

Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de depresión en la edad avanzada

M. Izal, M. Márquez, A. Losada, I. Montorio y R. Nuevo

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN

En este trabajo se presenta una revisión de la situación actual de la terapia cognitivo-conductual (TCC) de la depresión en las personas mayores. La TCC se enmarca en una perspectiva biopsicosocial y, usualmente, consiste en una integración de los modelos cognitivo y conductual en una terapia de tiempo limitado, altamente estructurada, de corte psicoeducativo, centrada en los problemas del «aquí y ahora», identificables y mensurables y basada en una fuerte alianza de trabajo. También se repasan los modelos empleados de forma habitual para afrontar clínicamente la depresión, así como su aplicación en la población mayor. Además, se discute la eficacia diferencial de la TCC en la vejez respecto a otras alternativas, como la terapia farmacológica. En este sentido, la evidencia empírica existente, aunque limitada, apunta a que la TCC es igual de eficaz con personas mayores que con personas más jóvenes y, al menos, igual de eficaz en las personas mayores que otro tipo de terapias (p. ej., la de tipo farmacológico). Además, se señalan las ventajas específicas que puede tener el empleo de la TCC para la depresión en la vejez respecto a otro tipo de terapias: filosofía optimista, estilo psicoeducativo y colaborativo, y el respeto y el reconocimiento de la experiencia y el conocimiento acumulados por la persona mayor. Finalmente, se sugieren algunas modificaciones que podrían ser pertinentes en la aplicación de la TCC a la población mayor, para adaptarse a los cambios sensoriales y cognitivos que acompañan frecuentemente al envejecimiento normal.

Palabras clave

Depresión. Personas mayores. Terapia cognitivo-conductual.

Cognitive-behavioral therapy for depression in the elderly: a review

ABSTRACT

We present a review of the current state of cognitive-behavioral therapy (CBT) for depression in the elderly. Framed in a bio-psy-

Correspondencia: María Izal. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid. España.
Correo electrónico: maria.izal@uam.es

Recibido el 11-12-02; aceptado el 5-2-03

cho-social perspective, CBT usually involves an integration of cognitive and behavioral models into a highly-structured, time-limited therapy, with a psycho-educational slant, focused on identifiable, measurable, «here-and-now» problems and based on a strong work alliance. In this study, the different models typically used for the clinical management of depression, and their application in the elderly are reviewed. In addition, the efficacy of CBT in the elderly compared with that of alternative therapies such a pharmacological treatment is discussed. The available empirical evidence, though limited, suggests that the efficacy of CBT for depression is as high in the elderly as it is in younger individuals and that CBT is at least as effective as other types of therapy (e.g., pharmacological) in the elderly. The specific advantages of using CBT versus other types of therapies for depression in the elderly are also described: its optimistic philosophy, psychoeducational and collaborative style, and respect and acknowledgment of the experience and knowledge accumulated by elderly individuals. Finally, we suggest some modifications that may be appropriate when using CBT in older adults, in order to adapt to the sensorial and cognitive changes that usually accompany normal aging.

Key words

Depression. Elderly. Cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de los procedimientos terapéuticos ante la depresión en personas mayores ha sido un tema ignorado en la bibliografía clínica durante una gran parte del tiempo. Esto se ha debido en gran parte a la hegemonía de una visión «deficitaria» de la vejez, que concibe las pérdidas y problemas que aparecen en la última etapa de la vida como acontecimientos «normales» y esperables del desarrollo de los organismos, y que ha estado vigente durante años en el panorama de la investigación en múltiples campos, entre ellos, el de la psicología clínica. Un ejemplo paradigmático de este tipo de conceptualizaciones pesimistas es la conocida teoría de la desvinculación¹, que asumía que en la vejez se produce un mutuo alejamiento entre la persona mayor y la sociedad debido, fundamentalmente, a la conciencia de la inminencia de la muerte, que llevaba a la persona a la autorreflexión y a

una pobre regulación emocional con predominio de estados emocionales negativos o, al menos, «planos».

Afortunadamente, la asunción de la inevitabilidad del declive emocional con la edad pronto dejó de ser predominante gracias a la acumulación de estudios que obtenían una evidencia contraria. De este modo, el estudio de la depresión en la vejez comenzó a cobrar interés entre los representantes de la comunidad científica, que ya no podían aceptar que la emotividad negativa fuese condición *sine qua non* de este período de la vida. Una buena prueba de este cambio de actitud surge cuando se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos médicas y psicológicas (MEDLINE y PSYC-INFO) de artículos que incluyan los términos «depresión» y «personas mayores». Mientras que sólo aparecen 2.482 trabajos (1.280 de psicología) publicados en el período comprendido entre 1970 y 1989, aparecen 6.400 trabajos publicados entre 1990 y 2001 (3.436 publicados en revistas de psicología).

El pensamiento gerontológico de las últimas décadas ha sugerido que el adulto continúa desarrollándose y creciendo en madurez a medida que envejece^{2,3}. Numerosos estudios sugieren que la vejez puede ir acompañada de un perfeccionamiento en los mecanismos de regulación emocional^{4,5}. La bibliografía sobre los cambios con la edad en la frecuencia de emociones positivas frente a negativas, si bien aún no ofrece resultados concluyentes, parece sugerir, a grandes rasgos, una ligera disminución en la frecuencia de estados emocionales negativos y un mantenimiento, al menos, en la frecuencia de los positivos⁶. Algunos trabajos que han analizado los aspectos cualitativos de la experiencia emocional de las personas mayores han encontrado indicios de que en esta edad puede acontecer un control más eficaz de las emociones^{5,7}, y una mayor capacidad para resolver de forma eficaz conflictos interpersonales con elevada carga emocional⁸. Montorio e Izal⁹, en un trabajo de revisión sobre la vejez con éxito, intentaron responder a la cuestión de por qué las personas mayores no se deprimen más pese a las objetivas y negativas condiciones de vida a las que frecuentemente se enfrentan, y señalaron que las personas mayores a lo largo de su ciclo vital han desarrollado potentes y efectivas formas que les protegen al afrontar las situaciones adversas. Por otra parte, numerosos autores han sugerido la posibilidad de que la experiencia emocional de las personas mayores sea más compleja (p. ej., con emociones mixtas) y menos intensa, como consecuencia de la acumulación de experiencias que forman una base de datos experta que contribuye a una mejor regulación emocional, o a causa del desarrollo cognitivo que determina la aparición de un estilo de razonamiento dialéctico que favorece la apreciación de los determinantes situacionales y psicológicos de la experiencia emocional¹⁰, la integración de aspectos negativos y positivos en la descripción y experiencia de las emociones y la aceptación y comprensión de la existencia de diferentes perspectivas respecto a las experiencias emocionales¹¹. También se ha

sugerido que el envejecimiento va asociado a un incremento en la «interioridad», esto es, en la tendencia a replegarse hacia uno mismo, siendo las personas mayores más reflexivas, filosóficas y orientadas al mundo psicológico interior¹². Este incremento en la «interioridad» convierte a las personas mayores en sujetos potencialmente ideales para el tratamiento psicológico³. La idea de la «gerotranscendencia», o tendencia de las personas mayores a centrarse en la búsqueda y extracción de significado de sus vidas¹³, deriva directamente de esta conceptualización, que también tiene mucho en común con teorías posteriores del desarrollo emocional como la teoría de la selectividad socioemocional¹⁴, que postula que la principal motivación de las personas mayores sería la potenciación de sus relaciones personales más cercanas, de las que pueden extraer significado y sentido para unas vidas en las que la amenaza de la limitación del tiempo hace menos relevantes objetivos más centrados en el logro. En resumen, la gerontología actual ha profundizado y evitado la simplificación de postulaciones previas, resaltando la forma en que las personas mayores regulan sus emociones, lo que confiere una cierta singularidad a la forma en que viven y expresan las emociones las personas mayores y, por consiguiente, también supone argumentos para explicar la posibilidad del desarrollo de un trastorno del estado de ánimo en esta edad.

Características de la depresión en la vejez

A pesar de que la vejez es una etapa que exige la adaptación del individuo a múltiples pérdidas, como las limitaciones físicas, existe un gran cuerpo de evidencia empírica que sugiere una menor prevalencia de trastornos emocionales (depresión y ansiedad) en la población mayor o, al menos, menos graves^{15,16}. Sin embargo, si bien la depresión como diagnóstico clínico (depresión mayor) es un trastorno emocional menos frecuente entre las personas mayores que entre los adultos más jóvenes¹⁷, los datos epidemiológicos ponen de relieve que se trata de un problema que afecta a una proporción significativa de la población mayor. En nuestro país, algunos datos recientes sugieren que un 4,3% de las personas mayores de 65 años tienen depresión¹⁸. Sin embargo, y aun siendo estos datos relativamente elevados, existen diferentes circunstancias que pueden estar enmascarando la verdadera problemática que la depresión plantea a este grupo de población (oscureciendo la realidad de la depresión en la población mayor al dificultar la obtención de datos fiables sobre su prevalencia) (tabla 1). Esta evidencia ha llevado al cuestionamiento por parte de algunos autores de la aplicabilidad de los actuales criterios diagnósticos para la depresión (p. ej., los del DSM IV-TR)¹⁹ al grupo de población de más edad, sugiriendo que quizá sea necesaria una ampliación de dichos criterios de manera que incluyan la sintomatología depresiva presente en las personas mayores²⁰.

Estas mismas circunstancias que dificultan el acceso a datos epidemiológicos fiables sobre la prevalencia de la

TABLA 1. Factores que dificultan el establecimiento de datos de prevalencia de la depresión en población mayor

Tipo de población: la depresión es más prevalente en instituciones
Medidas empleadas para la obtención de los datos de prevalencia: las entrevistas diagnósticas tienden a infraestimar la prevalencia
Diferencias de presentación de la depresión entre adultos de edad avanzada frente a adultos jóvenes: más quejas somáticas, menos síntomas emocionales/afectivos o ideacionales (sentimientos de culpa). Más síntomas conductuales-motivacionales (falta de interés) o fisiológicos (pérdida de energía). Frecuentemente asociado a incapacidades funcionales
Confusión por la comorbilidad con otros trastornos: comorbilidad entre depresión y trastornos de ansiedad, trastornos cognitivos, trastornos de personalidad y problemas físicos
Sintomatología subclínica: elevada presencia de sintomatología depresiva sin que se cumplan todos los criterios diagnósticos
Estereotipos relacionados con el «edadismo»: determinada sintomatología en personas mayores es considerada como «producto de la edad»

depresión en la vejez son las que hacen que las tareas de evaluación, diagnóstico, diseño e implantación de las intervenciones que han demostrado ser eficaces para otros grupos de población deban ser modificadas y adaptadas a las características específicas de este grupo de población²¹.

Históricamente, las investigaciones sobre la depresión han considerado ésta como una variable dependiente o como un efecto de otros cambios biológicos o psicológicos. Más recientemente, este tipo de trabajos se han completado a través de la investigación que utiliza una metodología prospectiva longitudinal, conceptualizando la depresión como una variable independiente que influye en las dimensiones que componen la calidad de vida, como la salud, la conducta, la cognición, las relaciones sociales y el funcionamiento social¹⁶. En general, las personas mayores deprimidas son más vulnerables a la enfermedad y al deterioro funcional subsiguiente al estrés que las personas mayores no deprimidas²². A modo de ejemplo, baste señalar que la probabilidad de fallecimiento tras un accidente cerebrovascular (ACV) durante un período de seguimiento de 10 años se multiplica por 3,4 si el paciente sufre además depresión. También se ha encontrado que la población mayor con depresión tiene una tasa de riesgo 3,38 veces superior a la de las personas mayores no deprimidas para padecer Alzheimer²³, si bien permanece la duda de si es un factor de riesgo o una manifestación temprana de la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, hay que señalar que no todos los estudios realizados con personas mayores que viven en la comunidad y con una salud aceptable encuentran efectos negativos

de forma consistente. Probablemente, diferentes subtipos de depresión provoquen efectos diferentes¹⁶.

Con respecto a los distintos tipos de terapia psicológica, la terapia cognitivo-conductual (TCC) destaca como uno de los modelos de intervención terapéutica que reúne más evidencia empírica que avala su efectividad. Así, la TCC se incluye entre los tratamientos que se han denominado como «empíricamente validados»²⁴. Esta efectividad ha sido analizada, sin embargo, con menos frecuencia en su aplicación a población mayor de 65 años que a otros grupos de edad²⁵. Importantes aportaciones en este sentido han sido el trabajo de revisión de Carstensen²⁶ sobre la efectividad de la terapia conductual en población mayor o los trabajos de Gatz et al²⁷, Zeiss y Stefan²⁸, Knight y Satre²⁹, Teri et al³⁰ o Thompson³¹ sobre la aplicación de la TCC en este grupo de población. Estos trabajos coinciden en sugerir la elevada utilidad de este tipo de terapia para el tratamiento de la depresión en la población mayor y en las adaptaciones que son recomendables para su aplicación. A continuación, se hace una breve descripción general del enfoque cognitivo-conductual para dar paso después al análisis de este tipo de terapia en la depresión de las personas mayores.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

La TCC de la depresión surge, fundamentalmente, a partir de los postulados teóricos de la teoría cognitiva^{32,33} y el modelo conductual³⁴⁻³⁶, sistemas que hunden sus raíces en las teorías del aprendizaje social y ponen su énfasis en el aprendizaje y en el papel activo del individuo en la construcción de su pensamiento y la generación de sus emociones y acciones. El principio teórico fundamental en que se basa la TCC de la depresión surge de los modelos anteriores y hace referencia a que la depresión es el resultado, de forma primaria, de la interacción entre conductas, cogniciones y emociones y, de forma secundaria, de factores fisiológicos. En la práctica, la TCC suele consistir en una integración de los modelos cognitivo y conductual en una terapia limitada en el tiempo, altamente estructurada, de corte psicoeducativo, centrada en los problemas del «aquí y ahora», identificables y mensurables y que basa su éxito en el establecimiento de una fuerte alianza de trabajo entre el terapeuta y el cliente, exigiéndose un esfuerzo de colaboración por parte de la persona deprimida de cara a conseguir unos resultados positivos.

La TCC tiene por meta fundamental dotar a las personas de habilidades y estrategias para enfrentarse de una manera más eficaz a los problemas o circunstancias difíciles que se asocian con sus sentimientos depresivos. Concretamente, a través de esta terapia se trata de que la persona deprimida aprenda habilidades cognitivas y conductuales que le permitan desafiar y sustituir sus patrones de pensamientos automáticos y distorsionados por pensa-

mientos más realistas, así como incrementar la motivación de la persona para realizar actividades específicas que la ayudarán a elevar su estado de ánimo y encontrarse mejor. Los objetivos básicos que persigue una intervención cognitivo-conductual no se agotan con la consecución de los cambios terapéuticos esperados, sino que también se persigue el mantenimiento de los cambios con el tiempo y la prevención de posibles recaídas.

La TCC se enmarca dentro de una perspectiva teórica integradora de carácter biopsicosocial, ya que incluye la consideración de muy distintos niveles de análisis: nivel biológico, nivel psicológico –con variables tanto cognitivas (pensamientos automáticos, creencias, percepciones sesgadas) como conductuales (disminución de actividades reforzantes)– y nivel social y ambiental, con factores como el entorno familiar, los patrones culturales, las redes de apoyo social o la presencia de situaciones estresantes como la jubilación³⁶.

Existen diferentes modelos teóricos y aplicados de TCC (terapia de solución de problemas, terapia cognitiva, terapia racional-emotiva, terapia conductual) que plantean diversos acercamientos cognitivo y/o conductuales para tratar la depresión. Estos modelos comparten la asunción teórica de que la depresión es el resultado de la interacción de conductas, cogniciones y emociones, sin que ello suponga negar la influencia de factores fisiológicos en su génesis. Entre estos modelos, los planteamientos teóricos de la terapia cognitiva de la depresión de Beck^{32,33,37}, la teoría racional emotiva de Ellis³⁸ y el modelo conductual de Lewinsohn³⁴ han sido de los más ampliamente analizados y adoptados en la práctica clínica

Teoría cognitiva

La terapia cognitiva fue originalmente desarrollada por Aaron T. Beck, a partir de sus observaciones clínicas y la investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión y su relevancia en el tratamiento de la misma. Su planteamiento teórico se ha extendido a otros problemas psicológicos y se considera un modelo adecuado para la explicación de éstos. Por ejemplo, el modelo de Beck se ha aplicado a la ansiedad^{39,40}, los trastornos de personalidad⁴¹, los problemas familiares y de pareja⁴², la agresividad⁴³ o incluso trastornos como la esquizofrenia⁴⁴.

En términos generales, el modelo cognitivo plantea que los sentimientos depresivos no están determinados por las situaciones en sí mismas, sino más bien por el modo en que las personas interpretan esas situaciones: «el afecto y comportamiento de una persona están ampliamente determinados por la manera en la que ésta estructura el mundo. Sus cogniciones (acontecimientos verbales o pictoriales en su corriente de conciencia) están basadas en actitudes y asunciones (esquemas), desarrollados a partir de experiencias previas»³².

Un elemento central en la teoría cognitiva de Beck es el concepto de esquema, definido por el autor como «las estructuras cognitivas que filtran, codifican y evalúan los estímulos que rodean o interactúan con el organismo». Así, los esquemas cognitivos son estructuras de memoria que contienen creencias, o principios básicos acerca del mundo y uno mismo, y asunciones, o representaciones condicionales de las contingencias entre los acontecimientos y situaciones y las autoevaluaciones que hace la persona: «si pasa esto, significa que yo soy esto». Los esquemas son generados a través de las experiencias vitales de cada individuo, proporcionan la base para formar los conceptos que cada persona tiene del mundo (de las personas, de uno mismo, etc.) y, por tanto, guían la conducta de un individuo. De esta forma, los esquemas activados en una situación específica determinarán directamente cómo responderá la persona³². Algunas de las cogniciones, creencias o pensamientos automáticos de las personas son disfuncionales o desadaptativas. La depresión se explica por la presencia y mantenimiento de dichos esquemas disfuncionales, rígidos, inflexibles y centrados en temas de lo que se ha denominado «la tríada cognitiva negativa»: cogniciones negativas acerca de uno mismo, el futuro y el mundo exterior⁴⁵. La activación de estos esquemas disfuncionales a raíz de acontecimientos estresantes lleva asociado el surgimiento de sesgos y errores en el procesamiento de la información.

El modelo de Beck se presenta como un modelo de diátesis-estrés, o de vulnerabilidad cognitiva, ya que plantea que las estructuras cognitivas básicas o esquemas depresógenos centrales de las personas vulnerables a la depresión se encuentran en estado latente, hasta que son activados por determinados sucesos cotidianos, generando el desarrollo de la sintomatología depresiva²⁷. La terapia cognitiva de Beck se basa en la discusión racional «socrática» de las creencias, basada en el cuestionamiento de la lógica y la validez de las mismas, como método eficaz para obtener resultados positivos en la terapia. Para ello, son de gran utilidad diversas técnicas que han sido bien establecidas y diseñadas para identificar, desafiar y modificar los pensamientos y las actitudes negativas implicadas en las descripciones que las personas hacen de sí mismas, de su entorno y del futuro^{32,46}.

Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva (TRE)³⁸ es un tipo de terapia cognitiva que comparte con la terapia cognitiva de Beck la asunción de que las personas contribuyen a la construcción de sus dificultades y trastornos emocionales a través de las creencias que mantienen acerca de los acontecimientos del mundo exterior y las situaciones en que se ven inmersas. El valor de la TRE para el tratamiento de problemas emocionales en pacientes mayores ha sido señalado en numerosas ocasiones⁴⁷⁻⁵⁰. Ellis y Tafrate⁵¹ sostienen que el objetivo de la aplicación de la TRE a este sector de población debe ser la evaluación, la detección y

el desafío de las mismas ideas irracionales que han sido identificadas en adultos más jóvenes y, además, «esas irracionalidades particulares que parecen acompañar o, al menos, ser exacerbadas por el proceso de envejecimiento». Según Ellis y Tafrate⁵¹, los tres grandes bloques en los que se agrupan las creencias o ideas irracionales son:

- Creencias autodepreciativas: «Debo hacer las cosas perfectamente; si no las hago perfectas, eso significa que soy un fracasado.»
- Creencias generadoras de hostilidad: «Los demás deben tratarme con amabilidad y respeto; si no lo hacen, son despreciables.»
- Creencias de baja tolerancia a la frustración: «Las condiciones de mi vida deben ser buenas, óptimas; si las cosas no son así, entonces no puedo soportar esta existencia.»

Ellis y Tafrate⁵¹ asumen que las personas mayores (de edades entre 70 y 90 años) presentan también este tipo de creencias, si bien con algunas variaciones y particularidades.

Modelo conductual

Si la terapia cognitiva resalta el papel de las cogniciones en la generación de emociones y conductas, la terapia conductual subraya la influencia de las acciones y conductas sobre pensamientos y emociones. Las teorías conductuales de la depresión más influyentes surgieron a principios de los setenta^{34,53}. Uno de los modelos conductuales más refinados y elaborados es el formulado por Lewinsohn^{34,54}, que tiene su más claro exponente en su aplicación a la vejez en los trabajos de Teri et al³⁰. Este acercamiento, basado en los conceptos del aprendizaje social, considera que el origen de determinados síntomas fundamentales de la depresión (fatiga, anhedonia, abandono, etc.) se encuentra en una baja tasa de respuestas contingentes con refuerzos positivos o en una alta tasa de experiencias aversivas. Para este autor, son fundamentalmente tres los factores que determinan la cantidad de reforzamientos positivos de las respuestas que una persona recibe: a) la disponibilidad en el entorno de reforzadores positivos o experiencias de castigo; b) el comportamiento instrumental (habilidades sociales) de la persona para obtener reforzamientos positivos del ambiente o para enfrentarse a sucesos aversivos, y c) el número de sucesos o estímulos ambientales potencialmente reforzadores o castigadores³⁴.

Tanto estudios retrospectivos como prospectivos han demostrado que, en los meses anteriores a la aparición de un episodio depresivo, frecuentemente suele detectarse la presencia de sucesos vitales o dificultades crónicas⁵⁴. Por ejemplo, Wolfe et al⁵⁵ encontraron que entre un 40 y un 60% de personas mayores con depresión había experimentado un suceso vital negativo (p. ej., viudedad o pérdida de familiares, enfermedad física o incapacidad funcional) en el año anterior al desarrollo de la

depresión. Por tanto, parece evidente la pertinencia de este modelo en la explicación de la depresión en el grupo de las personas mayores, sometidas a frecuentes y variadas situaciones de limitación o pérdida de refuerzos positivos y a un aumento de las situaciones aversivas (enfermedades, pérdida de independencia, pérdida de personas queridas o dificultades económicas).

El objetivo de una terapia basada en el modelo conductual consiste, básicamente, en aumentar las posibilidades de obtener refuerzos positivos del entorno y aprender a afrontar más eficazmente las situaciones aversivas. Una estrategia en este sentido consiste en ayudar a la persona a identificar actividades gratificantes que pueda realizar (p. ej., escuchar música, pasear, leer, hacer manualidades o realizar actividades en centros sociales) y animarla a ponerlas en práctica. En el caso de las personas mayores, que suelen enfrentarse a numerosas pérdidas de factores reforzadores, parece especialmente importante ayudar a los pacientes a encontrar nuevas fuentes de estimulación positiva que puedan sustituir dichas pérdidas.

La estrategia de identificación y puesta en práctica de actividades agradables ha de ser aplicada de manera tal que la persona compruebe e interiorice la relación entre la realización de estas actividades y el hecho de sentirse mejor. Dentro de este enfoque terapéutico se incluyen otras estrategias de intervención, como el entrenamiento en técnicas de relajación para disminuir la excesiva activación aversiva que puede dificultar el desarrollo de un repertorio de actividades agradables o dificultar que la persona experimente el carácter reforzador de algunas actividades. El entrenamiento en asertividad suele ser aplicado también en el contexto de la intervención conductual, sobre la base de que en muchas ocasiones es necesario implantar en el repertorio conductual de la persona conductas y habilidades de comunicación, habilidades sociales y de asertividad de cara a que ésta pueda acceder a nuevas fuentes de reforzamiento o recuperar algunas antiguas. Estas técnicas también serán comentadas más adelante en el contexto de su aplicación con personas mayores. Por último, las estrategias para el aprendizaje de resolución de problemas son igualmente eficaces.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

Numerosas revisiones de la eficacia de la psicoterapia con personas mayores^{16,55-59} sugieren que éstas pueden beneficiarse de la terapia psicológica en la misma medida que los adultos más jóvenes. Rush et al⁶⁰ apuntaron que entre un 50 y un 70% de las personas mayores con trastorno depresivo mayor son tratadas con éxito en terapias psicológicas de 12 a 20 sesiones de duración.

En cuanto a las diferencias de eficacia entre los distintos tipos de terapia psicológica, actualmente se con-

sideran tratamientos de la depresión empíricamente validados, también en personas mayores, la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia psicodinámica breve¹⁷. Pocos estudios han comparado la eficacia diferencial de las terapias cognitivas y conductuales frente a las terapias de apoyo, de reminiscencia o psicodinámicas, y las que lo han hecho han encontrado diferencias mínimas en el momento de finalización del tratamiento^{56,57}. Sin embargo, en cuanto a resultados de seguimiento, un año después de finalizar la terapia, en una serie de estudios dirigida por Gallagher-Thompson, se encontraron diferencias entre la TCC y la terapia psicodinámica breve tras finalizar el tratamiento en el sentido de un mantenimiento de los resultados en la TCC y no así en la terapia psicodinámica, mientras que no existían diferencias entre las terapias cognitiva, conductual y la psicodinámica breve⁶¹. Beutler y Clarkin⁶² han subrayado la importancia de considerar las características de los sujetos a la hora de analizar la eficacia diferencial de los distintos tipos de terapia, sugiriendo que algunos tratamientos serán probablemente más eficaces con un determinado tipo de personas. Gallagher-Thompson y Steffen⁶³ aportan evidencia a favor de esta hipótesis con su estudio de cuidadores de personas mayores dependientes, deprimidos y mayores de 60 años. En este estudio, las autoras encuentran que el tiempo que un cuidador lleva realizando su tarea influye en gran medida en el tipo de terapia que resulta más eficaz: los cuidadores que han desempeñado su labor durante un extenso período de tiempo responden mejor a la TCC, mientras que los que llevan menos tiempo responden mejor a la terapia psicodinámica breve. En términos generales, la eficacia de la psicoterapia para la depresión en personas mayores es comparable a su eficacia con personas más jóvenes, dato contrastado según las estimaciones del tamaño del efecto de diversos metaanálisis. Así, Scogin y McElreath⁵⁶ informaron de un tamaño del efecto de 0,84; por su parte, en el clásico estudio de Smith et al⁶⁴ se encontró que la correlación entre edad y resultados fue de 0,00, lo que indica que la edad no es un factor relevante diferencial en la eficacia de la terapia psicológica.

Al considerar exclusivamente la TCC, numerosos estudios coinciden en señalar su eficacia para el tratamiento de la depresión en las personas mayores^{16,27,56,65}. Dai et al⁶⁶ demuestran la eficacia de una intervención cognitivo-conductual de carácter psicoeducativo para reducir la sintomatología depresiva de personas mayores residentes en la comunidad. Walker y Clarke⁶⁷ comparan la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión y de diversos trastornos de ansiedad, encontrando que la terapia es igualmente efectiva para adultos jóvenes y mayores, con tasas más rápidas de obtención de resultados positivos en las personas mayores, resultados que atribuyen a una mayor asistencia a las sesiones de terapia y menor tasa de abandono por parte de las personas mayores. Por otra parte, Gallagher-Thompson y Thompson⁶⁸ demuestran la

eficacia de la TCC en el tratamiento del duelo patológico en personas mayores.

Muy interesantes a este respecto son las aportaciones de Chambless et al²⁴ y Gatz et al²⁷ sobre la eficacia de tratamientos con personas mayores según los criterios de «tratamientos eficaces» y «probablemente eficaces» establecidos por la división de Psicología Clínica de la Asociación Norteamericana de Psicología. Se considera que un tratamiento es eficaz cuando dos estudios de diseño de grupo realizados por distintos grupos de investigación, o nueve estudios de casos, hayan demostrado ser superiores al placebo o ser similares en eficacia a tratamientos ya contrastados. Para ser un tratamiento probablemente eficaz es necesario contar con tres estudios de casos que reúnan los criterios anteriores, que dos diseños de grupo hayan demostrado ser eficaces en comparación con un grupo de lista de espera o que reúnan los criterios para «tratamientos eficaces», aunque hayan sido realizados por un único grupo de investigación. A partir de estos criterios, Chambless et al²⁴ concluyen que la TCC y la terapia cognitiva para personas mayores son tratamientos empíricamente validados y eficaces, si bien Gatz et al²⁷ mantienen una perspectiva más exigente, ya que concluyen que ambas terapias son «probablemente eficaces» para personas mayores no dependientes que viven en la comunidad, con psicopatología comórbida mínima y no suicidas. Como señalan los propios autores de este último trabajo, su juicio fue conservador debido a los limitados tamaños muestrales y a los inconsistentes efectos terapéuticos comparados con otros tratamientos.

Ventajas de la terapia cognitivo-conductual con personas mayores

Numerosos autores^{28,65,69} coinciden en señalar que la TCC no sólo es eficaz para el tratamiento de la depresión en mayores, sino que presenta características que la hacen especialmente recomendable para el tratamiento de personas mayores deprimidas.

Filosofía optimista

Una de las grandes virtudes de la TCC reside en su filosofía básica y hace referencia a que, al contrario que las aproximaciones basadas en modelos biologicistas del deterioro, la TCC parte de una confianza básica en la posibilidad del aprendizaje y el cambio positivo en la vejez. En palabras de Knight⁷⁰: «Por su propia naturaleza, la terapia conductual está comprometida con el mantenimiento de un espíritu de optimismo acerca de la posibilidad del cambio en las personas mayores»; de hecho, su meta fundamental es el aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas y conductuales. En este sentido, la TCC permite el desafío de creencias negativas y estereotipos acerca del envejecimiento, tan frecuentemente mantenidas no sólo por el entorno social de las personas mayores, sino también por ellas mismas⁷¹. La confianza básica que muestran los terapeutas cognitivo-conductuales en el

TABLA 2. Otras ventajas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en su aplicación a personas mayores

<p>Su estilo psicoeducativo resalta la importancia del aprendizaje, haciéndola más aceptable para personas mayores que suelen encontrar difícil reconocer que están experimentando malestar emocional</p> <p>Resulta atractiva para las personas mayores, ya que aprenden habilidades que les pueden seguir siendo útiles aun después de superado su problema</p> <p>Los contenidos tratados por la TCC pueden registrarse por escrito sin mucho esfuerzo, con el fin de facilitar el aprendizaje a personas mayores con dificultades de memoria</p> <p>El enfoque biopsicosocial mantenido por la mayoría de los terapeutas TCC encaja muy bien con la interdisciplinariedad de la gerontología y la frecuente multicausalidad de los problemas de las personas mayores</p> <p>Permite e incluso persigue la participación de la familia en la terapia, lo cual supone el importante aprovechamiento de los recursos sociales y familiares de la persona mayor (algún familiar puede incluso colaborar en la administración de partes concretas de la terapia) y puede ayudar a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia</p>

cambio en las cogniciones y conductas de la persona puede ser especialmente importante y necesaria para las personas mayores, quienes, debido probablemente a que han tenido que enfrentarse a más situaciones problemáticas inevitables e irremediables, pueden presentar una menor percepción de control⁷¹. En este sentido, algunos autores^{72,73} han sugerido que, mientras que el factor mediador más importante de la depresión en adultos jóvenes puede ser las actitudes disfuncionales o creencias irracionales, un candidato más apropiado para el papel de mediador en población mayor es la indefensión o sensación de falta de contingencia entre la propia conducta y los resultados obtenidos⁷³.

Estilo colaborativo

Otro de los aspectos que hace especialmente recomendable la TCC para el tratamiento de la depresión en personas mayores es su estilo «colaborativo», esto es, la importancia que en esta terapia tiene el establecimiento de una relación de alianza entre terapeuta y paciente, quienes forman un equipo comprometido en la solución de los problemas que presente la persona mayor. Si bien la importancia de la relación terapeuta-paciente es importante para pacientes de todas las edades, la sensación de formar parte de una estrecha relación colaborativa con otra persona constituye un factor especialmente positivo para la persona mayor deprimida, ya que es probable que ésta se haya tenido que enfrentar a importantes pérdidas sociales y, por tanto, presente una menor frecuencia de intercambios sociales significativos^{73,74}. Concretamente, Gaston et al⁷⁴ encontraron que la alianza terapéu-

tica correlaciona significativamente con el cambio conseguido por terapias conductuales, cognitivas y psicodinámicas breves. En su análisis de los factores mediadores del cambio terapéutico en la depresión en personas mayores tratadas con TCC, Floyd y Scogin⁷³ concluyen que los denominados «factores comunes» de la terapia, entre los que se incluyen la relación terapeuta-paciente, la empatía del terapeuta, el enlace y el procedimiento terapéuticos, el trabajo para casa y la focalización en problemas específicos son factores especialmente importantes en la explicación de la eficacia de la TCC en su aplicación al tratamiento de la depresión en personas mayores, ya que se ha encontrado que son estos factores los responsables de la reducción terapéutica de la indefensión o desesperanza, rasgo central de la depresión en las personas mayores⁷³.

Incorporación del respeto y del reconocimiento de la experiencia y conocimiento acumulados por la persona mayor

En el contexto de una adecuada relación terapeuta-paciente, existen además numerosas oportunidades para que los terapeutas comuniquen su «respeto» hacia el conocimiento y las experiencias vitales acumuladas que suelen caracterizar a la mayoría de las personas mayores, muchas de las cuales presentan un elevado grado de «sabiduría»⁷⁵. La integración de esta mayor experiencia vital en la TCC, a través de su reconocimiento y la expresión de respeto hacia ella, constituye una característica especial de esta terapia aplicada a las personas mayores y es una herramienta importante para tratar la depresión en estas personas. Así pues, la sabiduría y las experiencias vitales de la persona mayor serán recogidas por el terapeuta, que a partir de ellas construirá un plan de tratamiento destinado a optimizar los recursos de la persona. Otras ventajas de la TCC se resaltan en la tabla 2.

Terapia cognitivo-conductual y terapia farmacológica

La modalidad de tratamiento de la depresión en la vejez más consolidada es la intervención farmacológica, a través de la administración de antidepresivos tricíclicos (AT), de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y, más frecuentemente, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS; fluoxetina, paroxetina). Pese a que los aspectos clave a considerar en el uso de cualquier fármaco con personas mayores son su eficacia, los posibles efectos secundarios y las consideraciones particulares que deben hacerse al administrarse a subgrupos específicos de personas mayores, existe una tendencia en la bibliografía científica a apoyar globalmente un tratamiento antidepresivo sobre el resto, en este caso los ISRS⁷⁶. Sin embargo, en un reciente metaanálisis de 102 ensayos controlados, se encontró que los ISRS eran comparables en efectividad global a los AT⁷⁷, resultados similares a los de otro estudio de metaanálisis que no encontró diferencias en el porcentaje de reducción de síntomas entre los tres tipos de tratamientos farmacológicos

citados anteriormente, ni en su tolerabilidad —reflejada en la gravedad de los efectos secundarios⁷⁸—. No obstante, la conclusión que debe hacerse es que, si bien los AT y los ISRS son igualmente efectivos, subgrupos específicos de personas se beneficiarán diferencialmente de ellos (ISRS para mayores con enfermedades cardiovasculares y AT para depresión posterior a los accidentes cardiovasculares)¹⁶.

Por otra parte, son bien conocidos los sustanciales efectos secundarios que estos fármacos pueden generar —efectos psicológicos, como los anticolinérgicos (p. ej., delirio, confusión), y físicos, como la hipotensión ortostática o efectos cardíacos—, que unidos a la especial sensibilidad de las personas mayores a dichos efectos asociada a cambios en los procesos metabólicos y en los neurotransmisores⁷⁹ y a los peligros del consumo simultáneo de distintos fármacos⁸⁰ hacen que a veces se haya recomendado como primera opción la intervención psicológica, pasando a la intervención farmacológica sólo cuando la primera resulta inefectiva⁸¹. Así, mientras que la Agencia Norteamericana de Atención e Investigación en Salud recomendó la medicación como primera opción de tratamiento de la depresión en mayores, basándose en la multitud de estudios empíricos que demuestran su eficacia^{82,83}, numerosas voces se alzan defendiendo la conveniencia de adoptar como primera línea de acción el camino de la terapia psicológica⁶⁵. Estos investigadores demuestran que la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión en mayores está avalada por un cuerpo de evidencia empírica equivalente al que avala el tratamiento farmacológico. En este sentido, por ejemplo, Thompson et al⁸⁴ comparan la eficacia de un tratamiento con desimipramina, otro basado en la TCC y un tercero basado en la combinación de ambos. Encuentran que la TCC y el tratamiento combinado son prácticamente igual de eficaces, siendo el combinado superior en eficacia de forma significativa al farmacológico. La superioridad de la eficacia de la TCC frente a la terapia estrictamente farmacológica es, aunque marginal, significativa. Otro estudio reciente, sin embargo, encuentra resultados favorables al empleo de la terapia farmacológica. Así, Williams et al²² comparan un tratamiento basado en paroxetina, otro placebo y terapia psicosocial de «solución de problemas» (6 sesiones de terapia en un período de 11 semanas). Los resultados señalaban que la paroxetina fue más efectiva que el tratamiento psicológico y que el placebo, que entre estos dos últimos no existían diferencias y que en las últimas semanas de intervención comenzaba una mejoría en el grupo de intervención psicológica. Es importante puntualizar que el número de sesiones empleadas para la intervención es muy breve para un tratamiento psicológico que pretenda ser eficaz.

Finalmente, hay que señalar que existen escasos estudios que combinen la intervención farmacológica y la TCC, pese a que los existentes apuntan claramente a la demostración de la mayor efectividad de la combinación

de tratamientos tanto en fases iniciales como de mantenimiento del tratamiento^{82,84}.

Adaptaciones recomendadas en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a la población mayor

Si bien las reacciones conductuales y emocionales o las experiencias afectivas de las personas mayores no son muy diferentes de las que experimentan los adultos más jóvenes⁶⁸, algunas características especiales de las personas mayores y su contexto, relacionadas con cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento, así como con diferencias de cohorte, hacen que sea recomendable adaptar algunos aspectos de la TCC con el fin de optimizar la eficacia de las intervenciones clínicas con estas personas. El grado en que estas adaptaciones serán necesarias o recomendables va a depender de las características particulares de cada cliente²⁸. En este sentido, Zarit y Knight³ consideran como requisito necesario de cara al desarrollo de una intervención cognitivo-conductual adecuada y eficaz con personas mayores tener un conocimiento preciso y profundo del proceso de envejecimiento y los cambios físicos y psicológicos que lleva asociados, así como estar familiarizado con las particularidades del entorno social y circunstancias vitales que suelen rodear a estas personas (p. ej., tipo de problemas más frecuentes que han de afrontar).

Cambios sensoriales

Dado que la capacidad visual comienza a declinar durante la edad adulta temprana, lo que se agudiza entre las personas mayores, la pérdida de agudeza visual y una capacidad oftálmica de transmisión de la luz inferior a personas más jóvenes son factores que hacen recomendable, cuando se emplean instrumentos de evaluación o material de trabajo terapéutico impresos (lo cual es frecuente en la TCC), disponer de condiciones de iluminación especialmente adecuadas, así como de material impreso de dimensiones superiores al precisado con población más joven, de cara a controlar los efectos negativos de estos cambios físicos en el proceso terapéutico. El envejecimiento también lleva asociado cambios en la agudeza auditiva⁸⁵. Estos cambios conducen a un incremento de la dificultad para comprender el discurso hablado, especialmente en condiciones de ruido de fondo⁸⁶. Tanto en el proceso de evaluación como durante la terapia con personas mayores, se recomienda la adopción de medidas que maximicen la comprensión auditiva, como asegurarse de que la persona con problemas auditivos utiliza los recursos técnicos adecuados, mantener contacto ocular, sentarse cerca de ella, emitir un discurso claro, vocalizando adecuadamente, aunque siempre evitando caer en el estilo de «habla infantil o maternal» (cuyas consecuencias beneficiosas para los mayores son más que cuestionables), y disponer de una habitación o despacho tranquilo y con el menor nivel posible de ruidos de fondo^{86,87}.

Cambios cognitivos

En cuanto a los cambios cognitivos que acompañan al envejecimiento existen algunos estudios determinantes, como los de Salthouse⁸⁸ o Baltes y Lindenberger⁸⁹, que demuestran que con el envejecimiento se producen declives en la velocidad perceptiva, la memoria episódica, el razonamiento inductivo y la visualización espacial. Asimismo, existe evidencia de que se produce un mantenimiento o incluso una mejora de la ejecución en tareas de inteligencia cristalizada, relacionada con habilidades verbales y de conocimiento hasta la edad de 70 años o más, mientras que la inteligencia fluida, relacionada con habilidades de razonamiento y flexibilidad cognitiva y medida con tareas que suelen implicar un componente de velocidad de procesamiento, parece declinar con la edad⁹⁰. En cuanto a los cambios en funciones de la memoria, las personas mayores presentan una peor ejecución en distinto tipo de tareas de recuerdo y reconocimiento⁹¹, y en tareas que emulan memoria en la vida cotidiana⁹². También parece verse afectada de forma importante por la edad la memoria operativa, el mecanismo que permite la combinación de información que está siendo actualmente procesada con información almacenada de forma previa de cara a producir algún tipo de respuesta cognitiva⁹³. Este declive en la memoria operativa suele llevar asociado que el aprendizaje de nueva información se haga más lento y difícil, y afecta también a la comprensión del lenguaje⁹⁴.

En general, estos cambios sugieren que si, por un lado, las personas mayores se benefician especialmente del conocimiento y la experiencia, por otro, el aprendizaje de nuevas habilidades y conceptos por parte de muchas personas mayores puede ser más lento y requerir más ensayos de la habilidad o más repeticiones de la información que se pretende enseñar. De cara a la aplicación de la TCC, esto se traduce en la necesidad de considerar la conveniencia de adaptaciones diversas (tabla 3).

Otra adaptación recomendada por autores como Knight y Satre²⁹ tiene que ver con el hecho de que las personas mayores pueden ser consideradas «sistemas expertos» de conocimiento, con gran cantidad de experiencias vitales acumuladas¹⁰. Así, estos autores sugieren la conveniencia de que la TCC en personas mayores se concentre, más que en el análisis de pensamientos automáticos o de las irracionalidades, en la percepción de situaciones problemáticas actuales, en las distorsiones cognitivas presentes en esquemas cognitivos generales altamente elaborados y amplios, como la idea de uno mismo o el concepto del propio ciclo vital. En este sentido, las personas mayores pueden mantener una visión retrospectiva o una tendencia a la reminiscencia^{95,96} que, en el caso de las personas deprimidas, podría basarse en un recuerdo selectivo y en una exageración de las experiencias negativas de su vida, mientras que apenas son consideradas las experiencias positivas (maximización de los fracasos y minimización de los logros). En

estos casos, se pueden trabajar con la persona sobre estas distorsiones cognitivas y reorientar la atención y el recuerdo de las personas mayores de cara a conseguir una imagen de su ciclo vital más equilibrada y ajustada a la realidad⁵⁴.

PERSPECTIVAS FUTURAS

La aplicación de las distintas formas de TCC, solas o en combinación con la terapia farmacológica, es eficaz tanto para reducir o eliminar los síntomas de la depresión en la edad avanzada como para mantener los logros de la terapia. A este respecto, cabe señalar que ya en el año 1994, en un panel de expertos auspiciado por el Instituto

TABLA 3. Adaptaciones para favorecer el aprendizaje durante la terapia

Reforzar cualquier pequeño logro que se consiga al inicio para motivar y hacerle ver el éxito de la intervención
Presentar menos información con un ritmo más lento y disminuir el ritmo de la conversación terapéutica
Utilizar un enfoque multisensorial de la presentación del material (pizarra, resúmenes, grabaciones en cinta de vídeo o casete, visual con imágenes: «Dilo, hazlo, enséñalo»)
Hacer uso frecuente de ejemplos, metáforas y analogías
Animar a que apunte la información más relevante y asegurarse de que lo hace adecuadamente
Dejar suficiente tiempo para adquirir el aprendizaje, casi como si fuera una autoadministración del tiempo
Adaptar la nueva información a la que el sujeto ya posee
Presentar la información de manera secuenciada: lo más importante al principio y lo esencial por escrito
Preparar cuadernos o manuales con la información relevante: los objetivos, las asignaciones para casa, estrategias terapéuticas, cómo controlar sucesos, ejercicios, etc.
Utilizar cintas de casete con la información importante para personas con deficiencias visuales
Conseguir que sea significativa para el sujeto, con un sentido «muy realista» y teniendo en cuenta las expectativas del paciente
La información debe provenir de una única fuente. No variar los terapeutas entre sesiones
Utilizar claves para facilitar el recuerdo (p. ej., lemas de cada sesión)
Agrupar la información que se presenta en unidades relevantes y manejables para la persona –según sus condiciones físicas y cognitivas– con frecuentes repeticiones para favorecer la codificación de la nueva información
Revisar el material con la personas sistemáticamente y comprobar el grado de aprendizaje. Repasar, repetir y hacer resúmenes

Modificado con permiso de Izal M, Montorio I. Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis, 1999.

Nacional de la Salud de EE.UU., se revisó la eficacia de ensayos clínicos controlados, estudios de caso e intervenciones grupales, individuales y psicoeducativas para el tratamiento de la depresión en personas mayores, una de cuyas conclusiones fue que la TCC es un tratamiento útil –y libre de efectos secundarios indeseables– para la depresión en la vejez³⁰. No obstante, es necesario un mayor número de estudios para contrastar de forma inequívoca la eficacia terapéutica de la TCC en su aplicación a las personas mayores. Los estudios de validación de tratamientos deben tener en cuenta, además, las recomendaciones acerca de una serie de características: mayor tamaño en las muestras de las investigaciones, contrastar la eficacia de la combinación de la terapia farmacológica y psicológica, valorar la eficacia en distintos subgrupos de personas mayores incluyendo personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y personas mayores de edad muy avanzada.

Al mismo tiempo, existen otras muchas cuestiones relacionadas con la investigación sobre la depresión en la edad avanzada que hasta la fecha han sido insuficientemente tratadas y que, sin embargo, determinan en buena medida el estado actual sobre el conocimiento y la eficacia de la intervención ante la depresión que experimentan las personas mayores:

1. La frecuente superposición entre los trastornos de depresión y ansiedad entre las personas mayores ha generado no sólo el lógico interés en optimizar procedimientos de evaluación e intervención para la presencia conjunta de ambos problemas, sino que en este momento existe una importante corriente de evidencia de que la comorbilidad entre ambos trastornos deba ser valorada como un único problema⁹⁷.
2. La consideración no sólo de los antecedentes que favorecen la aparición de depresión, sino de las posibles consecuencias de la misma incluyendo el «exceso de incapacidad» y la aparición de otros problemas de salud, que añaden una justificación más para el tratamiento de este problema.
3. La elevada presencia de manifestaciones de la depresión a nivel subclínico, entre personas mayores que no llegan a cumplir por completo todo los criterios diagnósticos de las clasificaciones estándares, lo que pone en evidencia el fracaso parcial de los procedimientos de evaluación y la validez de los propios criterios diagnósticos.
4. La insuficiente atención que han recibido hasta el momento actual los recursos personales como amortiguadores de los efectos de la depresión entre las personas mayores y como factores de prevención de la depresión. En este sentido, y muy recientemente, Powers et al¹⁶ han recogido el papel de las emociones positivas y el afrontamiento adaptativo positivo para reducir el humor negativo, que incluso podrían actuar durante fases de estrés agudo. Por tanto, éstos podrían ser un componente más de la terapia para la depresión.

5. Las notables barreras para el acceso a los tratamientos de salud mental de las personas mayores. La prevalencia de los problemas de depresión entre las personas mayores que viven en la comunidad es similar a la que padecen otros grupos de edad. Si el alcance de los problemas psicológicos entre las personas mayores debería significar que éstas reciben una cantidad significativa de tratamiento, los hechos demuestran lo contrario. Las personas de más de 65 años de edad reciben una cantidad de asistencia psicológica, pública o privada, relativamente insignificante, y acuden a los servicios y a los profesionales con mucha menos frecuencia que los adultos más jóvenes. Asimismo, cuando acuden, sus problemas tienden a revestir mayor gravedad, tienen más probabilidades de que la atención que se les presta dure menos, de que la terapia recibida sea farmacológica –por oposición a psicoterapia– y de abandonar prematuramente el tratamiento⁹⁸. Las barreras para el acceso a los servicios son de muy diferente índole, incluyendo las relativas al entorno formal (p. ej., insuficiencia de servicios, formación y actitudes desfavorables de los profesionales), las relativas al entorno sociocultural (p. ej., actitudes nihilistas ante la vejez y sus trastornos procedentes de la familia y la sociedad) o las relativas a las propias personas mayores (p. ej., ausencia de receptividad de las personas mayores ante los tratamientos psicológicos).

A la vista de lo anteriormente expuesto, puede considerarse que el avance conseguido en los últimos años en relación con la intervención psicológica con personas mayores deprimidas ha sido notable, habiéndose demostrado particularmente la eficacia de la TCC. No obstante, existe un buen número de cuestiones pendientes de investigación, tal como hemos tratado de destacar aquí, que deben ser resueltas tanto con el fin de mejorar la calidad e idoneidad de las intervenciones que se pueden ofrecer a las personas de más edad ante este importante problema de salud pública, como con el objetivo de conseguir que tales intervenciones estén disponibles y los mayores puedan beneficiarse de ellas cuando lo necesiten, no como un hecho excepcional, sino como parte de unos servicios accesibles para toda la población mayor. Los psicólogos, como profesionales de la salud, debemos asumir nuestra responsabilidad en todo ello, tanto en generar conocimientos mediante la investigación y su difusión como en facilitar, en la medida que nos es propia, la superación de las barreras de acceso a los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cumming E, Henry W. Growing old: the process of disengagement. New York: Basic Books, 1961.
2. Fernández-Ballesteros R. Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad. En: Marchesi A, Carretero M, Palacios J, editores. Psicología evolutiva. Madrid: Alianza Editorial, 1985.

3. Zarit SH, Knight BG. Psychotherapy and aging: multiple strategies, positive outcomes. En: Zarit SH, Knight BG, editors. *Effective clinical interventions in al life-stage context. A guide to psychotherapy and aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996; p. 1-13.
4. Gross JJ, Carstensen L, Pasupathi M, Tsai J, Goettestam Skorpen C, Hsu AYC. Emotion and Aging: Experience, expression and control. *Psychol Aging* 1997;12:590-9.
5. Carstensen LL, Gross, JJ, Fung, HH. The Social Context of Emotional Experience. En: Schaie KW, Lawton MP, editors. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 1997; p. 17.
6. Charles ST, Reynolds CA, Gatz M. Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *J Pers Soc Psychol* 2001; 80:136-51.
7. Lawton MP, Kleban MH, Rajagopal D, Dean J. Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychol Aging* 1992;7:171-84.
8. Blanchard-Fields F, Jahnke HC, Camp C. Age differences in problem-solving style: The role of emotional salience. *Psychol Aging* 1995;10: 173-80.
9. Montorio I, Izal M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial* 1997;6:53-75.
10. Rybash JM, Hoyer WJ, Roodin PA. *Adult cognition and aging*. Nueva York: Pergamon Press; 1986.
11. Labouvie-Vief G, Hakim-Larson J, DeVoe M, Schoeberlein S. Emotions and self-regulation: a life span view. *Hum Dev* 1989;32:279-99.
12. Neugarten BL. The psychology of aging: an overview. *Catalogue of Selected Documents in Psychology* 1976; 6:7.
13. Tornstam L. Gero-transcendence: a meta-theoretical reformulation of the disengagement theory, aging. *Clin Exp Res* 1989;1:55-63.
14. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *Am Psychologist* 1999;54:165-81.
15. Izal M, Montorio I. *Manual de gerontología conductual*. Madrid: Síntesis, 1999.
16. Powers DV, Thompson L, Futterman A, Gallagher-Thompson D. Depression in later life. Epidemiology, assessment, impact, and treatment. En: Gotlib IH, Hammen CL, editors. *Handbook of depression*. New York: Guilford Press, 2002; p. 560-80.
17. Qualls SH. Mental health and mental disorders in older adults. En: Cavanaugh JC, Whitbourne SK, editors. *Gerontology: an interdisciplinary perspective*. London: Oxford University Press, 1999.
18. IMSEFESO. *Las personas mayores en España: Informe 2000*. Madrid: IMSEFESO, 2000.
19. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
20. Blazer DG. Epidemiology of late-life depression. En: Scheider L, Reynolds CF, Liebowitz B, Friedhoff A, editors. *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994. p. 9-19.
21. Whitbourne SK. The normal aging process. En: Whitbourne SK, editor. *Psychopathology in later adulthood*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2000. p. 27-59.
22. Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284:1519-26.
23. Wetherell JL, Gatz M, Johansson B, Pedersen NL. History of depression and other psychiatric illness as risk factors for Alzheimer disease in a twin sample. *Alz Dis Assoc Dis* 1999;1:47-52.
24. Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, Crits-Christoph P, et al. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996;49:5-18.
25. López MA, Mermelstein RJ. A cognitive-behavioral program to improve geriatric rehabilitation outcome. *Gerontologist* 1995;35:696-700.
26. Carstensen LL. The emerging field of behavioral gerontology. *Behav Ther* 1988;19:253-81.
27. Gatz M, Fiske A, Fox LS, Caciue B, Kasl-Godely JE, McCallum TJ, et al. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health Aging* 1998;4:9-46.
28. Zeiss AM, Steffen A. Behavioral and cognitive-behavioral treatments: an overview of social learning. En: Zarit SH, Knight BG, editors. *Effective clinical interventions in al life-stage context. A guide to psychotherapy and aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996; p. 35-60.
29. Knight BG, Satre DD. Cognitive Behavioral Psychotherapy with Older Adults. *Cogn Behav Psychother* 1999;6:188-203.
30. Teri L, Curtis J, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Cognitive-behavioral therapy with depressed older adults. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, editors. *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH Consensus Development Conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994; p. 279-91.
31. Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 1996;57:29-37.
32. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, 1979.
33. Beck AT, Emery G, Greenberg R. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
34. Lewinsohn FM. A behavioral approach to depression. En: Friedman RM, Katz MM, editors. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston/ Wiley, 1974.
35. Lewinsohn FM, Muñoz R, Youngren M, Zeiss A. *Control your depression*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1978.
36. Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
37. Beck AT. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
38. Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
39. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behav Res Ther* 1997;35:49-58.
40. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1999.
41. Beck AT, Freeman A, Wright FD. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
42. Epstein N, Schlesinger SE, Dryden W. *Cognitive-behavioral therapy with families*. Philadelphia: Brunner/ Mazel, Inc., 1988.
43. Beck AT. *Prisoners of hate*. New York: Perennial, 1999.
44. Chadwick P, Birchwood M. Challenging the omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychol* 1994;164:190-201.
45. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
46. Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press, 1995.
47. Young M. *Workshop on rational-emotive therapy*. New York: 1963.
48. Oliver R, Bock FA. *Coping with Alzheimer's*. North Hollywood: Melvin Powers, 1987.
49. Ellis A, Abrams M. *How to cope with a fatal illness*. New York: Barricade Books, 1994.
50. Ellis A. Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *J Rational Emotional Cognitive Behav Ther* 1999;17:5-18.
51. Ellis A, Tarrate R. *How to control your anger - Before it controls you*. Secaucus, NJ, editor: Carol Publishing Group;1997.
52. Lega JJ, Caballo VE, Ellis A. *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI, 1997.
53. Fester CB. A functional analysis of depression. *Am Psychologist* 1973;28:857-70.
54. Andrés V, Bas F. Tratamiento de la depresión. En: Montorio I, Izal M, editores. *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis, 1999; p. 111-50.
55. Wolfe R, Morow J, Frederikson BL. *Mood disorders in older adults*. En: Carstensen LL, Edelstein BA, Dornbrand L, editors. *The practical handbook of clinical gerontology*. California: Sage Publications, Inc., 1996.
56. Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a qualitative review. *J Consulting Clinical Psychol* 1994;62:69-74.
57. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consulting Clinical Psychol* 1987;55:385-90.
58. Futterman A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Ferris R. Depression in later life: epidemiology, assessment, etiology and treatment. En: Beckham E, Leber R, editors. *Handbook of depression*. New York: Guilford Press, 1995; p. 494-525.
59. Niederehe G. Psychosocial therapies with depressed older adults. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, editors. *Diagnosis*

- and treatment of depression in late life: result of the HHH Consensus Development Conference. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994; p. 293-315.
60. Rush AJ, Golden WE, Hall GW, Herrera CM, Houston A, Kathol FG. Depression in primary care. Vol 2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline N.º 5. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services. AHCPR Pub. No. 93-0551, 1993.
 61. Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *J Counseling Clin Psychol* 1990;58:371-4.
 62. Beutler LE, Clarkin JN. Systematic treatment selection. New York: Brunner/Mazel, 1990.
 63. Gallagher-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:543-9.
 64. Smith ML, Glass GV, Miller TJ. The benefits of psychotherapy. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1980.
 65. Solano N, Gallagher-Thompson D. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:189-94.
 66. Dai Y, Zhang S, Yamamoto J, Ao M, Belin TR, Cheung F, et al. Cognitive behavioral therapy of minor depressive symptoms in elderly Chinese Americans: a pilot study. *Community Mental Health J* 1999;35:537-42.
 67. Walker DA, Clarke M. Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Ment Health* 2001;5:197-9.
 68. Gallagher-Thompson D, Thompson LW. Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. En: Zarit SH, Knight BG, editors. Effective clinical interventions in all life-stage context. A guide to psychotherapy and aging. Washington, DC: American Psychological Association, 1996; p. 61-82.
 69. Montorio I, Izal M. La eficacia de la gerontología conductual. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:183-6.
 70. Knight BG. Psychotherapy with older adults. Newbury Park: Sage, 1986.
 71. Levendusky PG, Hufford MR. The application of cognitive-behavior therapy to the treatment of depression and related disorders in the elderly. *J Geriatr Psychiatry* 1997;30:227-38.
 72. Ilardi S, Craighead W. The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clin Psychol Sci Practice* 1994;1:138-56.
 73. Floyd M, Scogin F. Cognitive-behavior therapy for older adults: how does it work? *Psychotherapy* 1998;35:459-63.
 74. Gaston L, Marmar CR, Gallagher D, Thompson LW. Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Res* 1991;1:104-13.
 75. Baltes PB, Staudinger UM, Maercker A, Smith J. People nominated as wise: a comparative study of wisdom-related knowledge. *Psychol Aging* 1995;10:155-66.
 76. Salzman C. Issues and controversias regarding benzodiazepine use. *NI-DA Res Monogr* 1998;3:68-88.
 77. Anderson, IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affective Disorder* 2000;58:19-36.
 78. Gerson S, Belli T, Kaufman A, Mintz J, Jardick L. Pharmacological and psychological treatment for depressive older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harvard Review of Psychiatry* 1999;7:1-28.
 79. Naranjo CA, Herrmann N, Mittmann N, Bremner KE. Recent advances in geriatric psychopharmacology. *Drugs Aging* 1995;7:184-202.
 80. Reynolds CF, Schneider LS, Lebowitz BD. Treatment of depression in elderly patients: guidelines for primary care. En: Schneider LS, Reynolds Charles F III, editors. Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH Consensus Development Conference. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1994; p. 463-90.
 81. Wexler BE, Cicchetti DV. The outpatient treatment of depression: implications of outcome research for clinical practice. *J Nerv Ment Disease* 1992;180:277-86.
 82. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz FK. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992;149:1687-92.
 83. Newhouse PA. Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 5):12-22.
 84. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-40.
 85. Schieber F, Sugar JA, McDowd JM, Cunningham WR, Haman KL, Thoma H. Behavioral sciences and aging. En: Birren JE, Sloane PB, editors. Handbook of mental health and aging. 2nd ed. New York: Academic Press, 1992; p. 251-375.
 86. Dubno JR, Dirks DD, Morgan DE. Effects of age and mild hearing loss on speech recognition in noise. *J Acoustical Soc Am* 1984;76:87-96.
 87. Montorio I, Izal M. Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis, 1999.
 88. Salthouse TA. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Rev* 1996;103:403-28.
 89. Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the life span: a new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging* 1997;12:12-21.
 90. Horn J, Masunaga H. New directions for research into aging and intelligence: the development of expertise. En: Perfect TJ, Maylor EA, editors. Models of cognitive aging. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 125-59.
 91. Light LL, Prull MW, La Voie DJ, Healy MR. Dual process theories of memory in old age. En: Perfect TJ, Maylor EA, editors. Models of cognitive aging. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 238-300.
 92. Kirasic KC, Allen GL, Dobson SH, Binder KS. Aging, cognitive resources, and declarative learning. *Psychol Aging* 1996;11:658-70.
 93. Parkin AJ, Java FI. Determinants of age-related memory loss. En: Perfect TJ, Maylor EA, editors. Models of cognitive aging. London: Oxford University Press, 2000; p. 188-203.
 94. Light LL. Interactions between memory and language in old age. En: Birren JE, Schaie KW, editors. Handbook of the psychology of aging. New York: Academic Press Inc., 1990; p. 275-90.
 95. Emery G. Cognitive therapy with the elderly. En: Emery G, Holton SD, Bedrosian FC, editors. New Directions in cognitive therapy. New York: Guilford Press, 1981; p. 84-98.
 96. Montorio I, Nuevo R, Losada A, Márquez M. Prevalencia de trastornos de ansiedad en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina* 2001;12:19-26.
 97. Butler FN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963;119:721-8.
 98. Montorio I, Márquez M, Losada A, Izal M. Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores [en prensa]. *Intervención Psicosocial*.