

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Impacto de la Terapia de Activación Conductual en la Depresión en Adultos Mayores
del Centro Gerontológico Juan Pablo II del cantón Sígsig

**Trabajo de grado previo a la obtención del título de:
Psicóloga Clínica**

Autores:

Natalia Valeria Lituma Cabrera

Directora:

PhD. Yolanda Dávila Pontón.

Cuenca – Ecuador

2021

Dedicatoria

Este trabajo de grado quiero dedicar a todos y cada uno de los miembros de mi familia, mi abuelita Juana, mis tíos y tías, primos y primas; pero de manera muy especial a mis padres Hugo y Olga que han sido un ejemplo de perseverancia, trabajo y amor incondicional para conseguir uno de los mayores objetivos en mi vida que ha sido obtener un título profesional.

A mis hermanas, Amanda y Fernanda, por el apoyo y comprensión que me han brindado en todo momento, por siempre estar ahí a lo largo de este camino. A mi hermoso sobrino, Miguel, quién ha sido mi mayor motor para seguir adelante. A Juan Pablo, quién formó parte de mi historia, quién me enseñó a mirar la vida de manera diferente con ganas de disfrutarla cada día más, llegó a mi vida con muchas enseñanzas y amor, y que aunque ese capítulo de mi trayecto se haya terminado, seguirá siendo una de las experiencias más aleccionadoras que me ha pasado en la vida.

A mis amigas y amigos que me han acompañado en este camino de muchas alegrías y tristezas, que en todo momento me demostraron su apoyo. Especialmente a Fernanda, quién siempre estuvo acompañándome a pesar de los malos momentos, demostrándome su apoyo incondicional para seguir adelante.

Natalia Valeria Lituma Cabrera

Agradecimiento

Expreso mis agradecimientos a toda mi familia, particularmente a mis padres, Hugo y Olga; a mis tíos, Rolando e Imelda por su apoyo incondicional para poder lograr una carrera universitaria. A mis profesores, porque han sabido orientarme con sus conocimientos y ejemplo de responsabilidad en esta trayectoria de aprendizaje, les agradezco por brindarme sus herramientas profesionales y personales para culminar la carrera. Agradezco especialmente a la PhD. Yolanda Dávila Pontón, que con su paciencia y dedicación me ha guiado en la elaboración de esta investigación, de su experticia he aprendido grandes lecciones. Reconozco mi gratitud a quienes conforman la Universidad del Azuay, sus directivos, planta docente y administrativa; que en su quehacer diario han puesto los recursos necesarios para mi desarrollo profesional.

Natalia Valeria Lituma Cabrera

Resumen

Esta investigación es de tipo cuasi experimental y tuvo como objetivo conocer el impacto de la Terapia de Activación Conductual en la depresión en Adultos Mayores del Centro Gerontológico Juan Pablo II del cantón Sígsig. Para ello, se utilizaron herramientas de medición de depresión como el test de Yesavage y del estado cognitivo el test Minimental, se aplicó las técnicas cognitivo-conductuales y terapias de tercera generación grupales para conseguir mejoría en los pacientes que priorizan la importancia del desarrollo mental y emocional en la formación de un nuevo individuo íntegro.

De tal manera se concluye que esta terapia de tercera generación (AC) brinda instrumentos al sujeto para que por sí mismo pueda hacer frente o modificar aquello que genera malestar; con lo cual se demuestra su efectividad en tema a ser tratado. Asimismo, la amplia gama de efectos de esta terapia, su impacto y la posibilidad de desarrollo indican que la AC se ha ceñido en una alternativa favorable para el tratamiento de problemas psicológicos.

Palabras clave: Terapia de activación conductual (TAC), Depresión, Técnicas cognitivas conductuales, Activación conductual (AC).

Abstract

This research is quasi-experimental and its objective was to know the impact of Behavioral Activation Therapy on depression in Older Adults of the Juan Pablo II Gerontological Center in Sígfig. For this, depression measurement tools such as the Yesavage test and the Minimental test of cognitive status were used, cognitive-behavioral techniques and third-generation group therapies were applied to achieve improvement in patients who prioritize the importance of mental and emotional development in the formation of a whole new individual. In this way, it is concluded that this third generation therapy (CA) provides instruments to the subject so that he, by himself, can face or modify what causes discomfort, The study demonstrated this therapy effectiveness on the subject. Likewise, the wide range of effects of this therapy, its impact and the possibility of development show that BA has become a favorable alternative for the treatment of psychological problems.

Keywords: Behavioral Activation Therapy (TAC), Depression, Cognitive Behavioral Techniques, Behavioral Activation (AC).

Translated by



Natalia Lituma Cabrera.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Abstract.....	IV
Introducción.....	1
Problemática.....	7
Capítulo I. Marco teórico.....	10
Envejecimiento.....	10
¿Qué es el envejecimiento?.....	10
Vejez.....	10
Envejecimiento normal y patológico.....	11
Deterioro y demencia.....	12
Cambios producidos por el proceso del envejecimiento.....	14
Depresión.....	15
Modelos de intervención para la depresión.....	17
Terapia Cognitivo Conductual.....	17
La terapia de resolución de problemas para la depresión.....	17
Intervención en grupo.....	17
La activación conductual (AC).....	18
Terapia de activación conductual para la depresión.....	20
Investigaciones al respecto.....	22
Terapia de grupo para el tratamiento de la depresión.....	22
Capítulo II. Metodología.....	24
Tipo de Estudio.....	24
Área de estudio.....	24
Participantes.....	24
Criterios de inclusión y exclusión.....	24

Criterios de inclusión	24
Criterios de exclusión	25
Instrumentos para la recolección de información.	25
Ficha sociodemográfica	25
Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage.....	25
Mini examen del estado mental (MMSE).....	26
Procedimientos, autorización y aspectos éticos.	26
Aplicación del tratamiento.....	27
Análisis de Datos	28
Capítulo III. Resultados	29
Reporte de resultados.....	30
Resultados del MMSE	30
Resultados de depresión obtenidos antes de la intervención terapéutica.....	31
Evaluación de Depresión posterior a la intervención	32
Capítulo IV. Intervención utilizando la Terapia de Activación Conductual	35
Sesiones 1 y 2.	37
Sesiones 3 y 4.	39
Sesiones 5 y 6.	39
Sesiones 7 y 8.	40
Sesión 9.....	41
Sesiones 10 y 11.	41
Sesión 12.....	42
Sesión 13.....	43
Sesión 14.....	43
Sesión 15.....	44
Capítulo V. Discusión y Conclusiones	46
Discusión	46
Conclusiones y recomendaciones	50
ANEXOS	52
Anexo 1. Ficha sociodemográfica	52

Anexo 2. Escala de Depresión Geriárica de Yesavage	54
Anexo 3. Mini examen del estado mental (MMSE)	56
Anexo 4. Consentimiento informado	59
Referencias bibliográficas.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1. Caracterización de la población.....	29
Tabla 2. Resultados del Minimental	31
Tabla 3. Diagnóstico de depresión según características sociodemográficas	32
Tabla 4. Diagnóstico de depresión según características sociodemográficas posterior a la intervención de la Terapia de Activación Conductual.....	33
Tabla 5. Reporte de objetivos y resultados esperados por sesión.....	35
Tabla 6. Prueba de t de student de los resultados de depresión antes y después de la intervención terapéutica.....	45

Introducción

La población adulta mayor comprende a aquellas personas que tienen 65 años o más y es considerado uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de depresión, tanto por el proceso de envejecimiento como la falta de cobertura de sus necesidades sociales, económicas, psicológicas, entre otras; factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor (Santisteban y Montenegro, 2016).

La etapa del adulto mayor se sitúa como la última de la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los individuos tienen como perspectiva el fin de su vida; en esta etapa ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia, la personalidad y de la cultura en la que se desenvuelvan (Alvarado y Salazar, 2014)).

las enfermedades adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad del sujeto (Papalia y Martorell, 2017).

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales; en lo que respecta al sistema nervioso, se produce una pérdida de conectividad nerviosa y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, caracterizada por una hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, tal capacidad está disminuida en la población anciana (Benavides, 2017).

Las modificaciones no sólo se presentan en torno a la salud y al aspecto físico del adulto mayor, también se dan en cuanto a la forma de cómo perciben y expresan sus emociones, así como el lugar que ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve, especialmente en el ámbito familiar y social (Papalia y Martorell, 2017).

Por esta razón, en la actualidad los estados depresivos constituyen uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, siendo un importante problema de salud pública, lo que representa un problema de índole económico, sanitario y de políticas públicas (Santisteban y Montenegro, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, siendo la depresión y la demencia son las enfermedades neuropsiquiátricas de mayor prevalencia en este sector poblacional. La población anciana en general está afectada con un 7% de la establecida depresión unipolar asimismo representa un 5,7% de quienes han experimentado un estado discapacitante.

Respecto a la etiopatogenia geriátrica de la depresión, es importante señalar que, los factores etiopatogénicos son de similitud y se circunscriben en tres frentes: factores neuroquímicos, genéticos y psicosociales. A pesar de que estos factores condicionan los trastornos anímicos en todos los grupos etarios, en este sector de la población los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales (Gómez, 2007).

A sí es que, al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, se destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida del estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia (Gómez, 2007).

La gran incidencia del desencadenamiento somático de las depresiones seniles es una variable que debe ser considerada con relevancia. Los principales factores precipitantes de carácter somático incluyen: los accidentes cerebrovasculares y los trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Alzheimer (Rodríguez, Sotolongo, Luberta, y Calvo, 2013). En las instituciones de atención primaria de salubridad, la depresión no se diagnostica ni se trata de una forma adecuada y seria, por lo que es habitual que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores no se tomen en cuenta o no lleguen a ser considerados para alojarlos dentro de un tratamiento integral y esto se da porque muchas veces se presentan simultáneamente con otras dificultades que advierten los ancianos como quejas somáticas o demenciales, por lo que con frecuencia la depresión en el longevo no es detectada, siendo un padecimiento potencialmente tratable (Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Chile, 2015).

Considerando que la depresión es un trastorno frecuente en la población de adultos mayores que tiene importantes repercusiones en el ámbito económico y sobre todo personal y familiar de quien lo padece; al no ser diagnosticada y tratada a tiempo, se aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad; por ello, es importante realizar estudios de cribado en las primeras etapas de la enfermedad, para así atender los síntomas de manera pronta y evitar complicaciones severas (Fernández-Vázquez, Dávila-Mendoza, Moreno-Castillo y González, 2008).

Por lo tanto, el reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos permite realizar el tratamiento adecuado oportunamente y, de esta manera, mejorar su calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia (Martínez, 2007). Esta tarea de reconocimiento temprano de los síntomas depresivos, debe estar también apoyada por la comunidad y el gobierno local, de tal manera que se puedan aplicar políticas sociales en beneficio de este sector vulnerable (Calderón, 2018).

Otro aspecto a considerar en conjunto con el diagnóstico temprano de la depresión es el hecho de establecer el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales; debido a que las intervenciones tienen que ir orientadas a prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad, lo cual será posible en los primeros estadios de la enfermedad (Sánchez, López, Calvo, Noriega, y López, 2009).

La Activación Conductual (AC) es una representación de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) utilizada principalmente para tratar la depresión, pero también para los trastornos del miedo y la ansiedad. (Barraca, 2016). Básicamente, la AC puede definirse como un tratamiento psicosocial, estructurado y breve, cimentado en cambios de comportamiento que pueden aliviar la depresión actual y prevenir recaídas futuras (Martell, Dimidjian, Herman-Dunn y Medina, 2013).

En la AC este conjunto de recursos tiene como objetivo fundamental reducir las conductas de evitación. Al mismo tiempo, la mejora de la tarea es optimizar activamente las conductas desencadenadas por la activación. El propósito es restaurar las actividades realizadas por los sujetos a aquellas que se pueden mejorar naturalmente sustancia, que es el verdadero objetivo del tratamiento (Martell et al., 2013).

Se considera que la AC es parte de la tercera generación de terapias cognitivo conductuales porque surge de una serie de análisis e investigaciones sobre la efectividad de varias formas de terapia cognitivo conductual (TCC) (Martell et al., 2013).

Por su parte, Pérez (2007) publica un artículo titulado: la AC y la Desmedicalización de la Depresión. En este artículo realiza una excelente revisión teórica de la propuesta de Martell, Addis y Jacobson (2002) acompañada de las implicaciones tanto epistemológicas como prácticas de esta alternativa de tratamiento para una de las primeras causas de morbilidad en el mundo. Es así que, la depresión es considerada como uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, debido a sus altas tasas de incidencia y prevalencia (Aguado, Silberman y Manrique, 2005).

Por lo que ha sido conveniente abordar esta problemática desde un enfoque psicoterapéutico como es la terapia de AC ya que ha resultado ser un tratamiento eficaz para la depresión, y a pesar de que es un tratamiento autónomo, también forma parte importante del modelo cognitivo conductual estándar para la depresión (Martell et al., 2013).

La terapia de AC, tiene como objetivo principal el de aumentar la activación y el compromiso en el entorno del paciente, esto quiere decir que enseña a utilizar principios de aprendizaje y refuerzo para que gradualmente la persona deprimida realice actividades que le impliquen placenteras, importantes, y que le brinden una sensación de bienestar sobre su vida (Barraca, 2016).

Para lograr este objetivo, la AC se concentra en los procesos que atenazan la activación, estos son los comportamientos de huida y evitación. Esto quiere decir que cuando una persona ante determinadas circunstancias en las que puede experimentar malestar, intenta alterar o controlar la frecuencia o la forma de tales experiencias, del contexto que las causa, adopta una estrategia de evitación que, a corto plazo, puede proporcionar alivio (Martell et al., 2013).

De este modo la funcionalidad de la persona en los distintos ámbitos de la vida queda afectada. Mientras evita experiencias, se está apartando de las condiciones de la vida que son relevantes para ella y, en consecuencia, de las propias contingencias en las que podría ocurrir el cambio. De manera que, no sólo aumenta su malestar, sino que entra en un bucle de evitación en el que queda enredada (Martell et al., 2013).

Es así que la AC se basa en el antecedente de que los problemas que ocurren en la vida de cada ser humano los hacen vulnerables y por ende reducen la capacidad de estos de experimentar la recompensa positiva de sus entornos, llegando a desencadenar los síntomas y las conductas que denominamos como depresión.

Mientras tanto para aliviar la depresión, la AC supone que se ha de ayudar a los pacientes a la hora de adoptar una conducta que en último término considerarán placentera o productiva, o que mejorará sus situaciones vitales de tal modo que proporcionen recompensas mayores alentando su compromiso con tareas que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas y reduciendo o eliminando las estrategias de evitación.

Por consiguiente la TAC ha adoptado diversas formas durante las cuatro últimas décadas y, en la actualidad es el centro de un renovado interés que hace eco de los resultados de la reciente investigación clínica. Además, este modelo terapéutico se centra en ayudar a las personas para que sean capaces de identificar por sí mismas los pensamientos y opiniones depresivas, y con ello logren valorar cómo esos pensamientos influyen en su bienestar; gracias a esta toma de conciencia, las personas por sí mismas podrán realizar cambios en dichos patrones de pensamiento (Martell et al., 2013).

Por ello he visto importante combinarla con la terapia de grupo ya que la utilidad de la AC grupal en el abordaje de la depresión, aplicada en formato grupal, permitiría una mayor difusión y rentabilidad, lo que la convertiría en una alternativa de tratamiento eficaz, para la depresión.

Por lo que el beneficio de la terapia de grupo se ve reflejada, en la propia relación con el terapeuta y el grupo, y que al relatar la persona sus problemas, se produce su primera exposición a las circunstancias provenientes de sus dificultades. En este proceso, no sólo se facilita la extinción de respuestas emocionales, sino también el aprendizaje de nuevas estrategias instruidas y modeladas por el terapeuta y resto de participantes, con lo que nuevamente se facilitaría que la persona se reoriente hacia otros ámbitos fuera del problema.

En síntesis la terapia grupal, es una opción efectiva para personas mayores de 65 años con trastornos de ansiedad o depresión; es efectiva en términos de costes y validada por la experiencia clínica y la evidencia científica, además de bien valorada por los pacientes y terapeutas (Correa-Palacio, 2016).

Ante estos argumentos ponemos a consideración de la colectividad el presente trabajo, cuya aplicación y difusión servirá de guía para nuevas investigaciones; además, con este aporte se deja sentado mis conocimientos adquiridos, para posteriores estudios. Esta investigación estuvo conformada por 12 pacientes ambulatorios que asistieron al centro gerontológico “Juan Pablo II”, el proceso de selección se realizó con base a criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Con todo lo señalado anteriormente, la presente investigación tiene como objetivo dar a conocer el impacto de la terapia de AC en la depresión en adultos mayores del Centro Gerontológico “Juan Pablo II” del cantón Sígsig. Al respecto fue un estudio de tipo cuasiexperimental para ello se utilizó el test de Yesavage y el Minimental, abordando el estudio con un total de 15 sesiones con una duración de 45 min cada una, obteniendo resultados favorables después de haber aplicado el post test (Yesavage), donde se demuestra la ausencia de sintomatología depresiva en los participantes.

Problemática

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017) en su *Informe sobre envejecimiento de la población mundial*, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, existen 810 millones de personas en el mundo mayores de esa edad, el envejecimiento de la población mundial es un fenómeno que marcará el siglo XXI.

El crecimiento de la población de adultos mayores implica necesariamente realizar cambios sociales, económicos y políticos; y parte de esos cambios recaen de manera importante en el sistema de salud, algunos no necesariamente requieren grandes inversiones en tecnología y dinero, sino un mayor énfasis en la prevención de patologías propias del adulto mayor y del manejo primario del concepto de anciano sano. En esta definición se incluyen la supervivencia hasta una edad determinada, autonomía de las actividades de la vida diaria, bienestar, participación social, no padecer enfermedades crónicas y no tener alteración funcional o cognitiva (Benavides, 2017).

En nuestro país, en el año 2013, se reportó la existencia de 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). En el año 2020 la tasa se ha incrementado y alcanza el 7,4% de la población. Para el año 2054, se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres.

Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020)

Para entender cómo viven los adultos mayores en el Ecuador, y comprender su realidad socioeconómica es necesario revisar la caracterización de esta población otorgada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2020):

- 45% viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (424.824 Adultos Mayores).
- El 42% vive en el sector rural (395.180 Adultos Mayores).
- 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo.
- 14,9% son víctimas de negligencia y abandono Plan Nacional del Buen Vivir

(PNBV).

- 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo.

La OMS (2017) asevera que cinco de las diez causas más importantes de discapacidad son actualmente mentales de tal manera se cree que la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad en el mundo para el 2020, con todos los datos mencionados anteriormente, los adultos mayores se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente al desencadenamiento de enfermedades mentales.

La depresión afecta al ser humano indistintamente de su edad; sin embargo, es un síndrome geriátrico común dado por su alta prevalencia e incidencia en el adulto mayor, que además exacerba limitaciones funcionales en esta población; hecho que exige al clínico un amplio conocimiento del tema para realizar diagnósticos tempranos, así como, poder identificar los posibles factores y riesgos asociados que pueden ocasionar esta enfermedad (Calderón, 2018). En este sentido, diversos estudios muestran que la prevalencia de síntomas depresivos entre la gente mayor en los países occidentales oscila entre el 6 y el 49% en individuos no institucionalizados (Rivera, Benito-León y Pazzi, 2015). Sin embargo, la existencia de idearios culturales tergiversados consideran la depresión en el adulto mayor como un factor propio de la edad (Chavarría, 2015).

Es común que los adultos mayores y sus familiares, no reporten sobre los síntomas depresivos, puesto que los atribuyen al mismo proceso de envejecimiento o enfermedades que padecen (Chavarría, 2015). Por esta razón, la depresión, al igual que la demencia, tiene una alta prevalencia en este grupo etario, en Ecuador alcanzó el 39% según la encuesta de *Salud, Bienestar y Envejecimiento* (SABE) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013).

Es así como se refleja la necesidad de la aplicación de técnicas de intervención terapéutica validadas que permitan asegurar el tratamiento integral que mejore la sintomatología en estos pacientes en los que son comunes los sentimientos de desesperanza y abandono.

En tal sentido la terapia de AC puede ayudar a las personas a reconocer situaciones y patrones de comportamiento que siguen siendo incómodos, como la evitación (contemplación, abandono de actividades, etc.), y a jugar un papel activo en el proceso de

cambio, adaptándose a las actividades, experiencias y situaciones que se fortalecen a través de sus propios efectos.

Esto, junto con la mejor relación costo-beneficio de aplicar en grupo, se convierte en un tratamiento particularmente útil y eficaz para la depresión. Al mismo tiempo, la terapia de grupo se enfoca en las interacciones que ocurren en el grupo, lo que se convierte en un espacio para resolver el problema de cada paciente y por efecto encontrar una solución.

Por tanto, el objetivo principal es convertir al grupo en el órgano principal para promover los cambios necesarios. La terapia de grupo es tan eficaz porque las personas sienten que no están solas atravesando su dificultad, es así que la TG fomenta a que salgan de su entorno haciéndolos conscientes de que los demás también están cruzando por dificultades, volviéndolos más empáticos, el aislamiento al que entraron muchas personas se rompe. Por otro lado, la posibilidad de compartir sus emociones y pensamientos sin preocuparse por las críticas promoverá un alto nivel de cohesión en el grupo, dando lugar a cambios psicológicos más estables a lo largo del tiempo. Por consiguiente esta investigación identificará el impacto de la TAC.

Capítulo I. Marco teórico

Envejecimiento

En el este capítulo se abordan las cuestiones teóricas sobre las que se sustenta el presente proyecto de investigación. Se realiza una revisión a cerca de qué es el envejecimiento, se analiza el constructo de la vejez y de los cambios producidos por el proceso del envejecimiento.

¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento o senescencia es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él (Alvarado y Salazar, 2014).

Castanedo, García, Noriega y Quintanilla (2007) afirman que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida, es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios, son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales; y definen a las personas cuando ya están mayores, éste proceso debe ser considerado como natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos, sino como una etapa de la vida apta para crecer y continuar aprendiendo (Alvarado y Salazar, 2014).

Envejecer no es sinónimo de enfermedad o discapacidad, pero es una etapa de la vida que ha sido cargada de preconceptos sociales que de alguna manera afectan a las personas mayores (Sosa, 2016).

Vejez

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados (Alvarado y Salazar, 2014).

Manosevitz (1985) analiza la teoría del desarrollo de Erickson, quien plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, desde esta perspectiva teórica, ésta es una de las ocho etapas del ciclo vital, en su teoría psicosocial, describe los conflictos en el desarrollo de la vida de una persona a través de ocho etapas. Erikson (2000) señala que la resolución positiva de cada etapa es de primordial importancia para poder acceder a las etapas siguientes; indica que el conflicto propicia el paso de una etapa a otra superior, si esa "crisis" no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades.

En la última etapa de la vida, la crisis es de la de integridad del yo frente a la desesperación, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte (Erikson, 2000; Manosevitz, 1985; Sosa, 2016).

Durante este último período se analizan los estadios anteriores, metas, objetivos fijados, alcanzados y no logrados, etc. El individuo entra así en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio (sabiduría), que según Erikson(2000) muy pocos individuos llegan a experimentar del todo.

La OMS (2015) define a la vejez como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.

Envejecimiento normal y patológico

Desde un punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico” que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos, por tanto se expone que el envejecimiento normal es aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, le permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea. La fisiología está enfocada a la estructura y función de los sistemas biológicos corporales (Caballero, 1997).

El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico (Timiras, 1997).

Con demasiada frecuencia se confunde la senescencia o envejecimiento mental normal, con la senilidad, que es un envejecimiento patológico; es decir, que excede a la involución propia de la edad y que por razones genéticas, y aun hereditarias lleva al deterioro intelectual y a la demencia.

Tanto uno como otro (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes) hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas (Caballero, 1997).

Deterioro y demencia

Tanto el deterioro como la demencia configuran síndromes psicopatológicos suficientemente definidos y que permiten un diagnóstico diferencial.

El “Síndrome de Deterioro” se refiere a un déficit significativo de los rendimientos intelectuales, mayor que el esperado para la edad y que por lo mismo es sintomático de una patología cerebral. Pero el elemento central del síndrome es la conservación de la autocrítica y el hecho de que el compromiso psicoorgánico no altera ni la normalidad del juicio ni la comprensión de la realidad.

El Síndrome Demencial, en cambio, se caracteriza por la pérdida de la autocrítica, apareciendo sin conciencia de enfermedad ideas y comportamientos insensatos que revelan el profundo compromiso del juicio y de la comprensión de la realidad.

La demencia, entonces, no es sólo un grado mayor de déficit intelectual sino una especie de “insuficiencia de la mente” que se sobrepone al deterioro, interrumpiendo la continuidad de la existencia al perderse lo más privativo de lo personal: la capacidad de tomar decisiones libres y responsables, que se traduce en la pérdida de los hábitos sociales, en el descontrol de los impulsos instintivos y en la inadecuación interpersonal, en el quiebre de la autocrítica,

desapareciendo la conciencia de defecto y de enfermedad, esta pérdida de la autocrítica que es lo definitorio de la demencia es decir los enfermos deteriorados se muestran inseguros y vacilantes y se quejan de su falta de concentración y de memoria que les dificulta las tareas cotidianas. Los dementes, en cambio, ya no tienen quejas y muestran una actitud de ingenua autocomplacencia, si se los interroga por su memoria, dirán que está perfecta, aunque olviden de inmediato lo que se les ha preguntado (Peña, 2012).

Para Widlocher (2002), la depresión es una alteración del estado de ánimo que suele cursar con sintomatología de tipo cognitivo, afectando mayoritariamente las funciones atencionales y mnésicas. En especial, la depresión en los ancianos suele ir acompañada de quejas subjetivas de trastornos mentales, lo que a menudo conduce a confusión y a la necesidad de análisis neuropsicológicos cuidadosos. Aun así, en algunas ocasiones el profesional debe esperar y observar la evolución de los déficits cognitivos, la remisión de los cuales le hará pensar en una patología afectiva subyacente. La mayoría de casos han sido reportados mediante estudios retrospectivos y han dado especial énfasis a la remisión de la patología cognitiva después del tratamiento antidepresivo (Dechent, 2008).

El término pseudodemencia depresiva puede conducir a error, sobretodo cuando los conceptos de irreversibilidad y progresividad ya no son necesarios para el diagnóstico de demencia, y postulan que una vez realizado el diagnóstico diferencial entre ambos síndromes, debe asignarse simplemente el término de trastorno depresivo primario y de deterioro cognitivo asociado a la depresión y riesgo de demencia (Tobe, 2012).

El deterioro cognitivo asociado a la depresión es más compatible con el patrón subcortical, el cual incluye enlentecimiento cognitivo, problemas atencionales y mnésicos, disminución de los impulsos motivacionales con una marcada apatía (Kobayashi y Kato, 2011).

Diversos trabajos apuntan que la depresión es el mejor predictor de la percepción de problemas de memoria (Airaksinen, Larsson, Lundberg, y Forsell, 2004; Kobayashi y Kato, 2011), al respecto, también se ha establecido que un bajo nivel de estudios es un factor de riesgo para la presencia de la depresión en la edad adulta y la vejez (Calderón, 2018).

Por el contrario las alteraciones cognitivas constituirían, según diversos autores, una parte nuclear del trastorno depresivo mayor (TDM) (Airaksinen et al., 2004; Kobayashi y Kato, 2011; Rock, Roiser, Riedel, y Blackwell, 2014). En las clasificaciones diagnósticas de

trastornos mentales, como en el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2017), las alteraciones cognitivas forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, estando uno de ellos la disminución de la concentración, de la capacidad para pensar y de la toma de decisiones, esta falta de concentración da como resultado alteraciones en la atención, memoria, funciones ejecutivas y funciones superiores.

Los síntomas cognitivos, derivados de alteraciones en alguna de las funciones cognitivas, constituyen una característica central y nuclear de los trastornos afectivos depresivos. Como se mencionó anteriormente, las investigaciones en este ámbito se han multiplicado en los últimos años (Rock et al., 2014); a pesar de las dificultades en una adecuada evaluación neuropsicológica y a la variabilidad de las medidas de evaluación utilizadas. Por otro lado, considerando las conclusiones de Roca et al. (2015), con los datos actualmente disponibles dentro del quehacer clínico, resulta complejo inferir si las alteraciones detectadas son el resultado de disfunciones específicas o fruto de déficits cognitivos de dominios amplios.

Cambios producidos por el proceso del envejecimiento.

Con el envejecimiento se presentan cambios a nivel cerebral de forma normal, estos cambios son morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal; algunos de los cambios morfológicos que se presentan son: i) pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; ii) disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, además de cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen en número y tamaño; iii) disminución en neurotransmisores y del número de receptores sobre todo en enfermedades neurodegenerativas, sumado a ello existe disminución del flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno. En términos generales, con todos estos cambios morfológicos, alrededor de los 60 años una persona presenta disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática, eficiencia y rapidez de análisis (Sosa, 2016).

Depresión

Este apartado tiene como fin presentar una explicación de la depresión en general y de la depresión en el adulto mayor en particular. Todos estos conceptos nos permitirán acercarnos hacia una concepción más clara de sobre la problemática planteada en el presente proyecto de investigación.

La depresión es conceptualizada como un trastorno que se caracteriza por apatía y pensamiento lento, que puede acompañarse de síntomas de retraso psicomotor, y que incluyen la pérdida de interés por realizar actividades habituales. La depresión además es entendida con diferentes matices y varía su nomenclatura en función de la intensidad y de las particularidades que presente cada persona, además se diferencian por la duración la presentación temporal o la supuesta etiología; por ello es que es concebido como *trastornos depresivos*, forman parte de este conjunto de enfermedades mentales el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, entre otros. El rasgo común de todos ellos es la presencia de estado de ánimo triste, vacío o irritable, a ello se suma, cambios somáticos y cognitivos que alteran de manera significativa a la capacidad funcional del individuo (American Psychiatric Association, 2017).

Por otro lado, junto con el envejecimiento, las funciones fisiológicas y psicológicas de los adultos mayores tienden a debilitarse; los órganos sensoriales y el sistema nervioso son los entes físicos involucrados en actividades psicológicas como la percepción, afectividad, funciones cognitivas, entre otros, y experimentan cambios degenerativos que alteran tanto la dimensión fisiológica como afectiva (Tseng, Cullum, y Zhang, 2014). La depresión en el adulto mayor tiene características particulares que se encuentran condicionadas por las situaciones de vida estresantes como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, cambios del nivel socioeconómico, entre otros. El ser humano cuando alcanza la etapa del envejecimiento, se enfrenta a la pérdida de seres queridos y, a su vez, de afrontar el advenimiento de la propia muerte. Todos ellos son factores que pueden facilitar una reacción depresiva (Rivera et al., 2015).

Las características de la depresión en el adulto mayor se circunscriben a la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, dando paso a un espectro de diferentes niveles de severidad, múltiples impactos sobre la calidad de vida, comorbilidades y la ideación suicida es evidente (Calderón, 2018). Para Beck (2008), el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; ésta quedaba plasmada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas; según este autor, las personas que se deprimen poseen cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro).

Ferster (1973) desde la misma postura teórica de Beck (2008) postuló que la depresión se caracteriza por una reducción de determinados tipos de actividad y por el incremento de otros. En particular, se interesó por el incremento de las conductas de huida y evitación y, como resultado, sugirió que los individuos depresivos recibían menos recompensas por sus actividades.

En síntesis, la depresión es un trastorno del estado de ánimo con una duración superior a dos semanas con síntomas anímicos, somáticos, cognitivos y conductuales. En el adulto mayor se cimenta con las características propias del envejecimiento y se ve influenciado por el hecho de que las funciones fisiológicas y psicológicas tienden a debilitarse, sumado a ello, los adultos mayores deben enfrentarse a múltiples y simultáneas pérdidas, al empeoramiento de la salud física, al cambio de rol social/ocupacional; además, ocasionalmente, a un cambio en el nivel socioeconómico y, a su vez, de afrontar el advenimiento de la propia muerte. Todos ellos son factores que pueden facilitar una reacción depresiva. Este patrón de cognición y comportamiento se considera la interacción entre la situación y el comportamiento humano. Por lo tanto, en lugar de comprender el contenido y la forma de los pensamientos o emociones deprimidas, es interesante comprender sus funciones y determinar cuáles son las consecuencias inmediatas de la conducta.

Modelos de intervención para la depresión

Terapia Cognitivo Conductual

La teoría cognitivo conductual es una de las corrientes psicológicas que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Timms, 2009).

En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales (Contreras y Oblitas, 2005).

Driessen y Hollon (2010) han demostrado que la TCC para la depresión tiene efectos a largo plazo para la prevención de recaídas especialmente comparándola el tratamiento farmacológico. Los datos de este estudio sugieren la posibilidad de desarrollar una terapia de mantenimiento que podría servir para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno.

La terapia de resolución de problemas para la depresión.

Esta propuesta terapéutica, no solamente enseña a los pacientes a resolver problemas, sino que su eficacia reside en cambiar la forma en la que se enfrentan a los problemas, considerándolos como un reto y una posibilidad de mejorar, en lugar de hechos sobre los que no se tiene demasiado control y hay que soportarlos. Por lo tanto, un componente nuclear de este modelo es promover que el paciente sea capaz de discernir la diferencia entre los hechos controlables y aquellos que quedan fuera del control. Al igual que el modelo señalado anteriormente, un componente de esta terapia es promover en el paciente la capacidad de activarse y actuar para conseguir sus objetivos (Vázquez, 2002).

Intervención en grupo.

Esta modalidad de tratamiento se puede llevar a cabo cuando se cuenta con varias personas que presentan problemas similares (p.ej., trastorno de pánico) o tengan un objetivo común

(p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características diagnósticas no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de éste. Siempre que sea posible, es recomendable conducir un tratamiento en grupo, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. Entre las que destacan: i) el hecho de descubrir que los problemas no son únicos, ii) mayores expectativas de mejora, iii) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, iv) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, v) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros (Bados, 2008).

La activación conductual (AC).

La AC propuesta por Jacobson, Martell y Dimidjian (2001) es una extensión de la propuesta terapéutica de Beck (2008). Este tratamiento, forma parte de las intervenciones breves y está estructurado para la depresión con el objetivo de que los pacientes logren activarse para aumentar así las experiencias gratificantes en sus vidas. Para conseguir este fin, la AC se enfoca en los procesos que están reprimiendo la activación, como las conductas de huida y evitación. La AC se basa en la premisa de que los problemas en las vidas de individuos vulnerables reducen su capacidad de experimentar la recompensa positiva de sus entornos, y desencadenan los síntomas y las conductas que clasificamos como depresión. Para aliviar la depresión, la AC ayuda a que a los clientes adopten una conducta que en último término considerarán placentera o productiva, o que mejorará sus situaciones vitales de tal modo que proporcionen recompensas mayores.

La terapia de AC se crea a partir de piezas terapéuticas, previamente utilizadas y desarrolladas para tratar la depresión; su concepto y evaluación de la experiencia la han posicionado como el tratamiento de primera línea y brindan apoyo empírico para el tratamiento de la depresión, (Mazzucchelli, Kane, y Rees, 2009; Sturmey, 2009).

Historia

Ferster (1973) Publicó un artículo importante para guiar la intervención conductual para la depresión. A través de este análisis funcional, explicó el estado depresivo causado por la disminución de la capacidad de refuerzo positivo debido a la falta de conductas adaptativas.

A través de la percepción de consecuencias conductuales aversivas, los sujetos comenzaron a actuar de acuerdo con el paradigma escape / evitación, prestaba más atención a su situación y reducía aún más el alcance de la reacción.

Más tarde, la contribución de Ferster fue recibida por Lewinsohn (1974), quién parte de un riguroso análisis conductual. Aunque los dos autores básicamente hicieron argumentos similares, para este último, la disminución en la tasa de refuerzo positivo ocasional es la piedra angular de la depresión, pero insiste en que esta reducción está relacionada tanto con el número de potenciadores disponibles en el entorno como con las operantes que el paciente era capaz de formular para alcanzarlos.

Además, Lewinsohn y Graf (1973) agregaron que evitar la interacción social es el factor más relevante para resolver esta situación, y propusieron programar actividades placenteras y capacitación en habilidades sociales para incrementar el número de reforzadores positivos contingentes. Estas aseveraciones se reafirmaron con la investigación previa de Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979). Mientras que se formalizaban estos abordajes, Beck, Steer y Carbin (1988) presentaba su terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, este poderoso modelo tiene una fuerte vitalidad científica, sus buenos resultados empíricos y su accesibilidad para el agrupado de psicólogos clínicos favorecieron la integración de estrategias cognitivas en la terapia de filo conductual.

El objetivo de la terapia era agrupar los aspectos positivos de cada tipo de terapia, para producir un mayor efecto en la persona con depresión. Así fue como, eventualmente se reconoció que, tanto el aspecto cognitivo como conductual era esenciales para lograr la estrategia necesaria para lograr el cambio (Salguero, Extremera, y Fernández-Berrocal, 2012).

En las décadas de 1980 y 1990, se creía que la terapia que combinaba estrategias cognitivas y conductuales eran la psicoterapia de primera elección para los pacientes con

depresión, es así que durante mucho tiempo se pensó que un tratamiento combinado de técnicas conductuales y las cognitivas, junto con el acompañamiento de antidepresivos en los casos más severos reflejaba la mejor opción, que la clínica actual podría ofrecer ante la depresión (Barraca, 2009).

La terapia de AC reflejó ser el mejor tratamiento para los pacientes con depresión mayor, porque los pacientes con AC tenían una tasa de abandono más baja y, por lo tanto, una tasa de recurrencia también baja. Además, estos resultados se mantuvieron después de dos años de seguimiento. (Pérez y Barraca, 2015).

Actualmente, existen dos modelos de terapia según Bianchi y Muñoz (2014), siendo estos la propuesta de AC de Jacobson et al. (2001); y el Tratamiento de AC Breve para Depresión (TACBD) de Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil (2001).

La AC siguió el método original de Jacobson et al. (2001), el modelo se desarrolló a partir del componente de planificación de actividades y utiliza las llamadas estrategias conductuales de la terapia cognitivo conductual, tales como monitoreo, estructuración y programación de actividades (Bianchi y Muñoz, 2014).

En definitiva, este tratamiento se dirige a “activar” a la persona deprimida utilizando principios de aprendizaje y refuerzo para que paulatinamente realice actividades que le resulten placenteras, importantes, o que le brinden una sensación de dominio sobre su vida, y de esa manera se rompe el circuito de “tristeza-inacción-tristeza-inacción”. Esta es precisamente la propuesta que hace la AC (Jacobson et al., 2001).

Terapia de activación conductual para la depresión

La AC es un tratamiento estructurado breve para la depresión de cualquier gravedad. Se basa en la teoría del aprendizaje y la investigación de Ferster (1973), Lewinsohn y Graf (1973), y Beck (2008).

La relevancia actual de la AC proviene principalmente de un ensayo clínico (*estudio de Seattle*) en el que se comparó la eficacia de la terapia de AC con la terapia cognitiva y la farmacoterapia (paroxetina). El propósito de este estudio es verificar algunos de los estudios previos, estos estudios apuntaban que la psicoterapia no es efectiva para pacientes con depresión moderada o severa. Los resultados de la prueba muestran que a corto plazo, incluso

en los casos más graves, la AC es tan eficaz como la terapia con medicamentos y es superior a la terapia cognitiva en tales casos. A largo plazo, los pacientes que reciben tratamiento con AC tienen una tasa de recurrencia más baja que los pacientes que reciben tratamiento farmacológico. Una gran cantidad de estudios de seguimiento confirmaron estos resultados (Barraca, 2016).

La AC se establece con base en la teoría del aprendizaje y el funcionalismo contextual, no solo implica programar eventos agradables o satisfactorios (como en la primera etapa de la terapia cognitiva). No se centra en las causas internas de la depresión, como pensamientos, conflictos internos o disfunción serotoninérgica. Se enfatiza el evento completo y las variables que pueden influir en la ocurrencia de respuestas inútiles (comportamientos obvios y procesos cognitivos). La contextualización significa un enfoque pragmático que se enfoca en predecir y mantener los factores de reacciones indefensas que son los factores que impiden que las personas logren sus metas (Veale, 2008).

La AC puede definirse como un método de tratamiento estructurado, que es cuidadoso en su aplicación, con una teoría fuertemente fundamentada y ha sido bien establecido como un método de tratamiento con un enérgico apoyo empírico para el tratamiento de la depresión (Barraca, 2016).

No obstante, si se tiene en cuenta la duración de la intervención y el número de estrategias adoptadas, la gravedad de los cuadros en que ha tenido éxito, el rango de cambio en las puntuaciones de los cuestionarios psicométricos más contrapuestos, la deserción de reincidencias después de dos años de tratamiento, el abandono de antidepresivos y la firmeza metodológica de los ensayos clínicos presentados como evidencia, la AC se puntúa como la opción terapéutica que brinda más ventajas para el clínico y el paciente (Barraca, 2016).

La AC busca ayudar a las personas a comprender las causas ambientales fundamentales de su depresión e identificar comportamientos que mantienen o empeoran la misma (Barraca, 2016).

Es un tratamiento autónomo, pero también es una parte importante de un tratamiento cognitivo-conductual estándar para la depresión (Martell et al., 2013)

Investigaciones al respecto

Lejuez et al. (2001) llevaron un estudio para un tratamiento con AC breve y con 25 individuos deprimidos internados en un hospital psiquiátrico. La depresión se evaluó con el Inventario de Beck para Depresión (BDI). El BDI se repitió post-tratamiento, 14 días después. Los pacientes fueron instaurados aleatoriamente para recibir AC breve o tratamiento de apoyo proporcionado por el hospital, los datos mostraron que las personas en el grupo de AC breve habían mejorado significativamente los puntajes del BDI al comparar el pre-test con el post-test y también comparados con aquellos que recibieron el tratamiento estándar de apoyo. Además, los efectos fueron más duraderos en el grupo de AC breve.

Basado en otra investigación sobre tratamientos formales para la depresión, la AC se enfoca en organizar actividades para alentar a los pacientes a participar en actividades que evitan y analizar una forma de evitación funcional de los procesos cognitivos (como la rumiación) (Veale, 2008).

Agregando a lo anteriormente mencionado; como tratamiento formal para la depresión, la AC permite a los pacientes repensar sus valores y objetivos de vida. En comparación con la TCC tradicional, la principal ventaja de la AC es que la depresión es fácil de orientar y puede utilizarse en pacientes ambulatorios y hospitalizados. (Veale, 2008).

Es así que para el tratamiento de la Depresión Mayor, la terapia de AC es una intervención eficaz que ha surgido en los últimos años. A través del análisis de los componentes de la TCC, proporciona una explicación única y simplificada de los componentes activos de la TCC y, al mismo tiempo, demuestra la eficacia clínica como forma de tratamiento independiente (Veale, 2008).

Terapia de grupo para el tratamiento de la depresión.

La terapia grupal inició en el 1905 con el médico internista Joseph Pratt el utilizaba el método educativo inspiracional para llevar a término encuentros terapéuticos con enfermos de tuberculosis (Colli & Lorenzo, 2004).

Es así que la terapia de grupo como una modalidad de tratamiento para los adultos mayores fue descrita por primera vez en 1950, con grupos que se enfocaban en la motivación, la

educación y dar apoyo. Desde entonces, se han desarrollado numerosos tipos de grupos basados en necesidades específicas para los adultos mayores con dificultades psiquiátricas. El trastorno donde más se ha comprobado su eficacia es en depresión, donde los expertos describen que la mayoría de los pacientes pueden alcanzar sus objetivos terapéuticos (Correa, 2016).

La terapia de grupo ofrece interacciones entre pares que pueden mejorar el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Provee apoyo y retroalimentación de personas que están lidiando con síntomas similares específicos de la edad, como pérdidas en las relaciones sociales, duelo, soledad, adaptación a enfermedades físicas o mentales, aumento de la dependencia y afrontamiento de la idea de la muerte de manera más próxima. El grupo ayuda con la aceptación y la normalización dando apoyo y sentido de pertenencia también ofrece la oportunidad de ser altruista y sentirse útil, y de manera colaborativa encontrar alternativas a las estrategias de afrontamiento que no están funcionando (Correa, 2016).

La terapia de grupal es una opción efectiva para personas mayores de 65 años con trastornos de ansiedad o depresión. Es efectiva en términos de costes y validada por la experiencia clínica y la evidencia científica, además de bien valorada por los pacientes y terapeutas (Correa, 2016).

Tras haber detallado las características conceptuales de la terapia de AC y las estrategias para aplicarla, el objetivo general de esta investigación es conocer el impacto de la terapia de AC en la depresión de los adultos mayores del centro gerontológico Juan Pablo II.

Capítulo II. Metodología

Tipo de Estudio.

La investigación fue de tipo cuasi experimental prueba pre y post test, se desarrolló bajo criterios descriptivos, los participantes fueron seleccionados en base de distintos criterios de inclusión y exclusión.

Área de estudio.

La investigación se llevó a cabo en el centro Gerontológico “Juan Pablo II” del cantón Sígsig de la provincia del Azuay, la institución tiene 33 años de funcionamiento y está enfocada en mejorar la calidad de vida de los usuarios en el ámbito personal, familiar y social mediante su cuidado integral, además, que permite prevalecer los derechos fundamentales del adulto mayor.

Participantes.

El universo de estudio estuvo conformado por 12 pacientes ambulatorios que asistieron al centro gerontológico “Juan Pablo II”, el proceso de selección se realizó tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Todos aquellos que tengan un diagnóstico previo al diagnóstico de depresión leve y moderada.

Hombres y mujeres entre 65 y 85 años que asisten al centro gerontológico Juan Pablo Segundo.

- Rango de edad de 65 a 85 años.
- Usuarios ambulatorios asistan en el mes de diciembre, enero y febrero.

- Pacientes que presenten depresión leve y moderada.
- Usuarios que no presenten pseudo demencia.
- Predisposición para acudir a terapia.

Criterios de exclusión

- Usuarios que no presenten sintomatología depresiva.
- Usuarios que presenten pseudo demencia.
- Usuarios con poca disposición a terapia.

Instrumentos para la recolección de información.

Ficha sociodemográfica

Edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, con quién convive, nivel de educación (Anexo 1).

Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage

Se centra en aspectos cognitivos conductuales relacionados a depresión, consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, de estas 10 están planteadas en sentido negativo y 5 en sentido positivo, se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo, el puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

Cuando se evaluó mediante criterios de diagnóstico, la sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89%. La consulta y la investigación clínica respaldan la eficacia y fiabilidad de esta herramienta. En un estudio de validación que comparó cuestionarios GDS a corto y largo plazo para la autoevaluación de síntomas depresivos, ambos lograron el objetivo de distinguir entre adultos deprimidos y no deprimidos, y la correlación fue alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Yesavage et al., 1982) (Anexo 2).

Mini examen del estado mental (MMSE)

El Mini Mental State Examination (MMSE) fue desarrollado por Folstein, Folstein y McHugh (1975). Es una herramienta práctica para detectar el deterioro cognitivo. Es una de las herramientas más utilizadas en las pruebas de evaluación del estado cognitivo y las pruebas de tamizaje para la detección de demencia. La prueba tiene un puntaje total de 30 puntos en ítems que evalúan el rendimiento en orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. La calificación se obtiene sumando los puntajes asignados en cada ítem (Lobo, Escobar, Ezquerro y Seva, 1979). Evidencias de la validez convergente del MMSE fueron estimadas a partir de correlaciones con *The Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination (CAMCOG)* (Llinás, Villalta, & López-Pousa, 1991), esperando correlaciones positivas entre los puntajes de ambas escalas ya que miden dimensiones similares. Efectivamente el puntaje total del MMSE estuvo positivamente correlacionado con el puntaje total en el CAMCOG ($r = .40$, $p < .001$). Estos resultados confirman que el MMSE es un instrumento para discriminar entre personas con deterioro cognitivo y personas sanas (Ramírez, Moncada, & Baptista, 2011) (Anexo 3).

Procedimientos, autorización y aspectos éticos.

Previo al inicio de la investigación se solicitó a los usuarios del centro gerontológico que formaron parte del tratamiento que firmen un consentimiento (Anexo 4) en el cual se dio a conocer los objetivos del estudio, los beneficios de este y cómo será su participación, además se dio realce a la confidencialidad de la información personal.

Este estudio estuvo conformado por cuatro momentos clave. En primera instancia se determinó la presencia o no de deterioro cognitivo en el grupo de participantes. Una vez conocida esta realidad, se aplicó el Cuestionario de Depresión de Yesavage, se realizó la intervención terapéutica y se aplicó nuevamente el cuestionario para evaluar si los pacientes mejoraron su condición depresiva.

Aplicación del tratamiento.

El tratamiento que se implementó fue de Terapia de AC a los pacientes seleccionados bajos los criterios de inclusión y exclusión.

Los diez principios o pasos fundamentales de la AC según Martell et al. (2002) son los siguientes:

Principio 1. El punto clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en mostrarles y ayudarles a cambiar lo que están haciendo.

Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

Principio 7. Actuar como un entrenador.

Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.

Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!

Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

Los principios antes mencionados describen las directrices básicas de la terapia de AC. Los terapeutas de AC suscriben firmemente el principio según el cual el cambio en lo que hacen los clientes tendrá un impacto positivo en sus sentimientos. La terapia se centra en entender qué patrones mantienen la depresión y qué áreas de cambio mejorarán probablemente el estado anímico del cliente, para pasar a continuación, de manera repetida y persistente, a realizar cambios en esas áreas.

Se considera que la AC es el tratamiento de primera línea respaldado por la experiencia en el tratamiento de la depresión, comparable o mejor que la TCC y el tratamiento antidepresivo. (Martell et al., 2013)

Análisis de Datos

Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS. Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables de estudio. Luego se realizó una prueba estadística “t de student” para identificar el impacto de la intervención.

Capítulo III. Resultados

En la Tabla 1 se presenta la caracterización de la población. En este estudio participaron 12 personas adultas mayores, que asistieron con regularidad al Centro Gerontológico Diurno Juan Pablo II, ubicado en el cantón Sígsig de la provincia del Azuay. De los 12 participantes el 58,3% (n=7) fueron mujeres, la edad promedio fue de 79,62 años con una DS = 5,62 años; ubicándose más de la mitad (58,3%, n=7) en el rango de entre 80 y 85 años. Todos los participantes tienen un grado de escolaridad que corresponde a la educación básica incompleta. El 66,7% (n=8) son viudos/as y el mismo porcentaje viven solos. Las actividades a las que se dedican primordialmente radican en la agricultura (41,7% n=5) y la toquillería (33,3% n=4).

Tabla 1. Caracterización de la población

Variable sociodemográfica	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	5	41,7
Mujer	7	58,3
Edad		
69-74	3	25
75-79	2	16,7
80-85	7	58,3
Años de estudio		
Educación básica incompleta	12	100
Estado civil		
Soltero/a	1	8,3
Casado/a	2	16,7
Separado/a	1	8,3
Viudo/a	8	66,7

Convivencia

Vive con sus padres	2	16,7
Vive con su pareja	2	16,7
Vive solo	8	66,7

Ocupación

Ama de casa	3	25
Agricultor	5	41,7
Toquillero/a	4	33,3

Reporte de resultados

Este estudio estuvo conformado por cuatro momentos clave. En primera instancia se determinó la presencia o no de deterioro cognitivo en el grupo de participantes. Una vez conocida esta realidad, se aplicó el Cuestionario de Depresión de Yesavage, se realizó la intervención terapéutica y se aplicó nuevamente el cuestionario para evaluar si los pacientes mejoraron su condición depresiva.

Resultados del MMSE

El Minimental, como instrumento de tamizaje, permite al personal clínico identificar la presencia de los primeros síntomas del declive cognitivo en adultos. 7 de los 12 participantes en este estudio, adultos mayores que acuden a un centro de cuidado para el adulto mayor, obtuvieron puntuaciones que reflejan la presencia de Deterioro Cognitivo Leve, es decir, a pesar de que sus primeros síntomas de pérdida de memoria aparecen, éstos no intervienen de manera clínicamente significativa en el desarrollo adecuado de sus actividades; más bien, las dificultades empiezan a ser notorias en el momento de la comunicación, debido a que olvidan

palabras fácilmente lo que impide el desarrollo de una comunicación fluida; los olvidos espontáneos, se centran en la falta de recuerdo por acudir a citas previamente programadas, o de objetos de uso habitual (Torellas y Sánchez, 2011).

Tabla 2. Resultados del Minimental

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sin deterioro	1	8,3
Sospecha patológica o posible deterioro	4	33,3
Deterioro Cognitivo Leve a Moderado	7	58,3

Resultados de depresión obtenidos antes de la intervención terapéutica

De las 12 personas que formaron parte de este estudio, se encontró que 11 de ellas tienen una probable depresión, y hay una persona que registra una depresión establecida; ésta es mujer, oscila entre los 80 y 85 años de edad, su nivel de escolaridad es bajo, al igual que el resto de participantes, está casada, vive con su pareja y es ama de casa.

Por otro lado, como se aprecia en la Tabla 2, las personas que obtuvieron un puntaje que permite establecer una probable depresión, tienen las siguientes características: seis de ellas son mujeres, la mitad de los participantes tiene más de 80 años, 8 son viudos/as, y en el mismo número viven solas, cinco de ellas se dedican a la agricultura como actividad principal, dos a ser amas de casa y el resto se dedican a tejer con paja toquilla.

Tabla 3. Diagnóstico de depresión según características sociodemográficas

Variable sociodemográfica		Probable depresión	Depresión establecida
Sexo			
Hombre		5	0
Mujer		6	1
Edad			
69-74		3	0
75-79		2	0
80-85		6	1
Años de estudio			
Educación	básica incompleta	11	1
Estado civil			
Soltero/a		1	0
Casado/a		1	1
Separado/a		1	0
Viudo/a		8	0
Convivencia			
Vive con sus padres		2	0
Vive con su pareja		1	1
Vive solo		8	0
Ocupación			
Ama de casa		2	1
Agricultor		5	0
Toquillero/a		4	0

Evaluación de depresión posterior a la intervención

A continuación, se presentan los resultados de depresión geriátrica obtenidos tras las sesiones de intervención que fueron realizadas, mismas que son descritas de manera detallada en el capítulo siguiente.

Una vez que se realizaron las 15 sesiones correspondientes a la Terapia de Activación Conductual, mismas que fueron ejecutadas en grupo, se obtuvo como resultado la ausencia de síntomas depresivos en todos los participantes (ver Tabla 4).

Esto es el reflejo, en primer lugar, del compromiso adquirido de los pacientes por mejorar su estado de salud mental, a más de ello este modelo terapéutico ayuda a las personas a la comprensión de las fuentes ambientales de la depresión, hecho que se evidencia porque los participantes, en general, pasan solos; en este sentido, se orientó a las personas a buscar a sus redes de apoyo social, realizar actividades placenteras y a tener contacto con amigos y vecinos cercanos. Con todo ello, se presenta resultados favorables de la intervención terapéutica.

Tabla 4. Diagnóstico de depresión según características sociodemográficas posterior a la intervención de la Terapia de Activación Conductual

Variable sociodemográfica	Ausencia de depresión
Sexo	
Hombre	5
Mujer	7
Edad	
69-74	3
75-79	2
80-85	7
Años de estudio	
Educación básica incompleta	12
Estado civil	
Soltero/a	1
Casado/a	2
Separado/a	1
Viudo/a	8
Convivencia	
Vive con sus padres	2
Vive con su pareja	2

Vive solo	8
Ocupación	
Ama de casa	3
Agricultor	5

Capítulo IV. Intervención utilizando la Terapia de Activación Conductual

Durante el periodo diciembre 2019 – febrero 2020 se aplicaron 15 sesiones a los participantes del presente estudio. A continuación, en la Tabla 4 se muestra la distribución de las sesiones conforme a los objetivos y resultados esperados. Esto fue indispensable establecerlo acorde al modelo terapéutico de la Terapia de Activación Conductual, mismo que se adaptó a la realidad de los adultos mayores participantes, con la finalidad de generar un rapport adecuado, adherencia terapéutica y conseguir los resultados deseados.

Tabla 5. Reporte de objetivos y resultados esperados por sesión

Nro.	Objetivo	Resultados esperados
1 y 2	Socializar a los pacientes acerca del tratamiento que se realizará.	-Entendimiento del tratamiento para conseguir una mayor adhesión al mismo. -Reconocer los diferentes estados anímicos y las conductas que estos producen.
3 y 4	Identificar conductas, acontecimientos o hechos que mantiene a las personas en depresión.	Definir situaciones que han marcado su vida y como estas han conseguido cambiar sus conductas. -Conseguir identificar las conductas que nos producen estados de ánimo bajos y buscar estrategias para cambiar las mismas.
5 y 6	Identificar detalladamente que conductas están asociadas a su estado de depresión y qué sucede antes y después de que estas conductas tengan lugar.	-Empezar a buscar conjuntamente con todos los participantes las conductas que pueden mejorar la depresión -El resto de los participantes tienen la tarea de adivinar de qué objeto se trata. Contribuye a ejercitar el lenguaje, la

memoria táctil, el olfato y la comunicación verbal.

- | | | |
|---------|---|---|
| 7 y 8 | Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico. | La estructuración de la actividad implica definir qué hará el cliente en términos conductuales, decidir dónde se realizará la actividad, si intervendrán otras personas y cómo medirá el éxito. |
| 9 | Propiciar un estado de conciencia en el cual el paciente considere que el cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño | Diseñar una programación, que vaya de lo más sencillo a lo más complejo así aumentaremos la probabilidad de tener éxito en cuanto el usuario intente realizar la actividad. De esta manera hay que asegurar que el cliente experimente el tratamiento como si fuera una recompensa, no como un castigo. |
| 10 y 11 | Realizar hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza. | Enfocarse en actividades que refuercen las conductas antidepresivas
-Aprender auto reforzamiento, para evitar obstáculos anímicos por falta de reforzadores externos. |
| 12 | Asesorar al paciente en las actividades para se desarrollen de manera adecuada | Generar motivación en el paciente además confianza para con el terapeuta para llevar de la mejor manera las actividades.
-El paciente debe entender que debe experimentar nuevas conductas para |
-

- compararlas y aplicar con la que se obtenga mejores resultados.
- | | | |
|----|---|--|
| 13 | Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles. | El paciente debe entender que debe experimentar nuevas conductas para compararlas y aplicar con la que se obtenga mejores resultados. |
| 14 | Mejorar el programa de actividades, con base a sus necesidades.
(No lo digas, hazlo) | Centrar sus actividades de acuerdo a sus necesidades personales es así que mediante un debate se podrá mejorar los resultados esperados. |
| 15 | Disminuir obstáculos para mantener las conductas eutímicas. | El paciente debe reconocer y dejar atrás ciertas situaciones y actividades que estén frenando su proceso y los resultados de éste. |
-

Para lograr los objetivos planteados anteriormente y conseguir los resultados esperados, se realizaron una serie de actividades en cada sesión para lo cual se utilizaron recursos dinámicos específicos, esto se detalla a continuación.

Sesiones 1 y 2.

Actividades.

Se inició la jornada con la dinámica *Juegos de presentación de los integrantes del grupo*, misma que se utilizó para que el grupo y el personal de salud interactúen y se conozcan, además fue necesario propiciar espacios para que se generen lazos de amistad entre los integrantes, dando como resultado un ambiente empático.

Se jugó a *la madeja de lana*, en esta dinámica se colocaron todas las personas en círculo, el guía tomó una madeja de lana y contó cómo se llama, qué hace y sus pasatiempos; una vez que terminó su intervención, le tiró la madeja de lana a otro participante aleatoriamente, pero

sin soltar la punta. Posteriormente, el resto del grupo hizo lo mismo, tiró la madeja sujetándola de una punta y se va creando una especie de tela de araña.



Ilustración 1 y 2. Dinámica de la madeja de lana

Posteriormente, se realizó el proceso de psicoeducación sobre el tratamiento y el modelo terapéutico que se aplicó.

Para la sesión dos, se realizó una retroalimentación de las actividades previas, además, se abordó la naturaleza de los estados anímicos negativos y pedimos al paciente que considere que actuar de dentro hacia afuera, conlleva mejores resultados que de afuera hacia dentro, por ejemplo: si sucede un accidente de índole externo, el mismo podría ser interpretado de dos maneras, como una desgracia y lo interpreto como un castigo (de fuera hacia dentro) o, puede ser interpretado como una oportunidad para aprender nuevas destrezas (de dentro hacia afuera).

Para reforzar lo explicado, se utilizó la analogía del *brazo roto*, que señala que, si una persona se fractura un brazo, tiene otro para utilizarlo, es decir, tiene más recursos.

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Ovillo de lana
- Identificadores de nombres

Sesiones 3 y 4.

Actividades.

Se inició con una actividad física de estiramiento y respiración, con la finalidad de que el organismo de los participantes se active y así generar estados de bienestar. Posteriormente se les solicitó a los participantes que realicen una lista de actividades o acontecimientos que han derivado en bajos niveles de refuerzo positivo, como por ejemplo, pensamientos recurrentes orientados hacia el pasado o a añoranzas que en la actualidad no están presentes, o en altos niveles de castigo, como por ejemplo, sentimientos de culpa por no haber cumplido ciertas expectativas personales y de los otros; además los participantes señalaron que han dejado de realizar actividades que antes les generaba placer, como por ejemplo, las actividades del hogar, reunirse con personas de confianza, etc.

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Papelógrafos
- Marcadores
- Espacio amplio

Sesiones 5 y 6.

Actividades.

Al igual que en las sesiones anteriores, se inició con actividades de estiramiento, y posteriormente se motivó a reconocer las conductas que realizaron después de su estado depresivo, para que, con este material se logre crear alternativas para la conducta. Se cerró este periodo de sesiones con la dinámica titulada Adivinar qué es. Para realizar este juego se escondió un objeto en una bolsa o bajo una tela y la persona debe describirlo mediante el tacto, y en la siguiente sesión se trabajó con el sentido del olfato.

Estas sesiones estuvieron orientadas a la identificación detallada de qué conductas están asociadas al estado de depresivo de los participantes, y al reconocimiento de qué sucedió antes y después de que estas conductas tengan lugar.

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Pañuelo
- Caja de objetos
- Pizarrón
- Marcadores
- Espacio amplio

Sesiones 7 y 8.

Actividades.

El modelo terapéutico de la Terapia de Activación Conductual propone que para la ejecución de las actividades de la vida cotidiana que generan placer, y en el caso particular de este estudio, los adultos mayores señalaron que estas actividades estaban orientadas a leer la Biblia, escuchar música, etc.; es recomendable identificar un espacio y un lugar concreto para realizarlas; puesto que ayuda a maximizar la activación. En este sentido, es lo que se procedió a realizar con los participantes.

Además, se concientizó a los adultos mayores que el establecimiento de un momento concreto que se destinará a la realización de la actividad proporciona un anclaje idóneo para actuar. Para ello, estructuró y programó actividades que siguen un plan y no un estado anímico.

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Hojas de papel bond
- Marcadores
- Espacio amplio

Sesión 9.

Actividades.

Esta sesión se centró en realizar una programación graduada de las tareas, hecho que implica que los usuarios identifiquen actividades que sean concretas y de corta duración, por ejemplo, lavar los platos, tender la cama, barrer un espacio pequeño, etc., desde estas actividades pequeñas y concretas se empieza a construir las planificaciones macro de actividades más desarrolladas como, por ejemplo, asear la casa. Para ello, se utilizó una tabla de monitorización de actividades de James. Se hizo el entrenamiento de cómo utilizar esta tabla para que así, sea un recurso y una herramienta que el paciente pueda usar de manera cotidiana, de tal manera que se generen nuevos hábitos.

Tabla 5

Tabla de monitorización de actividades de James

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Láminas de cartulina
- Tablas de monitorización
- Esferográficos

Sesiones 10 y 11.

Actividades.

Las sesiones estuvieron orientadas a la identificación de actividades que sean reforzadas de manera natural por el entorno que rodea a los participantes. Con base a la monitorización y la programación de las actividades, se procedió a la enseñanza del auto reforzamiento, para ello fue necesario reconocer los logros a corto y mediano plazo, dado que no todas las conductas se ven reforzadas de forma inmediata y no todos los entornos son benévolos.

Como dinámica se empleó la *musicoterapia*, esta técnica mejora la autoestima, disminuye el dolor y ayuda en síntomas depresivos ya que permite que el sujeto pueda expresarse

corporalmente a través de lo que siente con la música. Se escuchó en grupo canciones conocidas por los participantes se solicitó que escriban en un papel lo que siente o recuerda con ellas.

Recursos dinámicos.

Para estas sesiones se utilizó lo siguiente:

- Láminas de cartulina
- Tablas de monitorización
- Esferográficos
- Láminas de cartulina
- Parlantes
- Computador
- Canciones de antaño

Sesión 12.

Actividades.

Esta sesión estuvo orientada al aprendizaje de resolución efectiva de los problemas, para lo cual primero se realizó la identificación de los mismos, se conectó con las recompensas y con la programación de las actividades. Además, se utilizó como herramienta *juegos* para mejorar la autoestima, mismos que ayudaron a descubrir valores y actitudes positivas de las personas. Se pidió a los participantes que escriban en un papel una cualidad y puedan compartirla al grupo. Además, de momentos felices y recuerdos de eventos que han suscitado en el grupo. Durante el desarrollo de esta actividad se asesoró y acompañó al grupo para que puedan desarrollarlo de manera adecuada. Los turnos para la participación se hicieron mediante el uso de una pequeña pelota.

Recursos dinámicos.

Para esta sesión se utilizó lo siguiente:

- Láminas de cartulina
- Tablas de monitorización
- Esferográficos

- Láminas de cartulina
- Pelota de tamaño pequeño

Sesión 13.

Actividades.

Las actividades de esta sesión estuvieron orientadas a fomentar un enfoque experimental que se centre en probar una conducta y en observar los resultados. Como por ejemplo, cocinar una receta nueva o visitar a un amigo, éstas conductas que no han sido realizadas de manera cotidiana, generan nuevas sensaciones y emociones; se solicitó a los participantes que puedan identificar cuáles son los resultados de haber realizado este tipo de actividades. Para ello, se nutrió la programación planteada en sesiones anteriores y se continuó con la monitorización de actividades. Finalmente, en conjunto, se expusieron las tareas de intersección, que fueron emitidas, de esta actividad se obtuvo como resultado un incremento de su motivación y volición; el hecho de haber fragmentado las tareas amplias en cortas, generó resultados positivos en los participantes.

Recursos dinámicos.

Para esta sesión se utilizó lo siguiente:

- Láminas de cartulina
- Tablas de monitorización
- Esferográficos
- Láminas de cartulina

Sesión 14.

Actividades.

Esta sesión se inició con una socialización grupal, en el que expuso el programa puesto en práctica. Se revisó, además, de manera detallada, y concreta todo el programa para obtener mejores resultados, de aquí obtuvo la retroalimentación de los participantes tanto de las actividades como de su sentir. Se realizó un listado con las necesidades que presentan los adultos mayores y se socializó, entre todos, las posibles actuaciones que deberían tomar para

dar resolución a dichas necesidades. Se continuó con la monitorización y la programación de las actividades.

Recursos dinámicos.

Para esta sesión se utilizó lo siguiente:

- Papelógrafos
- Tablas de monitorización
- Marcadores
- Esferográficos

Sesión 15.

Actividades.

Esta sesión al ser la última, se inició revisando las tareas emitidas en la sesión anterior, se acompañó a los adultos mayores en la identificación de posibles barreras para la activación conductual, o de problemas reales que se han producido, consolidando así los métodos para identificar problemas y plantear solucionar reales a las dificultades.

Para el cierre del programa se realizaron dinámicas de confianza y cohesión grupal. Entre ellas la del *espejo*, para lo cual se solicitó hacer grupos de dos, y consistió en observar a la pareja de pies a cabeza, primero de frente, luego de perfil y finalmente de espaldas. Uno de ellos actuará de espejo y el otro hará ante él una serie de movimientos o acciones cotidianas. Al comienzo, fueron movimientos lentos y suaves, y progresivamente aumentaron en posibles y reales para la activación, velocidad y energía. Después de un momento cambiaron de roles, los participantes también realizaron una serie de roles sociales en diferentes situaciones: una bailarina, un boxeador, un futbolista, una modelo.

Recursos dinámicos.

Para esta sesión se utilizó lo siguiente:

- Láminas de cartulina
- Tablas de monitorización

Evaluación de Depresión posterior a la intervención

Una vez que se realizaron las sesiones descritas anteriormente, se procedió a aplicarles nuevamente el cuestionario de Yasavage, donde, se obtuvo como resultado la ausencia de síntomas depresivos en todos los participantes, es decir, la diferencia entre el antes y después de la intervención de la Terapia de Activación Conductual es estadísticamente significativa. Lo cual se demuestra en la tabla presentada a continuación.

Tabla 6. Prueba de t de student de los resultados de depresión antes y después de la intervención terapéutica

	\bar{X}	DS	Error Est. Media	Diferencias emparejadas				
				\bar{X}	DS	T	df	p
Resultado previo a la intervención	7,83	1,59	0,46					
Resultado posterior a la intervención	1,83	1,11	0,32	6	1,35	15,41	11	0

Capítulo V. Discusión y conclusiones

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la Terapia de Activación Conductual aplicada en formato grupal en adultos mayores con sintomatología depresiva, en el Centro Gerontológico Juan Pablo II en el periodo Diciembre 2019 - Marzo 2020.

Se evaluó la sintomatología depresiva mediante un pretest y post test en el grupo de adultos mayores. De las 12 personas que formaron parte de este estudio, se encontró que 11 de ellas tuvieron una probable depresión y una persona que registra una depresión establecida. Como se aprecia en la Tabla 2, las 11 personas que obtuvieron un puntaje que permite establecer una probable depresión, tienen las siguientes características: seis de ellas son mujeres, y 5 son varones, la mitad de los participantes tienen más de 80 años, 8 son viudos/as, y en el mismo número viven solas, cinco de ellas se dedican a la agricultura como actividad principal, dos son amas de casa y el resto se dedican a tejer con paja toquilla.

En último caso corresponde a una mujer de entre los 80 y 85 años de edad, que registra una depresión establecida su nivel de escolaridad es baja al igual que el resto de participantes, está casada, vive con su pareja y es ama de casa. Aquí se utilizó a la terapia grupal, como una red de apoyo, ya que agrupan a quienes sí comparten un evento de alguna manera u otra y que eventualmente, puedan motivarse a realizar actividades e ir incorporando nuevas experiencias en el proceso.

Es así que es trascendente la relación entre el terapeuta y el grupo, y que al relatar el paciente sus inconvenientes dentro del grupo, se produce su primera exposición o acercamiento a las diferentes dificultades y de esta manera se pueden visibilizar sus problemas (Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez, & González-Fernández, 2020)

Durante el periodo diciembre 2019 – febrero 2020 se aplicaron 15 sesiones fundamentadas en el modelo de Terapia de AC a los 12 participantes del presente estudio. Esto fue indispensable establecerlo acorde al modelo terapéutico de la Terapia de Activación Conductual, cada sesión con una duración de 45 min dos veces por semana, mismas que se

adaptaron a la realidad de los adultos mayores participantes, con la finalidad de generar un rapport adecuado, adherencia terapéutica y conseguir los resultados deseados.

De las 12 personas que formaron parte de este estudio, se encontró que 11 de ellas tienen una probable depresión y una persona que registra una depresión establecida. Una vez que se realizaron las sesiones programadas, y finalizado el proceso terapéutico se procedió a aplicarles nuevamente el cuestionario de Yasavage, donde, se obtuvo como resultado la ausencia de síntomas depresivos en todos los participantes.

Este resultado concuerda con la investigación realizada con el realizado por Cullen et al. (2006), con individuos diagnosticados de trastorno depresivo mayor, en el que se compara el grupo de tratamiento con AC con el grupo control de lista de espera, descubriendo que la Activación Conductual consigue reducciones significativas en el puntaje de la depresión (Coto-Lesmes et al., 2020).

En Suecia, Freij y Masri (2008) efectuaron la AC, explicando el caso de ocho adultas mayores que presentaban depresión unipolar, el resultado fue positivo porque obtuvieron un descenso de los síntomas depresivos y una mejora en el nivel de funcionamiento. Es así que esta presente investigación llevada a cabo demuestra estar en concordancia con los estudios mencionados. Por otra parte en Australia, Bailey y Arco (2010) aplicaron un tratamiento de AC a dos adultos con síntomas moderados de depresión y lograron tal disminución de la sintomatología depresiva a esto agregaron actividades de diferentes niveles de dificultad.

Los resultados obtenidos de la presente investigación donde se observa que después de aplicar la Terapia de AC en formato grupal se evidencia una notable disminución de los síntomas, estos resultados se encuentran relacionados y en concordancia con los estudios de (Wampold, 2015; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013) quien afirma que en este proceso entre la AC de la mano con la terapia de grupo no solo se facilita la extinción de respuestas emocionales, sino también el aprendizaje de nuevas estrategias dadas por el terapeuta y resto de participantes con lo que nuevamente se facilitaría que la persona se enfoque a otros ámbitos fuera del problema.

Por lo que se demuestra en esta investigación, cuando a medida que avanzan las sesiones terapéuticas se va fortaleciendo el compromiso consigo mismos y las ganas de estar cada vez mejor y a gusto, avanzar en el proceso terapéutico, de la manera que buscamos que el paciente

se introduzca en la activación, realice la actividad encomendada o la que le gustaría realizar y observar el aprendizaje en la persona, hacerla consciente de este como tal y de esta manera encaminarle a que su calidad de vida mejore (Bianchi y Muñoz, 2014).

Por otra parte, Jacobson et al. (2001); Martell et al. (2002), nos ayuda a argumentar para esta presente investigación; nos dice que hay que tener muy en cuenta a los patrones de evitación es decir cuando la persona se niega a realizar alguna actividad, y es aquí donde se explica el mantenimiento de los problemas emocionales, como la depresión, ansiedad, este factor nos permite establecer el análisis funcional de la conducta, y nos abre paso para diseñar un procedimiento terapéutico que asegure una mayor adhesión a las fuentes de reforzamiento, procurando la eliminación de los patrones de evitación y el aumento de la activación (Bianchi y Henao, 2015)

La Terapia de AC también resultó eficiente cuando se la comparo con la TCC, siendo la AC menos costosa y más rentable (Richards et al., 2016). Situación comprobada por la presente investigación ya que los resultados dan evidencia de la eficacia de la terapia de AC y de que los costos económicos fueron relativamente bajos.

Es así que la obtención del meta-análisis donde muestra la validez de la AC comparada con otras intervenciones tanto farmacológicas (Dobson et al., 2008) como psicológicas (Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2010), comparando principalmente los efectos de esta con la TCC; pues, los resultados al respecto aún no son concluyentes, por tanto algunos de ellos muestran que aparentemente la AC es más segura (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007) mientras otros indican que los efectos son análogos (Dobson et al., 2008).

Además, el meta-análisis de Cuijpers et al. (2007) concluye igualmente que el tratamiento de AC es eficiente para tratar la depresión y además sencillo debido a que no requiere habilidades complejas para su aplicación.

A si mismo podemos mencionar la investigación de Spates, Pagoto y Kalata (2006), sus estudios evalúan y clasifican investigaciones que brindan evidencia de la AC, donde concluyen que este tratamiento tiene soporte empírico para el tratamiento de la depresión.

Sin embargo, Martell, Dimidjian, Herman-Dunn, et al. (2013) plantea que para evaluar el efecto del tratamiento se han utilizado diferentes diseños. Uno de ellos compara la

medicación antidepresiva con terapia cognitiva y activación conductual con placebo, mientras que otros lo han hecho solo con farmacoterapia (Moradveisi, Huibers, Renner, Arasteh, & Arntz, 2013). En el primer caso, AC obtuvo un resultado semejante a la medicación y superior a la terapia cognitiva. Al mismo tiempo mantuvo sus resultados durante el seguimiento de dos años (Dobson et al., 2008) consiguiendo una menor tasa de recurrencia. Por otro lado cuando se la contrastó con medicación antidepresiva, la AC alcanzó a reducir significativamente los síntomas depresivos (Coto-Lesmes et al., 2020).

Lo que confirma nuestro posttest los resultados positivos, es decir, en nuestra post evaluación se evidenció un descenso notable de la sintomatología depresiva en los 12 participantes, por lo tanto, las actividades realizadas por los participantes aumentaron significativamente, mientras que las conductas relacionadas con la depresión disminuyeron, lo que está directamente relacionado con lo dicho por Dobson (Dobson et al., 2008).

Sin embargo, los estudios hasta ahora publicados no permiten comparar adecuadamente los efectos de la AC grupal y los psicofármacos en el tratamiento de los trastornos emocionales pero en todo caso, los estudios ya disponibles en la literatura nos informan de la superioridad del tratamiento psicológico de la AC (Richards et al., 2016).

Por otro lado, se encuentran pocos reportes de investigación en relación con el uso de la AC en población adolescente. En tanto, Jacob, L. Keeley, Ritschel y Craighead (2013) realizaron un estudio con tres adolescentes afroamericanos que cumplían criterios para trastorno depresivo mayor. Los resultados arrojaron que dos de los tres participantes después de la aplicación del tratamiento de AC ya no cumplían criterios para depresión mayor. Se halló adicionalmente que los participantes lograron entender y aplicar las razones del tratamiento en su vida diaria, lo que nuevamente estos estudios apoyan esta investigación (Bianchi y Henao, 2015).

Pero a pesar de que los datos obtenidos a distintas poblaciones, son heterogéneos y que abarcan desde problemas subclínicos a distintos niveles de severidad de ansiedad y/o depresión tomados en su conjunto, parece que la AC tiene efectos positivos tanto en niños como en adultos (Bianchi y Muñoz, 2014)

Sin embargo, a pesar de entender las dificultades inherentes a la investigación clínica, la mayoría de los trabajos cuentan con muestras modestas y a veces extraídas de poblaciones

específicas, siendo necesario la realización de más estudios con mayores tamaños muestrales para poder asegurar la generalización de los resultados.

Finalmente luego de demostrar su eficacia como terapia autónoma de recapitulaciones examinadas por otras intervenciones, los investigadores ejecutaron ilustraciones para estudiar la activación conductual en diversas situaciones y problemas psicológicos en diferentes secuencias. La mayoría de los estudios encontrados en la literatura intentan probar la efectividad de la AC en adultos mayores diagnosticados con depresión mayor (Barraca, 2016).

Los hechos han demostrado que incluso la AC se puede utilizar en entornos en los que los tratamientos clínicos tradicionales son difíciles de llevar a término, como en un entorno de salud pública, ya sea por el tiempo implicado o las limitaciones de recursos económicos de las personas (Porter, Spates y Smitham, 2004).

Los estudios expuestos nos permite ver la eficacia de la AC en diferentes contextos y poblaciones, y su posible uso para incrementar las actividades de colectividades no clínicas, es decir, de esta manera, ha contribuido a diferentes áreas de la psicología (Coto-Lesmes et al., 2020).

Si bien todavía queda mucho por hacer, es quizá el enfoque que ha dado lugar a un mayor número de estudios a la hora de objetivar su eficacia.

Conclusiones y recomendaciones

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el impacto de la terapia de activación conductual en adultos mayores que presentan sintomatología depresiva y de esta manera poder fomentar un mejor estilo de vida.

Para ello, se establecieron objetivos específicos que contribuyeron a dar respuesta a la resolución del objetivo general. Estos objetivos fueron: i) evaluar el impacto de la terapia de AC en el grupo de adultos mayores a tratar, ii) aplicar la terapia de AC a través de una terapia de grupo de adultos mayores y iii) realizar una evaluación pre y post del tratamiento de la sintomatología depresiva del adulto mayor.

Previo a la aplicación de la terapia AC, se determinó, por medio de la aplicación de instrumentos psicométricos que los adultos mayores participantes del estudio tenían, en su

mayoría una alta probabilidad de depresión; a más de ello se estableció que los adultos mayores no presentaran deterioro cognitivo severo, puesto que los síntomas pueden generar confusión diagnóstica.

Tras esta etapa de evaluación previa, se procedió a aplicar el programa de terapia de AC en formato grupal comprendido en 15 sesiones terapéuticas, y tras esta aplicación se concluye que la terapia de AC es válida para la intervención de depresión en adultos mayores. Tras los hallazgos favorables de esta investigación, se concluye que esta terapia brinda instrumentos al sujeto para que por sí mismo pueda hacer frente o modificar aquello que genera malestar; con lo cual se demuestra su efectividad en tema a ser tratado. Además, la amplia gama de efectos de esta terapia, su influencia y la posibilidad de desarrollo indican que la AC se ha convertido en una alternativa eficaz para el tratamiento de problemas psicológicos.

Finalmente, los resultados obtenidos, apuntan hacia la utilidad de AC en formato grupal para el abordaje de los Trastornos Emocionales Comunes (TMC) en adultos mayores. No obstante la AC aún debe seguir el camino de mantener su vitalidad investigadora para poder seguir aportando evidencia de su eficacia frente a otras terapias (como la terapia cognitiva o la farmacoterapia), lograr una mayor difusión y brindar una imagen más integral y esclarecer las dudas en relación a su aplicación más adecuada. Esto permitirá diseñar intervenciones óptimas que incidan en el cambio de los patrones de conducta disfuncionales implicados en la depresión. También se concluye que es importante señalar el conocimiento de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de manera más eficaz. En este marco, es recomendable detectar la ideación suicida en el primer encuentro con el paciente geriátrico, en lo posible desde la atención primaria de salud. Ante esto, la comunidad, los gobiernos y las instituciones internacionales deben tomar acciones para contrarrestar los factores de riesgo modificables y poner en práctica políticas sociales y de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se recomienda que para futuras investigaciones se realicen estudios de tipo longitudinal que permitan determinar la efectividad a largo plazo de esta terapia esta población. Además, se recomienda al personal de la psicología clínica utilizarla ya que a más de ser versátil, permite sistematizar los avances y las conductas de los consultantes de manera óptima.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Nombre del entrevistado.....

Género

1 masculino

2 femenino

Edad: _____ años cumplidos

Años de estudio

1 educación básica incompleta

5 nivel tecnológico

2 educación básica incompleta

6 nivel superior

3 educación básica hasta décimo año

7 nivel postgrado

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

1 Vive con ambos padres y hermanos

2 Vive con su esposo (a) pareja

2 Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

3 Vive sólo con el padre o la madre

4 Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos

3 Vive solo

6 Vive con amigos (as)

7 Otros indicar con quienes.....

Estado civil actual:

1 soltero/a

4 separado/a (de hecho)

2 unión de hecho

5 divorciado/a (legalmente)

3 casado/a

6 viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?**Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral****(con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)**

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	06 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	07 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	08 <input type="checkbox"/> cesante
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	09 <input type="checkbox"/> jubilado/a

¿Cuántas personas viven en su hogar incluido/a usted?**¿Tiene un familiar directo que ha migrado?****En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa**

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migración interna <input type="checkbox"/>	Migración externa <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

Identifique quien migró y el tiempo

1 <input type="checkbox"/> padre
2 <input type="checkbox"/> madre
3 <input type="checkbox"/> ambos padres
6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja
7 <input type="checkbox"/> hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
8 <input type="checkbox"/> Otros indicar quienes.....

1 <input type="checkbox"/> < de un año
2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años
3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años
4 <input type="checkbox"/> > de 10 años

Anexo 2. Escala de Depresión Geriárica de Yesavage

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la
ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión estan en NEGRITA Y MAYÚSCULAS. Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.			Total:

INSTRUCTIVO:¹**Puntuación total: 15 puntos****PUNTOS DE CORTE:**

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.**Normas de aplicación:** El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

¹ Aguado c, Martínez j, Onís mc et al.(2000). adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depresión scale” (gds) de Yesavage. *atención primaria*, 26 (supl 1): 328.

Anexo 3. Mini examen del estado mental (MMSE)

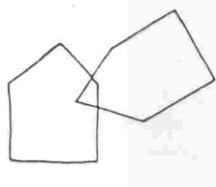
MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL¹²					
(Folstein et al. 1975)					
Código de participante:		Sexo:	Zona:	Distrito:	Lugar de residencia
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO			0	1	
En qué Día estamos (fecha):					
En qué mes:					
En qué año					
En qué día de la semana					
¿Qué hora es aproximadamente?					
PUNTUACIÓN (máx. 5)					
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO					
			0	1	
¿En qué lugar estamos ahora?					
¿En qué piso o departamento estamos ahora?					
¿Qué barrio o parroquia es este?					
¿En qué ciudad estamos?					
¿En qué país estamos?					
PUNTUACIÓN:(máx. 5)					
MEMORIA					
CONSIGNA: “Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita”.					

² Tomado de: Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11

<p>*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.</p>		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: <i>"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".</i>	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: <i>"Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".</i>	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN:(máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: <i>"Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".</i>	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		

PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COMPRESIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: <i>“Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez”</i>		
<i>“TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO”</i>		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
LECTURA.		
	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
ESCRITURA.		
	0	1
CONSIGNA: <i>“Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje”</i>		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
	0	1
CONSIGNA: <i>“Copie por favor este dibujo tal como está”</i>		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)



FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO JUAN PABLO II

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

El propósito de la información que usted leerá a continuación es para que usted permita participar en la investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es analizar el impacto de la terapia activación conductual.

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta participar, se le aplicarán varios test: un test de inteligencia (MINIMENTAL) un test de depresión (yesavayage). Estas pruebas le tomarán a un tiempo aproximado de 2 horas y serán aplicadas por pasantes de psicología clínica.

La responsable de estas evaluaciones es la Srta. Natalia Valeria Lituma pasante de Psicología clínica.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test serán entregados a los profesionales del centro gerontológico Juan Pablo II, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted o para su familia

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación de pacientes que deseen en este estudio.

Si decide retirarse, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase a la Srta. Natalia Lituma Cabrera, al correo electrónico valenaty_22@yahoo.es o al celular 0992530028.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Referencias bibliográficas

- 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 Valdezan*, *11*(2), 45–72.
- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: Evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, *34*(1), 34–45. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008559>
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, *25*(2), 57–62. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, *25*(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- American Psychiatric Association. (2017). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) V. In *Knowledge Organization*. Washington, D. <https://doi.org/10.5771/0943-7444-2017-8-668>
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bailey, D. L., & Arco, L. (2010). Effects of a brief behavioural activation treatment on activities of various difficulty and depression. *Behaviour Change*, *27*(3), 184–197. <https://doi.org/10.1375/bech.27.3.184>
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, *42*(165–66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clín. Salud*.

- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, *40*(2), 107–112.
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, *33*(2), 69–80.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Bianchi Salguero, J. M., & Muñoz Martínez, A. M. (2014). Activación Conductual: Revisión Histórica, Conceptual y Empírica. *Psychologia*.
<https://doi.org/10.21500/19002386.1223>
- Caballero, J. (1997). *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología*. Bilbao. Retrieved from <https://15f8034cdff6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcba70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, *29*(3), 182. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calderón, D. M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, *29*, 182–191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Castanedo, C., García, M., Noriega, M., & Quintanilla, M. (2007). Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. In S. Helfer (Ed.), *Política nacional de envejecimiento y vejez*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.

- Chavarría, J. (2015). Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 427–429.
- Colli, M., & Lorenzo, M. (2004). Psicoterapia de grupo en Cuba: antecedentes y actualidad. *Revista Del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1(2–3). Retrieved from <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph021004.htm>
- Contreras, A., & Oblitas, L. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y Práctica*. Bogotá: PSICOM Editores. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=9aDT3okoFVsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Correa-Palacio, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 6(2), 51–59.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática Behavioral Activation in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Terapia Psicológica*, 38(1), 63–84. Retrieved from <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/271>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007, January). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.11.001>
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile*.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence

- in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–477.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.005>
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. *Paidós. Buenos Aires*.
- Fernández-Vázquez, A., Dávila-Mendoza, R., Moreno-Castillo, Y., & González, A. (2008). Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 41(3), 83–89.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *The American Psychologist*.
<https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freij, K., & Masri, N. (2008). The brief behavioral activation treatment for depression: A psychiatric pilot study. *Nordic Psychology*, 60(2), 129–140.
<https://doi.org/10.1027/1901-2276.60.2.129>
- Gómez, A. (2007). La depresión en el anciano. *Clínica y Tratamiento*, 26(9), 80–94.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor. Retrieved September 6, 2020, from Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento website: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Jacob, M., L. Keeley, M., Ritschel, L., & Craighead, W. E. (2013). Behavioural activation for the treatment of low-income, African American adolescents with major depressive disorder: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(1), 87–96.

<https://doi.org/10.1002/cpp.774>

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>

Kobayashi, T., & Kato, S. (2011). Depression-dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00363.x>

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*.
[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80022-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80022-5)

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In *The psychology of depression: Contemporary theory and research*.
<https://doi.org/10.1177/154193120104500402>

Lewinsohn, Peter M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/h0035142>

Llinás, J., Villalta, J., & López-Pousa S. (1991). *CAMDEX. Adaptación y validación españolas (Áncora)*. Barcelona.

Lobo, A., Escobar, V., Ezquerra, J., & Seva, A. (1979). “El Mini-Examen Cognoscitivo” (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos). - *PsycNET. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39–57.
Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1982-24794-001>

Manosevitz, M. (1985). Erik Erikson: An Introduction. *PsycCRITIQUES*.
<https://doi.org/10.1037/024033>

Martell, C, Addis, M., & Jacobson, N. (2002). Depression in Context: Strategies for Guided Action. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 4(5), 201.

Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC327139/>

Martell, Christopher, Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide* (1st ed.). New York: Guilford Press. Retrieved from <https://www.amazon.es/Behavioral-Activation-Depression-Clinicians-Guide/dp/1462510175>

Martell, Christopher, Dimidjian, S., Herman-Dunn, R., & Medina, J. (2013). *Activación conductual para la depresión : una guía clínica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Martínez, O. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 29(5), 514–525.

Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105–121. <https://doi.org/10.1080/17439760903569154>

Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2020). Dirección Población Adulta Mayor.

Moradveisi, L., Huibers, M. J. H., Renner, F., Arasteh, M., & Arntz, A. (2013). Behavioural activation v. antidepressant medication for treating depression in Iran: Randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113696>

Naciones Unidas. (2017). Envejecimiento. Retrieved September 6, 2020, from Asuntos que nos importan website: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento.

Organización Mundial de la Salud. (2017, December). La salud mental y los adultos mayores.

- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (13th ed.). McGraw-Hill.
- Peña, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. *Envejecimiento, Normalidad y Patología*.
- Pérez Álvarez, M., & Barraca Mairal, J. (2015). Activación Conductual para el tratamiento de la depresión. *Activación Conductual Para El Tratamiento de La Depresión*.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles Del Psicologo*, 28(2), 97–110.
- Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 297–301. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.3.297>
- Ramírez, C., Moncada, C., & Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad del Minimental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *MedULA*, 128–135. Retrieved from <https://biblat.unam.mx/en/revista/medula/articulo/validez-y-confiabilidad-del-minimental-state-examination-mmse-y-del-mmse-modificado-3ms-para-el-diagnostico-de-demencia-en-merida-venezuela>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Rivera, J., Benito-León, J., & Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México = Depression in the aging: an important health problem in Mexico. *América Latina Hoy*, 71, 103–118. <https://doi.org/10.14201/alh201571103118>
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., Gili, M., & Roca Bannasar,

- M. (2015). Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. *Actas de Psiquiatría Española*, 43(5), 187–193.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Rodríguez, L., Sotolongo, O., Luberta, G., & Calvo, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra.” *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 64–75.
- Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.02.006>
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L., & López, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), 6–9. <https://doi.org/10.1016/S1474>
- Santisteban, Y. M., & Montenegro, J. del M. (2016). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque (Universidad Señor de Sipán). Universidad Señor de Sipán, Lambayeque. Retrieved from <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/760>
- Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. (2015, July). Patologías de Salud en las personas mayores.
- Sosa, M. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez ¿Fenómeno normal?* Montevideo. Retrieved from https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf
- Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(4), 508–521. <https://doi.org/10.1037/h0100089>

- Sturme, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/0145445509350094>
- Timiras, P. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Madisson. Retrieved from https://books.google.com.ec/books/about/Bases_fisiológicas_del_envejecimiento_y.html?id=loyG4Gox4MsC&redir_esc=y
- Timms, P. (2009). La terapia cognitivo-conductual (TCC). *Asesoría En El Tratamiento de Las Adicciones*.
- Tobe, E. (2012). Pseudodementia caused by severe depression. *BMJ Case Reports*. <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-007156>
- Torellas, C., & Sánchez, J. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de Neurología*, 52(5), 300–305. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4492300>
- Tseng, B., Cullum, C., & Zhang, R. (2014). Older Adults with Amnesic Mild Cognitive Impairment Exhibit Exacerbated Gait Slowing under Dual-Task Challenges. *Current Alzheimer Research*. <https://doi.org/10.2174/1567205011666140505110828>
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516–522. Retrieved from <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=759>
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29–36. Retrieved from <http://www.veale.co.uk/wp-content/uploads/2010/10/60-BA-for-depression-.pdf>
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Widlocher, D. (2002). Depresión y ansiedad. *Rev. Chil. Psicoanal*, 15(2).

- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.3.427>