina a cada participante para que realice un collage con el tema “Color en mi vida” y en este tendrá que plasmar cómo se sentirá alcanzando las metas que se propuso en la actividad anterior. Podrá utilizar recortes o dibujos.</li> <li>- Cada participante presentará su collage ante el grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revistas</li> <li>- Fotos</li> <li>- Recortes</li> <li>- Cartulinas</li> <li>- Plumones</li> <li>- Pegamento</li> </ul>	35 minutos
6	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza un resumen de los avances alcanzados en la sesión.</li> <li>- Cada participante expresa ¿Qué fue lo que aprendió el día de hoy?</li> </ul>		5 minutos

## Sesión 5: Depresión en el envejecimiento

*Justificación:* La depresión resulta ser uno de los trastornos más frecuentes e incapacitantes en la población de adultos mayores y muchas veces los diferentes estados depresivos son erróneamente considerados como manifestaciones propias del proceso de envejecimiento.

*Objetivos:* El participante identifique los signos y síntomas de la depresión y conozca los diferentes tratamientos existentes. Asimismo, que aprenda como las distorsiones cognitivas contribuyen a mantener el estado depresivo.

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
1	Bienvenida	- Monitoreo del estado de ánimo - Repartición de gafetes	- Gafetes	5 minutos
2	Depresión	- El facilitador expondrá el tema "Depresión" • Definición • Causas • Signos y síntomas • Tratamientos	- Computadora - Proyector	15 minutos
3	Síntomas de la depresión	- Se proyectará el video: Un despertar en la depresión. Cortometraje EduMent. Link: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=6TIkoIH-Bg">https://www.youtube.com/watch?v=6TIkoIH-Bg</a>  - Posteriormente, los participantes identificarán los síntomas que presenta el actor del cortometraje y decidirán cuáles son las conductas que lo mantendrán en una situación de depresión.	- Computadora - Proyector	15 minutos
3	Depresión en el envejecimiento	- Se formarán equipos de 3-4 personas y los participantes deberán contestar las siguientes preguntas: • ¿La depresión se puede presentar en cualquier etapa de la vida? • ¿Por qué se puede dar la depresión en el envejecimiento? • ¿Sentirse triste es normal en el envejecimiento?	- Tarjeta con preguntas	15 minutos

No.	Tema	Actividad	Material	Tiempo
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo puede alguien dejar de estar deprimido?</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un proyecto de vida?</li> <li>• ¿Tengo un propósito en mi vida?</li> <li>• ¿Qué no puedo cambiar en mi vida?</li> <li>• ¿Qué sí puedo cambiar en mi vida?</li> </ul> <p>- Cada equipo expondrá sus conclusiones ante el grupo</p>		
4	Modelo cognitivo conductual en la depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador explicará el Modelo Cognitivo Conductual en la Depresión (Anexo 5)</li> <li>- De manera grupal, se desglosarán diferentes sucesos que generan o mantienen la depresión a través de los componentes del modelo cognitivo conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Esquema</li> </ul>	20 minutos
5	Modelo SPEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con base en un ejemplo del Modelo SPEC (Situación, Pensamiento, Emoción y Conducta), el facilitador explicará a los participantes como los pensamientos influyen o determinan las emociones y desencadenan la conducta depresiva (Anexo 5).</li> <li>- De manera grupal, los participantes llenarán diferentes esquemas (Modelo SPEC) al identificar algunas distorsiones cognitivas que se presentan en la depresión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquema</li> <li>- Rotafolio</li> <li>- Plumones</li> </ul>	15 minutos
6	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará un resumen de los avances alcanzados en la sesión.</li> <li>- Se les explicará a los participantes que durante la semana deberán llenar un registro de pensamientos depresivos y analizarlos a través del SPEC.</li> </ul>		5 minutos

		- Solución de preguntas		
--	--	-------------------------	--	--

## Sesión 6: ¿Cómo lidiar con las creencias distorsionadas?

*Justificación:* Una de las premisas de la TCC es que las creencias distorsionadas de los pacientes con depresión sobre sí mismos, sus experiencias y su futuro es lo que mantiene su estado de ánimo.

*Objetivos:* El participante identifique y reestructure algunos pensamientos negativos, asimismo, que incorpore a su vida cotidiana el registro de pensamientos disfuncionales para lograr modificarlos.

No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	- Gafetes	5 minutos
2	Modelo SPEC	- Se revisarán los registros del Modelo SPEC que los participantes realizaron durante la semana. Cada integrante expondrá un ejemplo y se realizará la retroalimentación correspondiente.	- Registros SPEC	20 minutos
3	Intensidad de pensamientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador explicará el <b>autorregistro</b> de emociones y pensamientos</li> <li>- El paciente identificará la intensidad de las emociones y pensamientos que algunas situaciones le generan (Anexo 6).</li> <li>- Se evaluará la intensidad en la que considera que sus creencias son ciertas y si es capaz, en ese momento, de aceptar realizar cambios en sus pensamientos.</li> </ul>	- <b>Autorregistro</b> de emociones y pensamientos	15 minutos
4	Distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador expondrá las principales distorsiones cognitivas</li> <li>- Los participantes formarán equipos de 2-3 integrantes y su tarea consistirá en elegir tres distorsiones y ejemplificar cada una de ellas con base en situaciones que a ellos les ocurran constantemente.</li> </ul>	- Registro de distorsiones cognitivas	25 minutos

No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
5	Registro de pensamientos disfuncionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analizará el registro de pensamientos disfuncionales (Anexo 6). El facilitador retomará algunos pensamientos disfuncionales obtenidos de la Actividad 3 y 4 y ejemplificará como se pueden sustituir o debatir por “pensamientos alternativos”.</li> <li>- Después de algunos ejemplos, los participantes serán quienes tengan que elaborar los pensamientos alternativos.</li> </ul>	- Registro de pensamientos disfuncionales	20 minutos
6	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará un resumen de los avances alcanzados en la sesión.</li> <li>- Solución de preguntas</li> </ul>		5 minutos

## Sesión 7: Activación conductual y redes de apoyo

*Justificación:* El paciente con depresión tiene dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que le proporcionan satisfacción lo que le genera una insatisfacción permanente. Además, el aislamiento voluntario e involuntario intensifica los síntomas depresivos y dificulta la comunicación con miembros de la red de apoyo.

*Objetivos:* El participante identifique las actividades que le generaron algún placer y realice un programa de activación conductual. Además, se espera que se reconozcan los elementos necesarios para reactivar o generar redes de apoyo.

No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	- Gafetes	5 minutos
2	Envejecimiento y activación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El facilitador mostrará una serie de imágenes en las que se observe a diferentes adultos mayores realizando distintas actividades.</li> <li>- A través de una lluvia de ideas, dirigida por el facilitador, se buscará que los participantes identifiquen y recuerden algunas de las actividades que les producían placer o satisfacción.</li> <li>- El facilitador elegirá cuáles son las que más se repiten y mediante técnicas de visualización, provocará que los pacientes experimenten estas sensaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> </ul>	30 minutos
3	Distribución de actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El participante enlistará cuáles son las actividades que le producen satisfacción. Con color rojo escribirá cuáles son las que puede llevar a cabo solo(a) y con color azul, cuáles necesita realizar en compañía de alguien.</li> <li>- Con tinta negra, cada participante llenará el registro de 24 horas (semanal) con base en la distribución de actividades placenteras que realiza actualmente. Después, procurará integrar por lo menos</li> </ul>	- Registro de actividades (semanal)	20 minutos

		25% de las actividades placenteras enlistadas previamente.		
No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
4	Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes se sentarán formando un círculo. Se reflexionará acerca del concepto de redes de apoyo y de su importancia.</li> <li>- Cada participante realizará un collage sobre sus redes de apoyo y deberá incluir no sólo el nombre o dibujo de las personas que la conforman, sino que, además, deberá describir la forma de comunicarse con cada una de ellas (actividades en común, llamada telefónica, redes sociales, visitas, etc.).</li> <li>- Cada participante presentará su collage frente al grupo y se realizarán sugerencias para fortalecer esas redes de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revistas</li> <li>- Fotos</li> <li>- Recortes</li> <li>- Cartulinas</li> <li>- Plumones</li> <li>- Pegamento</li> </ul>	30 minutos
5	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará un resumen de los avances alcanzados en la sesión.</li> <li>- Solución de preguntas</li> </ul>		5 minutos

## Sesión 8: Proyecto de vida y cierre del taller

*Justificación:* La creación o reestructuración del proyecto de vida es un proceso que se debe iniciar con el paciente con depresión para que logre resignificar su vida y encontrar motivos para seguir con el proceso terapéutico.

*Objetivos:* El participante comience a estructurar o reestructure su proyecto de vida. De manera grupal e individual, se reconozcan los beneficios obtenidos en el taller y se establezcan pautas de acción para alcanzar bienestar emocional.

No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
1	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo del estado de ánimo</li> <li>- Repartición de gafetes</li> </ul>	- Gafetes	5 minutos
2	Proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se proyectará un video explicar el concepto de proyecto o plan de vida. Link: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ob0qM06L4MA">https://www.youtube.com/watch?v=ob0qM06L4MA</a></li> <li>- El facilitador narrará la vida de algunas personas que realizaron cambios en su estilo de vida después de la edad media y cómo esto mejoró significativamente su calidad de vida.</li> <li>- El facilitador expondrá un ejemplo de proyecto de vida (debe incluir todas las esferas) así como una lista de los cambios que el hipotético individuo tendría que realizar para llevarlo a cabo.</li> <li>- Cada participante realizará o reestructurará su proyecto de vida. El facilitador, de manera individual, brindará el apoyo necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Rotafolio</li> <li>- Hoja</li> <li>- Plumones</li> <li>- Plumas</li> </ul>	60 minutos
5	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de pruebas finales (Anexo 1)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Yesavage abreviada</li> <li>• Inventario de Ansiedad de Beck</li> <li>• Escala de Autoestima de Rosenberg</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas</li> <li>- Inventarios</li> <li>- Esquema</li> </ul>	20 minutos

No.	TEMA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
4	Cierre y retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De manera individual, cada participante realizará una reflexión frente al grupo acerca de los aprendizajes alcanzados en el taller. Posteriormente, se discutirá acerca de las directrices sugeridas para fechas posteriores al taller, así como la necesidad de llevar a cabo los acuerdos alcanzados durante las sesiones.</li> <li>- Clausura del taller</li> </ul>		5 minutos

## **Alcances y limitaciones**

- La eficacia del programa será determinada en gran medida por las capacidades, habilidades y competencias que tenga el facilitador tanto en el área clínica como en el manejo de la terapia cognitivo conductual.
- El éxito del programa dependerá de la disposición, desempeño y compromiso de cada participante dentro y fuera de las sesiones.
- La perspectiva de envejecimiento que adopta esta investigación permite que el programa se pueda llevar a cabo con personas de zonas rurales o urbanas, de baja escolaridad o con niveles de depresión leve y moderada.
- El taller se generó con fines de intervención, sin embargo, con pequeños ajustes, se podría utilizar con un enfoque preventivo en adultos mayores vulnerables, que estén por realizar ajustes significativos en su vida o que afronten algún tipo de enfermedad crónica no transmisible.
- Las limitaciones con las que se puede encontrar esta propuesta yacen en el marco cultural de nuestra sociedad, la que aun en estos tiempos mantiene tabús y estereotipos acerca de la salud mental y el envejecimiento. Así mismo en las brechas existentes entre la teoría y la praxis de esta ciencia.

## Conclusiones

La propuesta que se desarrolló establece una intervención encaminada a modificar los pensamientos automáticos creados por la cultura en la que se desarrolla el adulto mayor y que afectan su estado de ánimo. Con base en la **Terapia Cognitivo Conductual** de tipo grupal, se desarrolló un programa que facilitará en poco tiempo y con un mínimo de recursos, el tratamiento de uno de los problemas más serios que aquejan a los adultos mayores de nuestra sociedad actual, la depresión.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado resultados positivos con diferentes trastornos y con diferentes grupos etarios, por lo tanto, su aplicación puede generar grandes beneficios en los adultos mayores al mejorar su calidad de vida mediante la disminución o eliminación de síntomas depresivos, la reestructuración cognitiva, la formulación de un proyecto de vida y el fortalecimiento de las redes de apoyo (familiares o sociales).

Las ideas y constructos que la sociedad tiene con respecto a la vejez pueden modificar la forma en la que cada adulto mayor se define, por lo tanto, colaborar en una reestructuración de éstas puede fortalecer el desarrollo de patrones sanos que se pueden permear a otros miembros del mismo grupo etario, o bien, tener un impacto en otras generaciones.

## Bibliografía

Alvarado García & Salazar Maya, A. (Junio, 2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, XXV (2), 57-62.

Álvarez Cordero, R. (2013). Mitos y realidades del envejecimiento. En R. S. Octavio, *Salud y envejecimiento* (págs. 42-57). Ciudad Universitaria: Universidad Autónoma de México.

Alvarez Hernández, J., Gonzalo Montesinos, I., & Rodriguez Troyano, J. (2011). Envejecimiento y nutrición. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, IV (3), 3-14.

American Psychiatric Association (2015). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Cuarta reimpresión revisada. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arean, P. A. (2015). *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma and substance abuse*. Washington, D.C., U.S.A: American Psychological Association.

Arias, J.C. & Lacub, R. (2013). ¿Por qué indagar aspectos positivos del envejecimiento? Contribuciones para un cambio de paradigma. *UEPG: Ciencias, Humanidades, Lingüística, Letras y Artes*, II (21), 271-281.

Ávila Fuentes, J. A. & García Lara, J. (2017). 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor (Vol. VII). Ciudad de México: Instituto Nacional de Geriátría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Universidad Iberoamericana.

Aymerich, M. & Mora, P. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión. En J. D. Bastida, *Manual de intervención clínica en psicogerontología* (pp. 81-113). Barcelona: Heder Editorial.

Ballarre Veá, H. (2017). Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Revista Cubana de Salud Pública*, II (43), 313-316.

Baltes & Freund (2007). El potencial humano como orquestación de la sabiduría y la optimización selectiva con compensaciones. En Azpinwall & Staudinger, *Psicología del potencial humano* (págs. 45-62). Barcelona: Gedisa.

Bastida Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor, críticas comunes y relación etiológica. *Revista Psicológica*, 32(2), 192-218.

Bastida, J. D. (2012). *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Barcelona: Herder Editorial.

Beck, A. T., Rush, Shaw, & Emery. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20 ed.). España: Desclee De Brouwer.

Blanco, M. (2011). El curso de la vida en la edad. *Revista Latinoamericana de Población*, 5, 30-55.

Blanco, M. (junio de 2011). El enfoque del curso de vida orígenes y desarrollo. Centro de Investigación de Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), 8, 5-31.

Bozo, M.T., García Zans, B. & Martínez Parcio, J. (1999). *Envejecimiento y sociedad una perspectiva internacional*. Madrid, España: Ciencias de la Salud Panamericana.

Bulacio, J.M., Vieyra, M.C., Álvarez , D.C., & Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Buenos Aires, Argentina.

Camacho, J.M. (2003). El abc de la terapia cognitiva. Obtenido de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivos23.pdf>

Campillo Serrano, C. & Morales Gordillo, N. (2013). Abuso, violencia y derechos en la tercera edad. En O. Rivero Serrano, *Salud y Envejecimiento* (Primera ed., págs. 73-93). Ciudad Universitaria: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cardona, D. & Agudelo, H. (2006). *La flor de la vida. Pensemos en los adultos mayores*. Universidad de Antioqui Medellín: Facultad de Salud Pública.

Claver, M. (2002). Aspecto psicológicos del envejecimiento. En L. Auguera Ortiz, *Psiquiatría geriátrica* (págs. 15-62). Barcelona: Masson.

CONAPO. (2017). *Estimaciones del CONAPO con base en el censo nacional de población y vivienda*. Obtenido de [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=306&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=306&Itemid=193)

De Alba González González, M. (2013). Vejez, memoria y ciudad: entre el derecho ciudadano y el recuerdo de la vida ciudadana en distintos contextos urbanos. *Vejez, memoria y ciudad*. México: Porrúa.

De Lima Urdaneta, B. & Jaber Ferretis, J. (septiembre de 2009). La mirada inocente: Una reflexión sobre el estudio de la gerontología en Venezuela. *Altepepaktli Salud de la Comunidad*, 5(10), 11-17.

Douglas C.N. (2012). Trabajo grupal con adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, XX(3), 139-148.

- Dulcey, E. U. & Valdivieso, C.U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana . *Latininoam Psico*, 17-27.
- Fernandez Ballesteros, R. (2011). Posibilidades y limitaciones de la edad. En J. M. Vicente López, *Envejecimiento Activo Libro Blanco* (Primera ed., págs. 105-147). Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Fernandez Ballesteros, R. (2014). Envejecimiento activo. En M.E. Medina Tornero, & M.J. Catalán Frias, *Psicología y envejecimiento*. Primera edición, pp. 15-50. España: Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Frances, H., Pincus, H. A. & First, M.B. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En H. Frances, H. A. Pincus, & M. B. First, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (págs. 323-373). Barcelona: MASSON.
- García Lara, J. M. & Ávila Fuentes, J.A. (2017). 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor (Vol. VII). México: Instituto Nacional de Geriátría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Universidad Iberoamericana.
- González González, C. (2010). Sociedad y economía y servicios de salud. En L. M. Gutiérrez Robledo, & J.H. Gutiérrez Ávila, *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria* (págs. 295-304). México, DF: Instituto de Geriátría.
- González Nuñez, M., Gregorio, P. G., Carrasco Cabeza, I., & García, M. S. (2001). La depresión en el anciano. En M. González Nuñez, P. G. Gregorio, I. Carrasco Cabeza, & M. S. Garcia, *Depresión un enfoque gerontológico* (págs. 125-160). Madrid: Ediciones 2010.
- Gutiérrez Robledo, L. M., & Gutiérrez Ávila, H. (2010). La investigación sobre el envejecimiento humano :Un enfoque holístico. En L. M. Gutiérrez Robledo, & H. Gutiérrez Ávila, *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria*. Primera edición, pp. 37-43. México: Instituto de Geriátría.
- Hall, N. (2010). Older Persons in Disaster and Emergencies:The Overlapping Mental and Phisical Health Issues. En J.A. Toner, *Geriatric Mental Health* (págs. 31-63). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Ham Chande, R. (2003). Un siglo de cambios rumbo al envejecimiento. En R. Ham Chande (ed.) *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, pp. 22 México: Porrúa.
- Hollon, S. D. & Shaw, B.F. (2012). Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. En A.T. Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw. & G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión* (Vigésima ed., págs. 311-334). España: Desclee De Brower.

Hutman, S. (2015). Tras el éxito de la terapia cognitivo conductual . *Investigación y Ciencia. Edición Española de Scientific American*, 15-19.

Instituto Mexicano del Seguro Social (13 de Octubre de 2014). Obtenido de IMSS: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

INEGI (2015). *Censos y conteos de población y vivienda /Encuesta internacional y vivienda*. Obtenido de Version Veta: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructuras>

INEGI (2016). *Esperanza de vida en México por sexo e identidad federativa 2010-2016*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Censos y conteos de población y vivienda: encuesta internacional y vivienda*. Obtenido de Version Beta: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructuras>

Jonis, M. & Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor. ¿Cuál es la verdadera situación en nuestro país? *Revista Médica Herediana*, 24(1), 78-79.

Lacub, R. & Sabatini, B. (2007). *Psicología de la mediana edad y vejez*. Facultad de Psicología Universidad del Mar de Plata. Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación.

Lacub, R. & Sabatini, B. (2009). *Psicología Mediana Edad y Vejez*. Facultad de Psicología Universidad del Mar de Plata. Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación.

Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K.D., Campo Torregroza, E. & Martin Carbonell, M.D. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28 (3), 135-141.

Londoño, V. (2008). Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVI (1), 48-58.

Lynch, G. (2015). Modelos del curso de la vida : Transformaciones y continuidades. *IX Jornada de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires* (págs. 1-14). Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales.

Lynch, T.R., Epstein, D.E. & Smoski, M.J. (2014). Individual and Group Psychotherapy. En M.E. Thakur, D.G. Blazer & D.C. Steffens, *Clinical Manual Of Geriatric Psychiatry* (Primera ed.), p.p. 235-246. Arlington, USA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Maldonado Saucedo, M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Psychological Research Records*, V(1), 1815-1830.

Mishara, B.L., & Riedel, R.G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

Montañas Rodríguez, J. & Latorre Postigo, J. M. (2004). Psicología de la vejez: Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento. Castilla: Cuenca.

Moody, H. & Sasser, J. (2016). A life course perspective on Aging. En H. Moody, & J. Sasser, *Aging concepts and Controversies* (Octava edición) p.p. 1-97). USA: SAGE.

Motlis, J. (1985). El dado de la vejez y sus 6 caras. Madrid: Altalena.

Narro Robles, J. (2013). Introducción. En O. Rivero Serrano, Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas (pág. 18). México: Universidad Autónoma de México.

Organización Mundial de la Salud (2016). *La salud mental en los adultos mayores*. Obtenido de Nota descriptiva.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América.

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* . Estados unidos de America : Catalogación por la biblioteca de la OMS

OMS. (12 de Diciembre de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Papalia, D.E. & Martorell, G. (2017). Desarrollo humano. (Decimotercera edición). México: Mc Graw Hill Education.

Papalia, D., & Martorell, G. (2017). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez tardía. En D. E. Papalia, & G. Martorell, Desarrollo humano (págs. 496-527). México, DF: Mc Graw Hill Education.

Park, D. (2002). Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento. En J.M. Ruiz, Vargas & M. Belinchon, Envejecimiento cognitivo (p.p. 3-8). Madrid: Panamericana.

Quilodran, J. (1996). Trayectorias de vida: Un apoyo para la interpretación de los fenómenos demográficos. *Estudios Sociológicos*, XIV (41), 393-416.

Ramírez Treviño, J. & Rodriguez Alcala, J.C. (Junio de 2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, XV(2), 610-635.

Rivera Serrano, O. (2013). Envejecimiento como expresión a la transición epidemiológica. En O. Rivera Serrano, Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas. Primera edición (p.p. 13-19). México: Universidad Autónoma de México.

Rodríguez Pascual, Y., Vázquez Fernández, R., Infantes Hernández, Z. & Lavernia Pineda, L. (2010). Origen y comportamiento del envejecimiento. Hospital Provincial Universitario Vladimir Lich Lenin, (14) 1-9.

Ruiz, E. (2010). Psicología del envejecimiento y perspectivas del transcurso de la vida: Consideraciones críticas. Revista Colombiana de Psicología, 19(2), 207-224.

Sánchez Pérez, M. (2011). Depresión en el adulto mayor. En M. Sánchez Pérez, L. Auguera, M. Martín, P. Azpiazu, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría*. España.

Santrock, J.W. (2006). Psicología del desarrollo el ciclo vital. Madrid: McGraw Hill.

Smith & Baltes (2002). Introducción y generalidades: La vejez en la historia. En J. Saiz Ruiz, Manual de Psicogeriatría Clínica (págs. 1-17). México: Masson.

Sochting, I. (2014). *Cognitive Behavioral Group Therapy: Challenges and Opportunities*. Los Angeles: WILEY Blackwell.

Soliveréz, C. (2012). *Evaluación del capital psíquico en adultos mayores auto-válidos y dependientes que residen en la ciudad del Mar de Plata*. Mar de Plata: Facultad de Psicología de la Universidad del Mar de Plata.

Sotelo, A., Rojas, S., Sánchez Arenas, C. e Irigollen Coria. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13.

Tarajano, F. & Allegri, R. (1996). Depresión en Geriatría. En M.M. Fernández Pardal & E. E. Micheli, Neurología en el anciano (p.p.89-94). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Toledano, A., Álvarez, M. I. & Toledano Díaz, A. (2014). Envejecimiento cerebral y patológico: Continuum Fisiopatológico o dualidad de proceso involutivos. *Revisión Académica Correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 500-539.

Organización de las Naciones Unidas (2017). *Una sociedad para todas las edades*. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/dpi2230spa.htm>.

Vacha-Haase, T., Wester, S. & Fowell Christianson, H. (2011). Depression. En T. Vacha-Haase, S. Wester, & H. Fowell Christianson, *Psychotherapy with Older Men* (págs. 77-89). New, York: Routledge.

Verd Pericas, J. M. & Núria Sanchez, M. (2010). La reconstrucción de la trayectoria biográfica en los gráficos de satisfacción vital. *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales* (4), 1-37.

Vicente López, J.M. (2011). Imágenes de las personas mayores y medios de comunicación. En J. M. Vicente López, *Envejecimiento activo/Libro blanco* (págs. 353-369). España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Villar, F. & Carmen, T. (2006). *Psicología de la vejez*. España: Alianza Editorial.

Vivaldo, J.P. (2015). La historia de la vejez y su percepción en el CEPE. *Decires, Revista del Centro de Enseñanza para Extranjeros*, XV(19), 99-114.

Wong, R. (2013). Cuestiones sociales del envejecimiento. En O. Rivero Serrano, *Salud y envejecimiento: Situación actual, retos y propuestas* (p. 24). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0.IGO

## ANEXO 1

### Carta de consentimiento informado

#### PROGRAMA DE INTERVENCION PARA ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN CON UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Este programa tiene como objetivo que usted conozca y aprenda habilidades y técnicas de la terapia cognitivo conductual que le podrán ser útiles para disminuir los síntomas depresivos. Asimismo, se espera que usted pueda conceptualizar el proceso de envejecimiento de una manera más realista, sana y adaptativa a través de la eliminación de estereotipos, el manejo de emociones y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

El programa se llevará a cabo en ocho sesiones, cada una con una duración aproximada de una hora y media. Cada semana, se revisará un contenido temático diferente por lo que se enfatiza en la necesidad de que usted se comprometa y no falte a ninguna de ellas. Este programa no representa ningún costo para usted ya que todos los materiales serán proporcionados por el facilitador.

Toda la información que proporcione durante las sesiones será de carácter estrictamente confidencial y los resultados se utilizarán únicamente con fines de investigación.

Yo \_\_\_\_\_ acepto que asisto de forma voluntaria al programa. Asimismo, confirmo que se me ha explicado en el propósito del mismo así como la forma en la que esté se llevará a cabo. Se aclararon mis dudas, conozco mis derechos generales sobre este programa y estoy de acuerdo en el manejo del programa y sus fines. Finalmente, los investigadores me aseguraron que se respetará mi privacidad y que en todo momento se garantizará mi confidencialidad.

Asimismo, a través de la firma del presente documento, me comprometo a respetar la confidencialidad e integridad física y emocional de mis compañeros.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

## ANEXO 1

### Escala de Yesavage abreviada

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X su respuesta de acuerdo a cómo se ha sentido en la última semana incluyendo el día de hoy.

1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

## ANEXO 1

### Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X su respuesta de acuerdo a cómo se ha sentido en la última semana incluyendo el día de hoy.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento u hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse o sonrojamiento				
Sudoración (no debida al calor)				

## ANEXO 1

### Escala de Autoestima de Rosenberg

Nombre \_\_\_\_\_

Por favor responda las siguientes preguntas con la respuesta que considere más adecuada

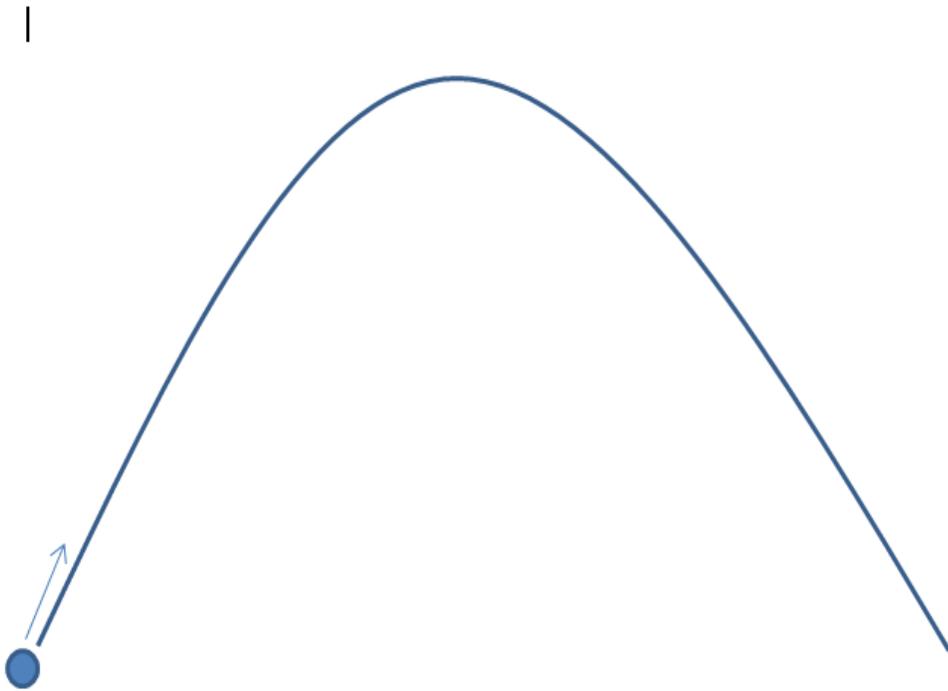
- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.				
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

## ANEXO 1

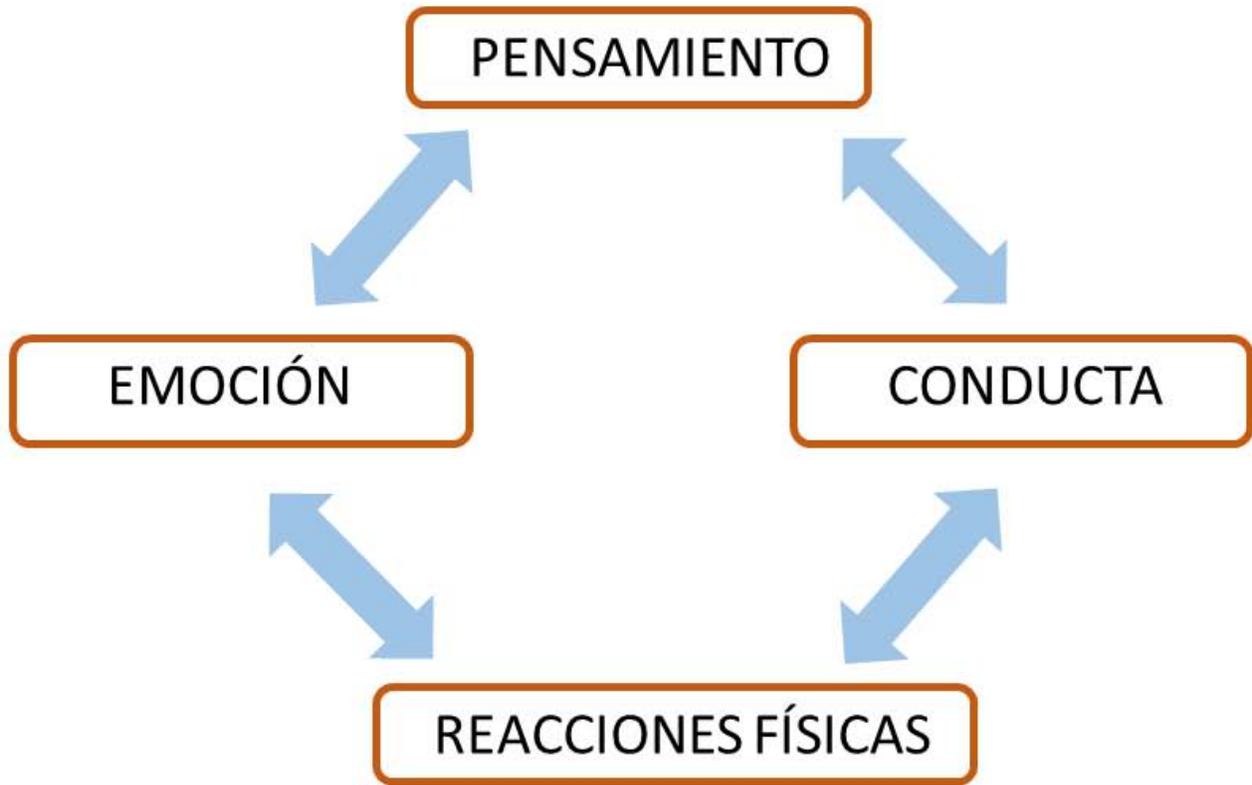
### Ubicación en la trayectoria de vida

Imagine que esta es una línea de vida y que el círculo en la parte inferior representa el momento en el que usted nació. Por favor, marque con un color el momento de su vida en el que usted se encuentra.



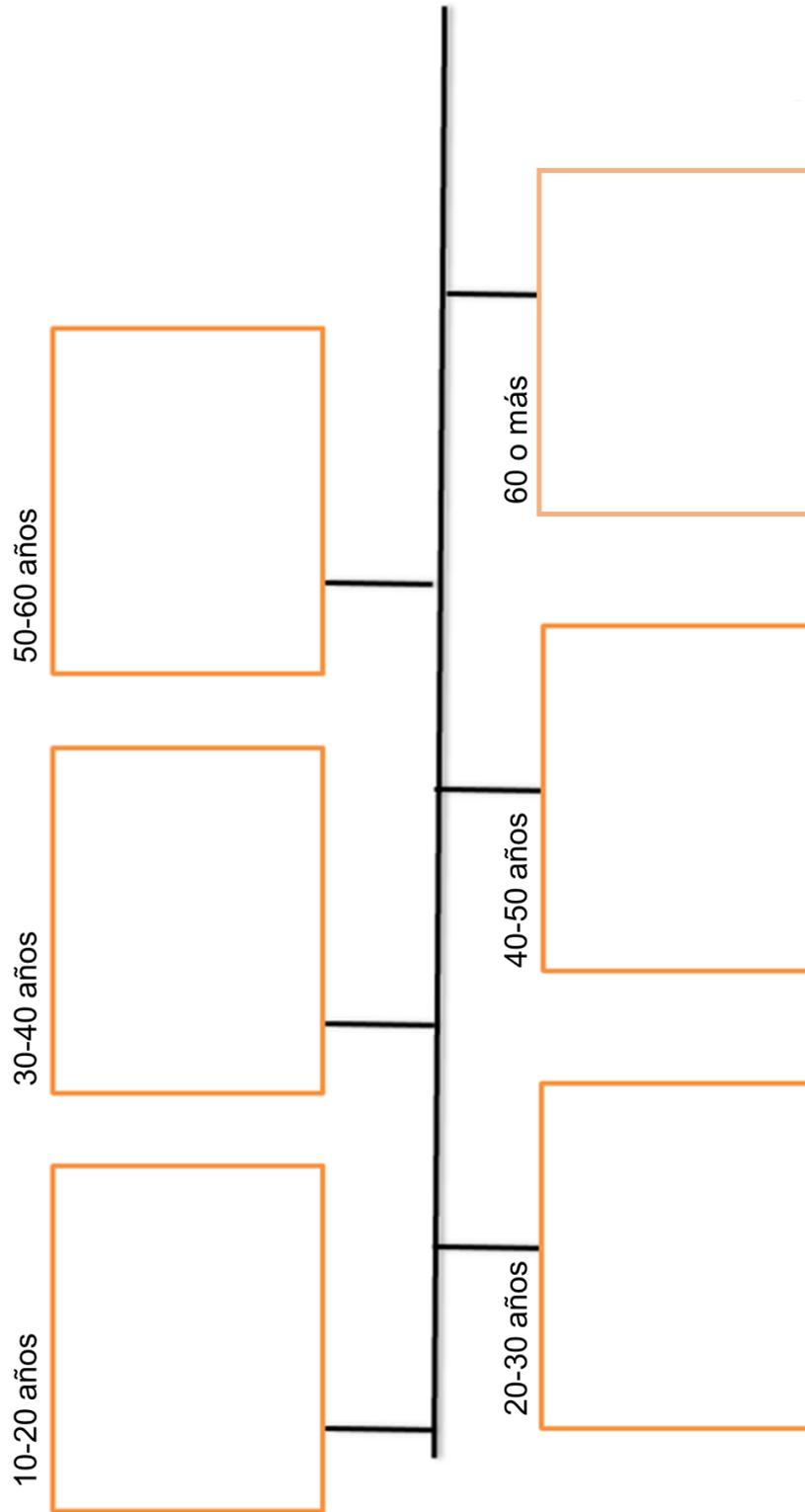
## ANEXO 2

### Esquema básico de la terapia cognitivo conductual



### ANEXO 3

#### “Mis actividades ayer y hoy”



### ANEXO 3

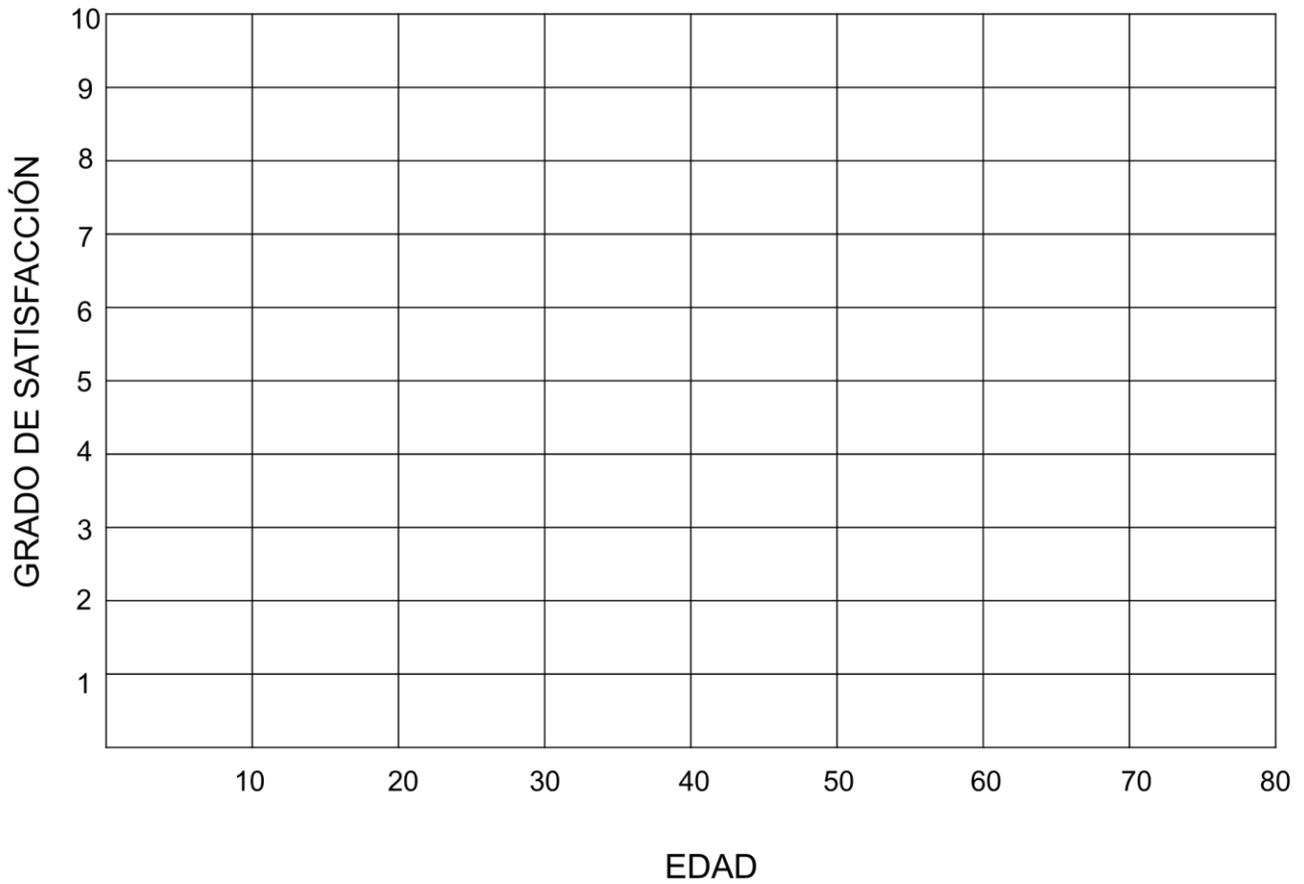
¿Qué dicen que debo y no debo hacer?

¿Qué debe hacer un adulto mayor?	¿Qué no debe hacer un adulto mayor?
	

### ANEXO 3

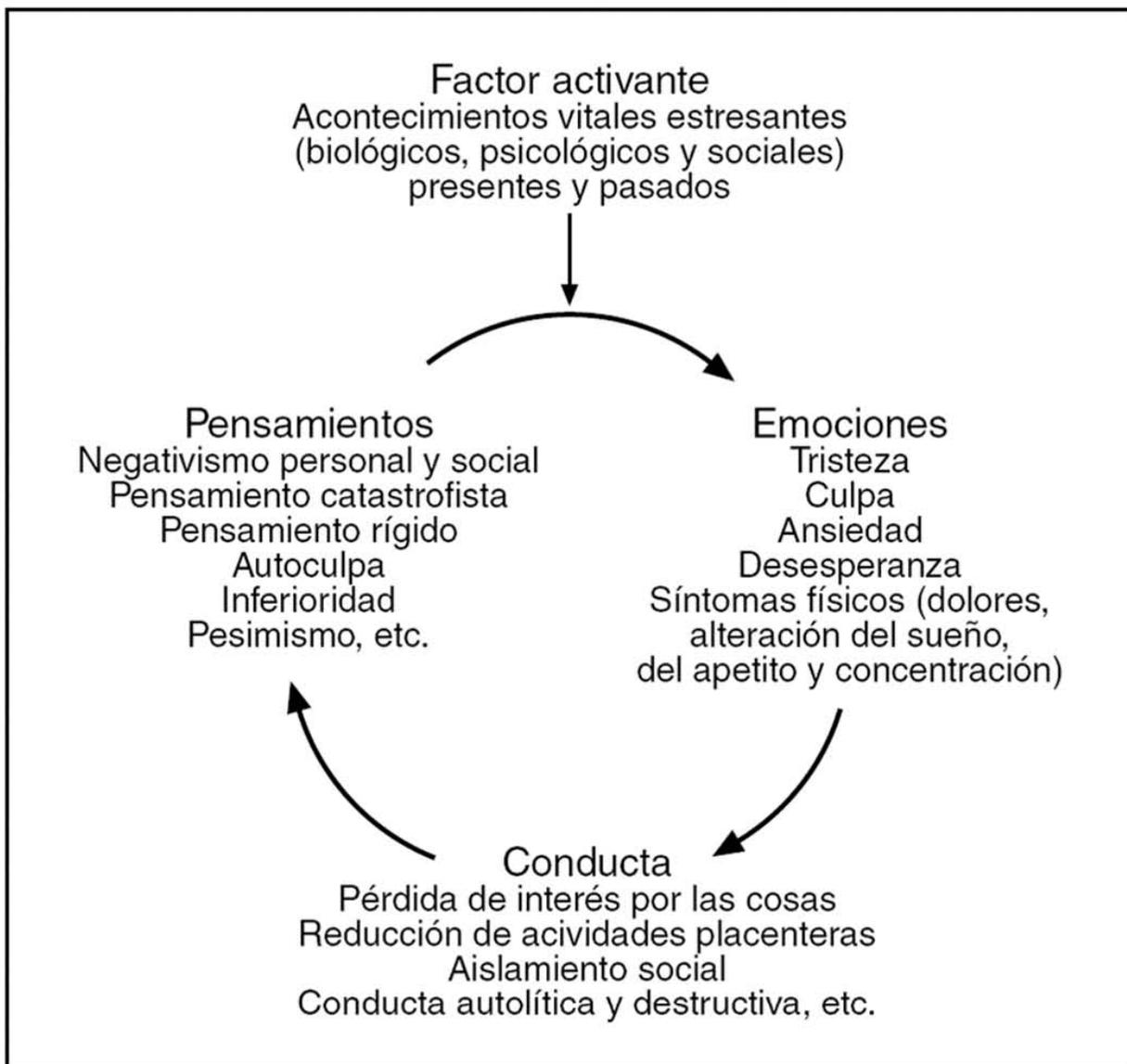
#### Gráfico de Satisfacción Vital

Por favor, marque en el siguiente gráfico cuál es el grado de satisfacción que ha experimentado a lo largo de su vida hasta este momento.



## ANEXO 5

### Modelo Cognitivo Conductual en la Depresión



Modelo Cognitivo Conductual en Depresión. Obtenido de Manzanera-Escarti, Ibáñez-Tarín, Scoufalos y Arbesú-Prieto (2007)

## ANEXO 5

### Modelo SPEC

<b>Situación</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
Es un día importante para mí y nadie me ha buscado o llamado por teléfono para felicitar me	A nadie le importo	Tristeza	Llanto
	No valgo lo suficiente	Depresión	Me quedo en casa y no veo a nadie
	Nadie me quiere	Miedo	Me enojo pero no se lo digo a nadie
	Estoy solo(a)		

## ANEXO 6

### Autorregistro de emociones y pensamientos

<b>Fecha y hora</b>	<b>Situación</b> ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién, qué sucedía?	<b>Emoción (es)</b> ¿Qué emociones sintió? Del 1 al 10, ¿Qué tan intenso fue?	<b>Pensamiento</b> ¿Qué fue lo primero que pensó? (imágenes, ideas, recuerdos) Del 1 al 10, ¿Qué tan cierto considera que eran esos pensamientos?

ANEXO 6

Registro de pensamientos disfuncionales

Día/Hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción/Emociones	Distorsión	Pensamientos alternativos	Resultado
	<p>Describe: el evento que detono las emociones displacenteras, o atrajo pensamientos, fantasías o recuerdos que produjeron emociones displacenteras o iniciaron sensaciones físicas desagradables</p>	<p>Escribe los pensamientos automáticos que precedieron a la emoción</p> <p>Que tanto creías en el pensamiento automático 0-100%</p>	<p>Especifica triste, enojado, ansioso, etc.</p> <p>Que tan fuerte era la emoción 0-100%</p>	<p>Pensamiento todo o nada Sobregeneralización Filtro mental Descalificando lo positivo Saltando a conclusiones Maximización o minimización Razonamiento emocional Declaraciones del "Debería" Etiquetar y malinterpretar Personalizar</p>		