

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

Gilda Romero Gamarra¹

Los estudios ponen de manifiesto que la Terapia Cognitivo-Conductual es un modelo de intervención que tiene una significativa eficacia en el alivio de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales asociados con la depresión en pacientes adultos mayores. Este artículo presenta el reporte de la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas en el caso de una paciente de la tercera edad con depresión.

La discusión de los resultados obtenidos—que indican una significativa mejoría en los síntomas de la depresión—pone énfasis e la adecuada conceptualización del caso y en el análisis funcional de la conducta como mecanismos que maximizan la adecuada elección de las técnicas de intervención más apropiadas para el caso de una persona adulta mayor.

Palabras Clave: *Depresión, Terapia Cognitivo-Conductual, Tercera Edad.*

The studies manifest that Cognitive Behavioral Therapy is a model of intervention that has significant efficacy in the relief of the cognitive , affective and behavioral symptoms associated with elderly patients with depression. This article presents the report of applying behavioral and cognitive techniques in the case of an elderly patient with depression.

The discussion of the results obtained indicate a significant improvement in the symptoms of depression—puts emphasis in the adequate conceptualization of the case, and in the functional analysis of conduct as a mechanism that maximizes the adequate election of the intervention techniques that are more appropriate for an elderly patient.

Key Words: *Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Elderly.*

¹ Psicóloga, Hogar Albergue Canevaro.

La depresión es la alteración del humor o de la afectividad acompañada básicamente de la disminución del nivel general de actividad o vitalidad, la que suele estar relacionada con acontecimientos estresantes (Organización Mundial de la Salud., 1992). Es una agrupación de síntomas que por lo general implican problemas en la conducta, los pensamientos, la interacción social y el funcionamiento biológico.

Es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez. Según Gurland (1976) las más altas tasas de sintomatología asociada a depresión se encuentran en los adultos mayores en comparación a personas de menos edad. La tasa de prevalencia de la depresión es más alta en adultos mayores. En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York, se encontró que el 13% de adultos mayores presentaban síntomas depresivos, y 8% tenía depresión incluyendo la presencia de seis o más síntomas (Gurland, Dean, Cross y Golden (1980).

En España se hizo un estudio en el que se encontró que la tasa de prevalencia de depresión o sintomatología depresiva en ancianos institucionalizados era significativamente mayor en comparación con las personas que viven en sus domicilios. Hyer y Blazer (1982) encontraron que

un 82% de adultos mayores sufren de síntomas depresivos.

Parmelee, Katz y Lewton (1989) estudiaron una muestra de 708 residentes de un Centro, encontrando un 12.4% de adultos mayores con depresión mayor y un 30.5% con claros síntomas depresivos. En cuanto al sexo, se señala que es mayor en mujeres que en hombres en los rangos de 65 a 80 años, hecho que se invierte a partir de los 80 años en la que se encuentra mayor prevalencia en hombres.

Según datos de la OMS, el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, 15% - 35% de los que viven en residencias, 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados, 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, 50% de todas las hospitalizaciones, para ese grupo de edad, en los centros psiquiátricos.

Los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad, de acuerdo a Roth (2000), figuran en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Factores de Riesgo en la Depresión de la Tercera Edad

<i>Factores predisponentes</i>	<i>Factores contribuyentes.</i>	<i>Factores precipitantes.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Estructura de la personalidad. <ul style="list-style-type: none"> - Dependientes - Pasivos-agresivos - Obsesivos. • Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión. • Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Socioeconómicas. • Dinámica familiar. • Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación. • Pertenencia a un grupo étnico específico. • Formas de violencia. • Jubilación. • Comorbilidad orgánica y mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis propias de la edad. • Abandono. • Sentimientos de desesperanza. • Aislamiento. • Violencia. • Muertes de familiares y allegados. • Pérdidas económicas. • Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades. • Discapacidades y disfuncionalidad. • Dependencia.

La depresión en las personas de la tercera edad es un serio problema de salud mental. Aun cuando en nuestro medio no se sabe con precisión la incidencia de este problema, la investigación epidemiológica en otros contextos estima que la prevalencia de la depresión clínicamente significativa oscila del 3% al 10% entre los adultos mayores de la comunidad (Mulsant & Ganguli, 1999; Steffens, Skoog, Norton et al. (2000). La investigación también ha mostrado que los adultos mayores con síntomas depresivos hacen un mayor uso de los servicios de salud y es más probable que perciban su salud como mala en comparación con los adultos mayores sin síntomas depresivos (Steffens, Skoog, Norton et al. (1995). Además, la depresión en la tercera edad está frecuentemente asociada con un riesgo creciente de discapacidad así como un perjuicio significativo en el funcionamiento general. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas mayores con depresión tienen una mayor declinación autorreportada en el funcionamiento físico y, del mismo modo, las tasas de suicidio son más altas entre las personas mayores en comparación con cualquier otro grupo de edad (McIntosh, 1992).

Los estudios han puesto de manifiesto que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Terapia Interpersonal y la Terapia Psicodinámica son modalidades de tratamiento que tienen efectos significativos en las tasas de remisión y de reducción de los síntomas en pacientes deprimidos de la tercera edad (Arean, Perri, Nezu et al., 1993; Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, et al., 2000). También se ha demostrado que la terapia de grupo es efectiva y puede tener ventajas para muchos pacientes mayores; generalmente es menos costosa que el tratamiento individual—un factor que tiene mucha relevancia en nuestro medio—, y la red social provista por el grupo puede propor-

cionar beneficios terapéuticos a los pacientes mayores que experimentan una pérdida de relaciones interpersonales por muerte de amistades y la pareja. Lynch, Morse, Mendelson & Robins (2003) señalan seis reportes publicados de estudios controlados con terapia de grupo, en pacientes deprimidos de la tercera edad sin perjuicio cognitivo. En todos estos estudios, la terapia de grupo (terapia cognitivo-conductual y terapia psicodinámica) tuvo mayores logros que una lista de espera de control.

Los tratamientos somáticos también han sido frecuentemente utilizados con los adultos mayores deprimidos. En un estudio de metanálisis del uso de antidepresivos en pacientes con más de 60 años de edad, 58% de éstos mostraron un 50% de reducción de sus síntomas en respuesta a un tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y un 63% respondió de una manera similar a los tricíclicos, en comparación a un 27% de pacientes con respuestas similares al placebo. Los investigadores enfatizan que el tratamiento antidepresivo en adultos mayores debe considerar tanto la eficacia como la seguridad, en consideración a la elevada tasa de enfermedades físicas, posibles interacciones a partir de los múltiples medicamentos, y el peligro de efectos secundarios en los pacientes mayores (Mittmann, Herrmann, Einarson et al., 1997; Flint, 1998).

La TCC es la forma de psicoterapia más extensamente estudiada en el tratamiento de la depresión en pacientes mayores. Hasta el año 2004, se reportaron 15 ensayos clínicos aleatorizados que comparaban la eficacia de la TCC con placebo, la usual atención primaria, otras formas de terapia breve y medicación. Algunos estudios incluyeron períodos de seguimiento de 1-2 años para determinar el mantenimiento de los resultados del tratamiento. En general, la TCC

fue un tratamiento más efectivo para la depresión en la tercera edad (Arean, 2004). Uno de los estudios demostró que la TCC es mucho más efectiva cuando la meta del tratamiento es el aprendizaje de habilidades para afrontar con los nuevos desafíos de la vida, mientras que la terapia dinámica fue más efectiva cuando la meta del tratamiento fue procesar el afecto respecto a los nuevos desafíos de la vida.

La TCC está basada en la premisa que la depresión es causada por una combinación de déficit en las habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva extremadamente negativa del mundo y de la capacidad del paciente para funcionar adecuadamente en él. Teóricamente, hay poca diferencia en la manera cómo se conceptualiza la depresión en adultos mayores y pacientes más jóvenes, con excepción de que la capacidad para aprender nuevas habilidades y nuevo material es algo más complicado en el caso de los primeros debido a los cambios cognitivos asociados con la vejez. De esta manera, la depresión en la tercera edad, es una función de los estresores psicosociales recurrentes que son problemáticos para el paciente, por una parte, y del sentido de indefensión de la capacidad del paciente para funcionar y manejar estos estresores, por otro lado. Las creencias de los pacientes, la reanudación de actividades positivas y la comunicación de habilidades son, de una manera importante, objetivos relevantes de la terapia (Arean, 2004; Rude & Bates, 2005).

Thompson et al. (1987) han delineado una intervención estructurada de TCC, que contempla 12 sesiones de intervención de 50 minutos cada una. Durante la sesión, al paciente se le enseña nuevas habilidades para regular su depresión, incrementar sus niveles de actividad, desafiar el pensamiento negativo, y aplicar estas

nuevas habilidades en su vida diaria. La intervención involucra la etapa de socialización del paciente con la terapia, donde se incluyen las sesiones introductorias y de construcción de habilidades para incrementar la activación conductual del paciente mediante la programación de actividades agradables, estrategias cognitivas para desafiar los pensamientos negativos y habilidades de comunicación. Las sesiones iniciales comienzan explicando la formulación cognitivo-conductual de la depresión (Aguado, Silberman y Manrique, 2005). A los pacientes se les solicita una explicación (atribuciones) de lo que está causando la depresión y enseguida se hace una historia respecto a los intentos previos para manejarla. Después de que el paciente y el terapeuta, conjuntamente, acuerdan el objetivo del tratamiento y las metas de cambio, el paciente comienza a aprender las habilidades para manejar su depresión.

Durante esta fase de construcción de habilidades (usualmente las sesiones 1-3), a los pacientes se les enseña métodos de regulación del ánimo. Inicialmente, los pacientes comienzan llevando a cabo un programa de actividades agradables. A los pacientes se les educa acerca de balancear sus vidas con actividades que “tengo que” y actividades “que quiero”, y luego se crea una jerarquía de actividades en las que les gustaría participar. Esta jerarquía es ordenada desde la más fácil hasta la más difícil de hacer, sobre la base de los recursos de los pacientes y el nivel de su depresión.

En las siguientes sesiones, a los pacientes se les enseña las habilidades de reestructuración cognitiva para ayudarlos a comprender la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas. En estas sesiones, en primer lugar se enseña a los pacientes a identificar los eventos (externos o internos) que parecen disparar el afecto

depresivo o negativo. Los pacientes escriben sus pensamientos acerca de estas situaciones específicas, de manera particular la manera en que fueron capaces de afrontar esta situación, la manera en que sus pensamientos afectaron su ánimo, y la manera en que finalmente decidieron manejar la situación. Luego, a los pacientes se les enseña sopesar la evidencia que apoya o que está en contra del pensamiento depresivo. Este proceso se realiza mediante una revisión constructiva de las situaciones similares en las que ha estado el paciente y las consecuencias o resultados de estas situaciones. Mediante el análisis de la evidencia en pro y en contra del pensamiento negativo, el paciente debe ser capaz de desarrollar luego una perspectiva más balanceada de su problema, más que simplemente centrarse en los aspectos negativos.

Ya casi al final del tratamiento, a los pacientes se les enseña habilidades asertivas para ayudarlos a negociar mejor y a expresar sus necesidades. Debido a que muchos pacientes mayores tienden a ser más pasivos en su comunicación y en su estilo de afrontamiento, es importante que reaprendan maneras apropiadas de expresar sus necesidades y de establecer límites a las demandas externas. Mediante la técnica del juego de roles, a los pacientes se les enseña la diferencia entre los estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo (Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Sommer & Koin, 2001).

Se debe enfatizar, como lo señala Arean (2004), que el trabajo entre las sesiones es también muy importante para el éxito de la TCC. A los pacientes se les alienta para que practiquen sus nuevas habilidades y con frecuencia se les asignan actividades y situaciones - problema para que hagan uso de sus nuevas habilidades. Finalmente, en una última etapa, el tratamiento termina con la inclusión de métodos para la prevención de recaídas.

METODO

Paciente

Sra. B. Se trata de una paciente de 84 años, viuda, nacida en Lima en agosto de 1921. Su educación es secundaria completa y actualmente vive en un Albergue de Lima. Refiere sentirse triste y sola sobre todo cada vez que piensa en su mamá. Sobre todo cuando se encuentra sola, piensa “porqué se murió y me dejó”; después se tranquiliza un poco diciendo, “en parte, mejor que primero se haya ido ella y no yo, para que no sufra, tendría mas achaques”.

La Sra. B. también refiere sentirse triste al pensar en el fallecimiento de su esposo, con quien estuvo casada durante dos años, así como la pérdida por fallecimiento de su amiga, con quien tenía confianza, “me da mucha pena María, era mi única amiga”. Señala sentirse sola y, al manifestar esto, también llora, pero luego reprime su llanto, refiere sentir soledad en todo momento “no tengo a nadie”; siente una intensa tristeza cuando no hay otra persona a su lado, pero si está con alguien la intensidad disminuye.

Cuando algo no le sale bien como espera o no se ajusta a su rutina, se culpa, “que fastidio, soy una borrica”, “yo tengo la idea de hacer todo igualito”, “si no hago algo como debe ser... entonces me fastidia, me aburre, ...mañana debo hacerlo como siempre”. Este tipo de pensamiento aflora cada vez que le salen mal las cosas. Tiene la tendencia a catastrofizar cada vez que se enferma—sufre de hipertensión arterial.

Cuando le sube la presión piensa “si me sube, que será de mí, me puedo volver inválida, que fastidio”, lo que le ocasiona preocupación y que la presión le suba más.

Refiere sentir pena y temor al ver personas adultas mayores enfermas, sobre todo a sus vecinas, “me da mucho miedo cuando veo que mi vecina está ciega”, “cada vez que la veo me entran unos nervios, siento miedo”. Si sufre de algún dolor, inmediatamente piensa en que tiene algún mal incurable, tiene temor a estar gravemente enferma. Piensa “que sería si de repente tengo tisis a la laringe, cáncer”. Acepta ser pesimista desde joven. Siente temor de salir sola a la calle, esto desde que se cayó dos veces; en una oportunidad perdió tres dientes y en la otra se fracturó el brazo, desde entonces evita salir sola, excepto si es con la compañía de su técnica especial. Refiere no sentir ansiedad si sale con ella. Ante la posibilidad de salir sola manifiesta, “pienso que me puedo caer, me puede atropellar el carro”, “me agarra un carro seguro”, “con la técnica estoy tranquila”.

Sus relaciones interpersonales son limitadas; asiste a un club dentro de la institución, pero tiene poca participación, tiene conocidas con quienes ocasionalmente conversa pero no entabla amistades, “soy medio huraña, no soy amiguera, no soy sociable”. “Al verme con gente extraña no me siento en confianza”. Evita acudir a reuniones sociales, “no me gusta ir”, “no me gusta bailar”, o pone pretextos.

En cuanto a metas u objetivos en la vida, refiere que no tiene metas “ahora no deseo alcanzar nada, estoy esperando que Dios, la Virgen y mi mamá me lleven”, “ya qué hago acá”, “qué futuro tenemos acá”. La técnica especial refiere que actualmente la paciente está muy triste, se aísla, no desea salir; según refiere hace poco se cumplió un año del fallecimiento de su amiga María, lo que probablemente sea el motivo de su tristeza.

Historia Personal de la Paciente

La paciente refiere que sus padres la tuvieron después de dos años de matrimonio. Su mamá esperaba un varón, inclusive ya tenía el nombre elegido. Cuando ella nació, su madre se sintió decepcionada, pero luego la aceptó. Su padre la aceptó desde el inicio. A los 5 días de nacida su papá falleció a la edad de 26 años.

Vivió sólo con su mamá y su abuela materna. Recuerda que ambas eran muy afectuosas, protectoras y muy apegadas, lo que probablemente favoreció que se haga más dependiente. Su mamá trabajaba para dar el sustento económico, mientras que su abuela la criaba; sin embargo, ella era más apegada a su madre. No tuvo ninguna figura representativa de imagen paterna.

Entró a estudiar a la “escuelita” a los 5 años. La primera vez se asustó, pero poco a poco se fue acostumbrando. Se consideraba una alumna “regular”, se sentía a gusto, era tranquila y tenía algunas amigas con quienes jugaba. Su relación con la profesora fue buena. En Secundaria, refiere que al principio le afectó pero paulatinamente se adaptó al nuevo ambiente, fue una alumna promedio. Tenía pocas amigas, no salía, prefería estar en su casa, la relación con los profesores fue buena. No hubo mayor problema. Terminó de estudiar en el Colegio a los 17 años.

Al terminar el Colegio, tenía planes de estudiar en la Universidad, quería ser asistente social; sin embargo, su mamá se enfermó por lo que dejó de trabajar, ella tuvo que reemplazar a su mamá en la oficina donde trabajaba. Refiere que ganaba poco, pero le agradó. Tuvo buenas

relaciones con sus compañeros y jefe. Era tranquila y sólo se dedicaba a su trabajo. Al cabo de un año, renunció al conseguir un nuevo trabajo. Allí conoció a muchas personas, sobre todo de su edad, ella era tranquila, poco sociable, pero según refiere se llevaba bien con todos. Trataba de no acercarse a figuras de autoridad, excepto a su jefe inmediato superior, en caso hubiera algún desacuerdo. Dice, “yo siempre fui retraída, no me hice reconocer, no como otros que se acercaban a saludarlos y conseguían lo que querían”. Ahora piensa “No debí ser así”, “No he sido amiguera, rechazaba las invitaciones, ahora me pesa”.

La Sra. B. trabajó 25 años. Refiere que su remuneración era buena, ganaba bien, el dinero obtenido era exclusivamente para los gastos de su casa: logró comprarse una casa, donde vivió sólo con su mamá. Al jubilarse tuvo la expectativa de irse de viaje, pero al ver a su madre enferma, tuvo otra prioridad.

Refiere que al inicio no sintió atracción por personas del sexo opuesto, nunca tuvo curiosidad. Es así que cuando algún joven del trabajo la cortejaba o invitaba a salir, ella lo rechazaba. Sin embargo, en el transcurso de las entrevistas, la señora B. aceptó haber deseado casarse, inclusive haberse enamorado, sin embargo dice que por timidez no aceptó las propuestas de jóvenes.

Ella había perdido toda esperanza de casarse hasta que ingresó al Albergue y conoció a su vecino de habitación, quien se acercaba ocasionalmente a ella y con quien gradualmente entabló una buena amistad. Después de 5 años, súbitamente, él le propuso matrimonio, sorprendiéndola; lo rechazó, pero ante su insistencia aceptó su propuesta y se casaron. Al cabo de 2 años, él falleció, quedando nuevamente sola.

Cuando falleció su mamá, quedó sola en casa, y si bien tenía conocidos que la estimaban y le apoyaban o la iban a ver, el hecho de vivir sola era un riesgo pues en dos oportunidades intentaron robarle. Este hecho hizo que tome la decisión de ingresar al Albergue. Aquí hizo algunas amistades, incluyendo un señor con el que terminó contrayendo matrimonio. Habitualmente los demás iniciaban la conversación o buscaban amistad, ella no tenía la iniciativa, refiere que tenía poco interés en tener amistades.

Actualmente sus relaciones interpersonales son limitadas, acude a un club dentro de la institución, esto es una vez por semana, pero sin mayor participación, no tiene amistades, solo conocidos, prefiere estar en su cuarto, por lo general conversa con su técnica especial. A veces hace visitas a una conocida que está enferma. Siempre se reprocha por haber sido tan retraída, sin embargo dice que ahora para qué va a cambiar, si ya no tiene familia, “eso debió ser antes”. Refiere no tener parientes,

Instrumentos

- Inventario de Personalidad de Eysenck: Temperamento Flemático
- Escala de Depresión de Yesavage: Depresión moderada.
- Inventario de Ansiedad de Beck: Ansiedad ligera.
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. (DASS): Depresión moderada.
- Cuestionario de Pensamientos Automáticos: Autoconcepto negativo y expectativas negativas.
- Autorregistros.

Procedimiento

Se utilizó un diseño A-B-A', típico de intervenciones en Psicología Clínica, en donde A es una fase de evaluación y/o línea base, B es la estrategia de intervención (implementación de técnicas conductuales y cognitivas) y A' es una etapa de post-evaluación y seguimiento. Aunque este diseño es limitado para demostrar que efectivamente el tratamiento produjo los cambios en el comportamiento es de utilidad para sistematizar la labor en el trabajo terapéutico.

El programa de tratamiento incluyó técnicas conductuales: Programa de Actividades, con la finalidad que la paciente incrementara las actividades que realizaba, de modo tal que incidieran de manera positiva en su estado afectivo y en sus cogniciones de baja autoeficacia. También se trabajó la técnica de Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO), con la finalidad de incrementar las conductas adecuadas de participación y socialización a través del reforzamiento positivo, al mismo tiempo que se buscó disminuir o extinguir las conductas de llorar, de quejarse o de verbalizar sus pensamientos depresivos con la finalidad de llamar la atención.

También se incluyó el Entrenamiento en Relajación, con la finalidad de disminuir la tensión o ansiedad de la paciente al enfrentar situaciones nuevas o las que ya había superado; también para fomentar su independencia. Técnicas de Autocontrol como la Autoobservación y el Autoreforzamiento, con la finalidad de incrementar su capacidad de premiarse a sí misma por las conductas que realizaba. Se utilizó la estrategia de "sólo por hoy".

Las técnicas cognitivas generalmente se cen-

traron en hacer que la paciente tomara una clara conciencia de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, y se basaron en el supuesto central de que se puede acceder a las cogniciones negativas, y que la modificación de estas cogniciones negativas puede aliviar los síntomas afectivos y conductuales de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Para el caso específico de la Sra. B. y teniendo en consideración el período del ciclo vital en que se ubica, se trabajó con la técnica de Detención del Pensamiento, con la finalidad que la paciente tenga pensamientos incompatibles a aquellos que le causaban perturbación.

El éxito de la técnica está asegurado por 3 razones:

- 1º. La orden de "alto" sirve de castigo y según los principios del condicionamiento operante la conducta que es sistemáticamente castigada tiende a desaparecer.
- 2º. La orden de "alto" sirve como distractor que resulta incompatible con los pensamientos inadecuados.
- 3º. La detención del pensamiento constituye una respuesta positiva que se sigue con pensamientos sustitutivos de tranquilidad, relajación, afirmaciones de autoaceptación, que en definitiva son recompensas.

También se implementó la técnica de Autoinstrucciones, para modificar los pensamientos negativos automáticos. El entrenamiento en autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

Puesto que el objetivo fundamental es enseñar a la persona a utilizar “autoinstrucciones” que le permitan guiar con éxito su propia conducta, es importante que sea el mismo sujeto, no el terapeuta, el que genere el mayor número posible de autoverbalizaciones, según su tipo de vocabulario o su forma más habitual de expresión. La aplicación de esta técnica en adultos con problemas de depresión, ansiedad, estrés, dolor o autocontrol, llevó a la inclusión de nuevos elementos terapéuticos y fases durante el entrenamiento.

RESULTADOS

Inicialmente la paciente se encontraba poco motivada, pesimista respecto a algún cambio. Respecto a los autorregistros, cumplió con la mayoría de éstos; sin embargo había períodos de retroceso en que no los hacía, sobre todo cuando estaba enferma. Tuvo cierta dificultad para trabajar con hechos relacionados al autorreforzamiento. También se observa que obvió actividades nuevas en sus autorregistros; sin embargo, el reporte de la técnica especial y la observación de sus actividades muestran un incremento significativo en éstas, por ejemplo: salir a paseos fuera del Albergue, pasear dentro de la Institución, relacionarse con otras residentes, reunirse con más frecuencia, ayudar en algunas actividades a sus conocidas, arreglarse, maquillarse, comprar ropa nueva y ponerse ropa de color. Se aprecian cambios en el estado de ánimo de la paciente, refiere sentirse tranquila, si bien persiste su temor a salir sola a la calle, su conducta de salir sola de su cuarto se han incrementado.

La Sra. B. no solía tomar en consideración lo que hacía, teniendo por ello una sensación de inutilidad; también había una baja tasa de autorrefuerzo y una alta tasa de autocastigo; sin embargo, aplicando los autorregistros, se logró que tomara conciencia de las actividades que hacía y que aprendiera a autoreforzarse, aunque con cierta dificultad.

El sentirse triste que tenía una frecuencia de tres veces a la semana casi todo el día, disminuyó a dos veces por semana y sólo restringido a las noches. Su temor a quedar ciega o contraer alguna enfermedad ha disminuido en intensidad, e incluso ha estrechado vínculos amicales con su vecina que tiene problema de ceguera.

Su sensación de soledad bajó de 6/10 a 1/10, sobre todo cuando se encuentra activa. Se está integrando a actividades de tipo social (antes asistía al Club de Autocuidado del Albergue una vez por semana, a veces obligada). Actualmente ella es quien decide acudir por su cuenta, acompaña y ayuda a su amiga. Del mismo modo se incrementó su capacidad de tomar decisiones (se inscribió para ir a un paseo a otro club).

La paciente hizo seis sesiones de relajación, con tareas para realizarlas en su habitación; se le indicó practicarlas dos veces al día pero por lo general hizo una vez al día, y diariamente. Al inicio indicó tener un SUD (unidad subjetiva de disturbio) de 6/10 y ahora reporta 2/10.

También se está trabajando con tarjetas de autoinstrucciones, las que utiliza cada vez que se siente triste o desanimada. La técnica de RDO la está trabajando la técnica especial, reportando un decremento de verbalizaciones pesarasas respecto a su mamá y a sus amistades que han fallecido.

DISCUSION

En concordancia con los estudios que han explorado el impacto de la TCC en los problemas de la depresión en la tercera edad, los resultados todavía parciales de este reporte indican que las estrategias conductuales y cognitivas pueden ser de gran utilidad para reducir los síntomas asociados con la depresión en las personas mayores. Una adecuada conceptualización del caso, así como tratamientos complementarios frecuentes en los pacientes mayores (por ejemplo, prescripción de fármacos para dolencias propias de la vejez) parecen optimizar los resultados del abordaje terapéutico.

Otro aspecto a considerar en el proceso de intervención es que las técnicas utilizadas se escogieron con base en el análisis funcional de la conducta de la paciente, con el objetivo de incrementar la tasa de reforzamiento social según lo planteado por Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980). Para este caso, fue necesario dotar a la paciente con habilidades que potencializaran sus interacciones sociales, que le permitan un mayor y mejor control de su ambiente y modificar patrones de comportamiento que lo impidieran (en este caso sus patrones cognitivos). También fue importante establecer, en el proceso de terapia, las condiciones para que la práctica de las nuevas habilidades tenga una mayor probabilidad de presentación y de reforzamiento positivo, lo cual se hizo a través de una programación de actividades, combinado con autoreforzamiento (y refuerzo positivo extrínseco) por cumplirlas.

En el caso específico de la paciente, uno de los factores que parece haber favorecido el cambio es que ésta se encontraba lúcida, con sus funciones cognitivas conservadas, así como con sus capacidades físicas acordes a su edad. El hecho de tener un medio ambiente con posibilidades de interacción con otras personas, también es un factor a favor, aun cuando el soporte familiar estuviera básicamente ausente.

Del mismo modo, el apoyo de su técnica especial ha sido importante en tanto fue la persona más cercana a ella y es quien ha participado en la aplicación de la técnica RDO y quien ha informado respecto a los cambios en la conducta de la paciente. Otro factor que ha sido importante es el clima, pues esta es la estación (el verano) en que los adultos mayores salen a conversar, a caminar, así como también la época donde hay más oportunidades de salir a pasear en grupo, incrementándose posibilidades de encuentros interpersonales y de la práctica de las habilidades adquiridas en el curso de la terapia.

En cuanto a las dificultades se aprecia, sobre todo al principio, la falta de hábito de la paciente para hacer autorregistros. Por esta razón, resulta recomendable comenzar con formatos de registro lo más sencillos posibles, alentar su realización y reforzarlos apropiada y oportunamente. Otra dificultad específica con la paciente es su carencia de familiares, hecho que de alguna manera limita su red de apoyo social; sin embargo, se tiene como objetivo suplir esta carencia con la formación de amistades con el fin fortalecer sus redes sociales.

REFERENCIAS

- Aguado, H., Silberman, R. Manrique, E. (2005). Lineamientos para la Evaluación y Conceptualización Cognitivo-Conductual de la Depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, VI (2), 45-72.
- Arean, P.A. (2004). Psychosocial Treatments for Depression in the Elderly. *Primary Psychiatry*, May, 48-53.
- Arean, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., et al. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol*, 61, 1003-1010.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B., Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Flint, A.J. (1998). Choosing appropriate antidepressant therapy in the elderly. *Drugs Aging*; 4, 269-280.
- Gurland B, Dean L, Cross P, Golden R. (1980). The epidemiology of depression and dementia in the elderly: the use of multiple indicators of these conditions. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc*, 69, 37-62.
- Gurland, B.J. (1976). The comparative frequency of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 31, 283-292.
- Hyer, L. & Blazer, D.G. (1982). Depressive symptoms: Impact and Problems in Long term care Facilities. *International Journal of Behavior Geriatrics*, Vol. 1, pp. 33-44.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, M., Grossup, S.J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of Depression. *Psychother Theory Res Pract*, 17, 322-334.
- Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T., Robins, C.J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11:1, January-February, 33-45.
- McIntosh, J.L. (1992). Epidemiology of suicide in the elderly. Special Issue: *Suicide and the Older Adult*. *Suicide Life Threat Behav*, 22, 15-35.
- Mittmann, N., Herrmann, N., Einarson, T.R. et al. (1997). The efficacy, safety, and tolerability of antidepressants in late-life depression: a metaanalysis. *J Affect Disord*, 46, 191-217.
- Mulsant, B.H., Ganguli, M. (1999). Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 60, S9-S15.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Parmelee P.A., Katz, I.R., Lawton, M.P. (1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44(1), 22-9.
- Roth, S.M. (2000). Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la Tercera Edad. *Actas españolas de Psiquiatría*, Vol. 28 (7), 32-37.
- Rude, S.S. & Bates, D. (2005). The use of cognitive and experiential techniques to treat depression. *Clinical Case Studies*, 4, 363-379.
- Steffens, D.C., Skoog, I., Norton, M.C., et al. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The Cache County Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 601-607.
- Thompson, L.W., Coon D.W., Gallagher-Thompson, D. et al. (2000). Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry*; 9, 225-240.
- Thompson, L.W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B.R., Koin, D. (2001). Comparison of Desipramine and Cognitive/Behavioral Therapy in the Treatment of Elderly Outpatients With Mild-to-Moderate Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 9:3, 225-240.
- Thompson, L.W., Gallagher, D., Breckenridge J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol*, 55:385-390.