

Investigación empírica y análisis teórico

## Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso

### Cognitive-Behavioral Treatment in a Geriatric Patient with Major Depressive Disorder: Case Study

Garza Martínez, Silvia Guadalupe<sup>1\*</sup>; Orozco Ramírez, Luz Adriana<sup>1</sup> e

Ybarra Sagarduy, José Luis<sup>1</sup>

#### Resumen:

La depresión interfiere en la vida cotidiana de la persona y en su desempeño normal, ocasionando sufrimiento a ella y a quienes la rodean. En población geriátrica, se ha presentado como un síndrome que produce alto grado de incapacidad que altera la calidad de vida del que la sufre y aumenta la mortalidad. El presente estudio de caso, muestra el trabajo psicoterapéutico desde un enfoque Cognitivo-Conductual realizado a una paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor, con limitaciones circunstanciales para una intervención, a pesar de las cuales se obtuvieron resultados favorables. El objetivo general del estudio fue comprobar la efectividad del tratamiento Cognitivo-conductual en la paciente, pese a sus limitaciones circunstanciales, radicando en esto último su relevancia, por la adaptación de la modalidad de terapia breve. Se logra reducir de 11 a solo 5 síntomas depresivos según la Escala de Depresión Geriátrica de Sheik y Yesavage, aplicada para corroborar la depresión y especificar los síntomas, observándose un cambio significativo en el nivel del estado de ánimo y una reducción en la frecuencia del llanto.

**Palabras Clave:** *Depresión, Terapia Cognitivo Conductual, efectividad, terapia breve, adulto mayor.*

#### Abstract

Depression interferes with a person's daily life and normal performance, causing suffering for them and those around them. In the geriatric population, it has presented as a syndrome that produces a high degree of disability that alters the quality of life of the sufferer and increases mortality. The present case study shows the psychotherapeutic work from a Cognitive-Behavioral approach carried out on a geriatric patient with Major Depressive Disorder, with circumstantial limitations for an intervention, despite which favorable results were obtained. The general objective of the study was to verify the effectiveness of Cognitive-behavioral treatment in the patient, despite its circumstantial limitations, the latter being its relevance, due to the adaptation of the brief therapy modality. It is possible to reduce from 11 to only 5 depressive symptoms according to the Sheik and Yesavage Geriatric Depression Scale, applied to corroborate depression and specify symptoms, observing a significant change in the level of mood and a reduction in the frequency of crying.

**Keywords:** *Depression, Cognitive Behavioral Therapy, effectiveness, brief therapy, older adult.*

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Tamaulipas.

\*Correspondencia: ilgugama.psic@gmail.com

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (2020, párr.1), en su página oficial como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

La Asociación Psicológica Americana (2020), en su página oficial menciona que la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores; “el índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas” (párr. 6). Así mismo, la misma asociación nos dice, que “una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados” (párr. 3); asuntos como estos y otros más que se les presentan, “suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía” (párr. 3).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2013), en su Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención”, recomienda como intervenciones psicológicas que han comprobado su eficacia en la población geriátrica la terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia por resolución de problemas, reminiscencia, biblioterapia, musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa. Así mismo recomienda el apoyo psiquiátrico de la farmacoterapia aplicando Paroxetina, Sertalina, Fluoxetina, Venlafaxina y Citalopram.

Anteriormente se han realizado diversos estudios en los cuales se analiza la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los adultos mayores, tanto en modalidad individual como grupal, encontrando resultados estadísticos y clínicos que la demuestran; un ejemplo es el estudio de caso publicado por Gamarra (2006), en Lima en el que se presenta un paciente femenino de 83 años de edad diagnosticada con depresión moderada. En dicho estudio se utilizó un diseño de caso A-B-A, implementando una intervención con técnicas conductuales y cognitivas, se registró la intensidad de su sensación de soledad y la frecuencia del sentimiento de tristeza y se trabajó también con autoinstrucciones. Como resultado de la intervención, la sensación de soledad de la paciente bajó de 6/10 a 1/10, la frecuencia de su tristeza pasó de presentarse 3 veces por semana a dos veces por semana, se apreciaron cambios en el estado de ánimo, se incrementó su capacidad de tomar decisiones y se observó aumento en la conducta de salir sola.

En otro estudio, publicado por Contreras et al (2006), se implementó también la intervención cognitivo-conductual en una muestra conformada por 38 adultos mayores pertenecientes a un centro de salud familiar de la ciudad de Santiago de Chile, menciona que tuvo una extensión de 8 sesiones, con una periodicidad de dos veces a la semana, cada una de ellas con una duración de dos horas. Las sesiones tuvieron como objetivo disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, utilizando estrategias cognitivo-conductuales. En este estudio se llevó a cabo, previo a la realización del análisis de resultados, análisis preliminares que permitieran un mayor control en variables intervinientes y claridad en los resultados obtenidos. A partir de los resultados obtenidos se señaló que la variable ansiedad-estado presentó desde la primera

evaluación de tratamiento hasta la última evaluación de seguimiento diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control.

Por su parte, Vergara y González (2009), optaron por un diseño cuasiexperimental con grupo control de adultos mayores, con una intervención cognitivo-conductual y haciendo mediciones pre-post y dos seguimientos y con comparación intra e inter grupo (Campbell y Stanley, 1966, citado en Manterola y Otzen, 2015). Se utilizaron en dicho estudio grupos no probabilísticos, por cuotas, accidentales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Kerlinger y Lee, 2002). Para llevarlo a cabo se tomaron grupos intactos, previamente armados por el personal de la institución, de acuerdo con criterios propios sobre las necesidades de terapia de cada adulto mayor; se formaron tres grupos con intervención, con un promedio de ocho personas adultas mayores por grupo y uno sin intervención con trece participantes. Para el análisis estadístico de los efectos de la intervención se comenzó por aplicar pruebas con el fin de observar las diferencias dentro de los grupos entre las diversas aplicaciones. A partir de los resultados de esta investigación, dedujeron que la intervención cognitivo conductual manualizada de grupo en adultos mayores mostró tener eficacia estadísticamente significativa en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, así como en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; tales cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses.

El trabajo publicado por Chávez, Benítez y Ontiveros (2014), tuvo como objetivo demostrar la utilidad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como tratamiento coadyuvante en la depresión del trastorno bipolar I para los síntomas residuales, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, la conciencia y la comprensión del trastorno bipolar, la

identificación temprana de los síntomas de los episodios afectivos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En dicho trabajo se revisaron los ensayos clínicos controlados acerca de la utilidad de esta terapia como tratamiento del paciente con depresión del trastorno bipolar I. Concluyeron que la TCC aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuye la frecuencia de recaídas en el primer año, los síntomas depresivos residuales, las hospitalizaciones y la duración de los episodios, así también mejora la adherencia terapéutica y el funcionamiento psicosocial.

Otro trabajo, publicado por Lugo, Reynoso y Fernández (2015), tuvo como propósito evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre síntomas de ansiedad depresión y severidad del asma en adultos. Se invitó al mismo a participar a 25 pacientes con asma atendidos en la clínica de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). De estos pacientes catorce aceptaron participar, diez iniciaron la intervención y seis pacientes concluyeron la misma. Se empleó un diseño N=1 con replicas individuales. La intervención se realizó en el consultorio cero de Psicología en la Clínica de Asma del INER, llevando a cabo sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, la conclusión fue que el efecto de dicha intervención psicológica se orientó hacia la disminución de la severidad de la enfermedad, los síntomas de ansiedad y depresión, un incremento en el Flujo Espiratorio Pico (FEP) y una mejoría clínica observable sesión tras sesión. Durante la pre intervención, cinco de las seis pacientes mostraron datos de ansiedad importantes y en la post intervención ninguna mostró datos de ansiedad importantes, variando las diferencias de puntuaciones de ansiedad entre ambas evaluaciones desde el mínimo de 8 y máximo de

16 puntos hacia la disminución del síntoma; solo una de las pacientes tuvo un cero de diferencia, sin embargo fue quien, desde el inici del estudio, se presentó con el puntaje más bajo de ansiedad. Los cambios en las puntuaciones obtenidas fueron estadísticamente significativos en las cinco pacientes en las cuáles sí se encontró diferencia entre la pre y post-evaluación. En lo referente al seguimiento, algunas pacientes obtuvieron la misma puntuación que al finalizar la intervención, otras incrementaron o disminuyeron las puntuaciones pero solo con un punto de diferencia.

Puede encontrarse también publicado un meta-análisis realizado por Gould, Coulson, y Howard (2012), en el cual de cuatrocientos ochenta trabajos identificados fueron incluidos veintitrés. Encontraron en todos ellos que al final de la intervención, la TCC fue significativamente más eficaz para reducir síntomas depresivos que otras psicoterapias, el uso de fármacos o estar en una lista de espera.

En el presente estudio de caso se presenta un adulto mayor con depresión, del sexo femenino que requirió un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, mismo que se aplicó con adecuaciones que facilitaron su entendimiento al paciente en cuestión, consiguiendo resultados favorables, los cuales se analizan mediante los registros realizados y los instrumentos que se aplicaron previa y posteriormente. Cabe señalar la aparición de una complicación física al final del tratamiento, hiperkalemia, que podría llevar a confundir sus síntomas con los de su trastorno depresivo. Para la presentación del caso se seguirán las normas para la redacción de casos clínicos propuestas por Buena y Sierra (2002)

### Método

El presente estudio es un diseño de caso único en dos fases AB (Barlow y Hersen, 1976), en el cual se desarrolló una primera fase, donde

se tomaron registros u observaciones de la variable de respuesta en ausencia de tratamiento o de variable independiente, esta fase recibe el nombre de línea base o fase A; en seguida se desarrolló una segunda fase, en la que se sigue registrando la conducta del sujeto después de la aplicación del tratamiento, esta fase es conocida por fase de tratamiento o fase B. Se tuvo una única conducta objetivo, la cual fue el llanto. Se complementó monitoreando intrasiones del nivel del estado de ánimo de la paciente. Así mismo se realizó una medición pretest y postest para verificar la modificación de la variable depresión (Martin, 2008).

### Identificación del paciente

Cabe mencionar, previo a exponer los datos de la paciente atendida, que se cuenta con un consentimiento informado, sellado con su huella digital, autorizando el manejo de la información adquirida sobre el caso, siempre que no se dé a conocer su nombre, por esta razón será mencionada como E. L. en este documento.

La paciente es del sexo femenino, tiene 65 años de edad, es ama de casa y cuidadora primaria de su esposo quien padece reumatismo y ha sido operado; es apoyada económicamente por sus hijos. La paciente asiste periódicamente a revisión médica por tener alta presión.

La paciente proviene del medio rural, de una familia dedicada al campo, en la que no se le permitió aprender a leer ni escribir, su padre fue estricto y les enseñó la labor del campo, sin tener relación afectuosa con ella, la madre fue cercana a ella y sumisa al esposo. En su juventud, E. L. se muda a la ciudad y tuvo una hija, producto de una relación informal. Posteriormente conoció a su actual esposo, de cuya unión nacieron dos hijas; por lo cual la paciente tiene tres hijas. Actualmente vive con su esposo, centrándose en el cuidado de él y apoyando a su tercera hija en el cuidado de una nieta de 5 años de edad. Tiene una relación estable con sus hijas, aunque su mayor

convivencia es con su esposo. Sus padres ya fallecieron y tiene poca relación con sus hermanas. Convive con sus nietos y yernos pero sin tener una relación afectiva cercana. Su esposo tiene hijos de una relación anterior a ella pero es poca la convivencia. En el genograma, mostrado en la **Figura 1**, se presenta de manera gráfica la dinámica familiar en la que se encuentra la paciente al momento de la evaluación.

Se presenta en la **Figura 1** la información básica sobre la composición y dinámica familiar en que vive la paciente de la siguiente manera: el recuadro destacado la representa a ella, se muestra con las flechas punteadas la negligencia, por parte del padre, en la educación escolar de la paciente y sus hermanas, lo que determinó su analfabetismo, sus escasas oportunidades y su dificultad para desenvolvimiento relacional.

La paciente refiere no tener amistades debido a que su esposo es celoso; no tiene relación con vecinos y sus salidas a las com-

pras son breves y siempre es acompañada por alguna de sus hijas. Lleva una relación cordial con los miembros de la iglesia cristiana a la que acude, pero es poco incluida en las actividades. Comenta que antes de casarse solo tuvo una amiga, la cual falleció y después de ella no ha vuelto a tener otra relación significativa de amistad. Con su esposo no suele platicar sobre temas personales y no son una pareja activa sexualmente desde hace varios años. Solo dos de sus hijas viven en la ciudad y son las más cercanas pero sus empleos les impiden la constancia en la relación y el cuidado de sus padres.

Al momento de la entrevista, E. L. comenta no tener ningún padecimiento crónico-degenerativo, sin embargo, experimenta molestias gastrointestinales, dolores de cabeza, dolores en el riñón y pesadez en sus piernas, además de mantenerse bajo chequeos médicos periódicamente por presentar alta presión y comenta tener cita médica dentro de dos meses.

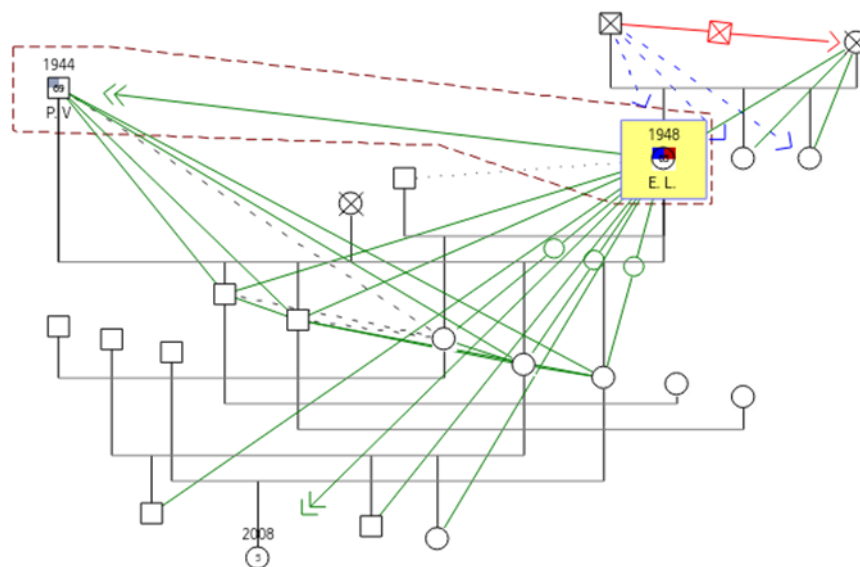


Figura 1. Genograma de E. L. Fuente: elaboración propia

### *Análisis del motivo de consulta*

La paciente, la cual fue referida del área de urgencias tras haber presentado una crisis de llanto descontrolado y tres días sin probar alimento, refiere tener, al momento de la entrevista inicial, tres meses sin ganas de hacer nada, sentimiento de soledad, tristeza, vacío y deseos de morir. Comenta que siente dolores en riñones, estómago, pecho y cabeza, además de tener constantemente ganas de llorar y no sentirse con fuerzas para levantarse de la cama. Agrega que desea dejar de sentir tristeza y acepta ser atendida en el área de salud mental y permite ser apoyada por su hija y por la terapeuta para caminar hasta el lugar asignado.

### *Historia del problema*

La paciente refiere no haber asistido nunca a una escuela, su padre les enseñó a ella y a sus hermanos a trabajar en el campo desde pequeños y de joven al casarse, su esposo no le permitió trabajar ni estudiar.

No tiene amistades, no practica actividades recreativas fuera de casa y se dedica a las labores del hogar y a cuidar de su esposo que padece de reumatismo en las piernas y se encuentra incapacitado.

Desde hace tres meses comenzó a sentir los síntomas que presenta y refiere cada vez sentirse peor y percibir que estorba a su familia. Comenta que no siente energías para levantarse de la cama y no ha hecho el aseo de su casa ni ha regado sus plantas, lo cual provoca que al verlas sienta aún más tristeza. Lleva ya varios días sin comer y duerme la mayor parte del día.

La paciente fue atendida por interconsulta entre el área de urgencias y el módulo de salud mental. Llegó al hospital, en el cual recibe su servicio médico, con quejas somáticas en abdomen, pecho y área de los

riñones, síntomas que fueron valorados médicamente sin encontrar nada. Llegó a la institución presentando llanto, ánimo aplanado, descuido en el arreglo personal y refiere tener dolor de cabeza y taquicardia y expresa verbalmente frases como “ya les estorbo”, “mejor me quiero morir”, “me siento muy sola”, “todo me duele”, “ya estoy muy cansada”, etc. La hija que la acompaña refiere que la paciente lleva varios días sin querer comer.

### *Análisis y descripción de las conductas problema. Mapa Clínico de Patogénesis*

Se elaboró el Mapa Clínico de Patogénesis, el cual se muestra en la **Figura 2**, de acuerdo con la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006). Dentro de las variables distantes encontradas en el caso se detectó que la paciente no acudió a la escuela y por lo tanto no sabe leer ni escribir, lo que fue suplido por actividades para labrar la tierra, ayudando a su padre en el campo; así también, se encuentra que su esposo no le permitió tampoco acudir a la escuela ni desempeñarse laboralmente, dedicándose únicamente a las labores del hogar.

Como variables antecedentes en el caso, se encontró que la paciente que vive solamente con su esposo que está incapacitado debido a artritis reumatoide, no cuenta con amistades y sale de casa solamente para realizar mandados o asistir a la iglesia; además de las labores de su hogar, se encarga de cuidar su nieta de 5 años de edad durante el día. Las variables orgánicas que actualmente experimenta la paciente son sentimientos de soledad, tristeza, falta de energía, deseo de morir, taquicardia, falta de apetito, preocupaciones somáticas relacionadas con dolores en cabeza, abdomen y pecho, sensación de fatiga, pesadez en las piernas, falta de energía y taquicardia, así como desinterés hacia las cosas que

antes solía hacer y pensamientos como “ya les estorbo”, “mejor me quiero morir”, “me siento muy sola” o “ya estoy muy cansada”. Las variables de respuesta que presenta son dejar días sin consumir alimentos, en los cuales permanece acostada la mayor parte del día, presenta llanto fácil, descuido en su arreglo personal, disminución en sus actividades del hogar y somatización.

Por último, las consecuencias inmediatas, mostradas en la figura 2, que se derivaron de la sintomatología presentada en la paciente, fueron la depresión y la pérdida de peso, las cuales, a largo plazo, podrían facilitar el desarrollo de anemia, la pérdida de defensas, problemas relacionados con la hipocondría e incluso derivar en una enfermedad médica.

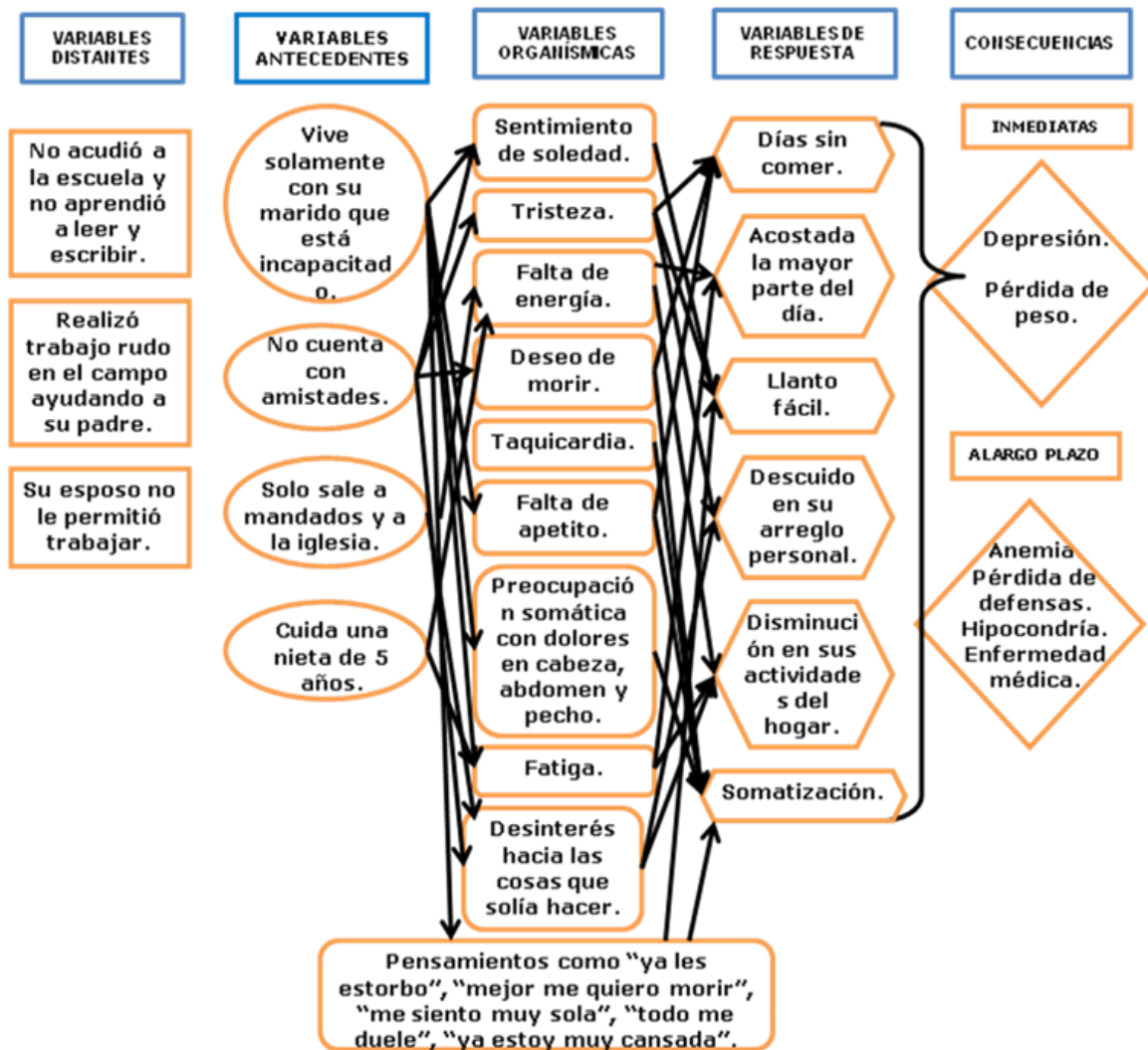


Figura 2. Mapa Clínico de Patogénesis. Fuente: elaboración propia

*Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase*

Para llevar a cabo la evaluación previa del caso fueron requeridas dos sesiones sin iniciar intervención. Además de la entrevista requisitoria de la institución, se utilizó una Historia Clínica semiestructurada con los aspectos principales para elaborar una impresión diagnóstica de manera multiaxial. La primera prueba aplicada fue la Escala de Depresión Geriátrica GDS de Sheikh y Yesavage (1986), citada por la Secretaría de Salud (2011, p. 56), compuesta por 15 preguntas de respuesta dicotómica que evalúan el índice de depresión en el adulto mayor; en ésta una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa. En seguida se aplicó la Escala de Pfeffer, de Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos (1982), esta escala está compuesta por 11 preguntas dirigidas al familiar acompañante de paciente adulto mayor, cuyas respuestas se numeran del 1 al 3 de acuerdo al grado de capacidad del paciente para realizar determinadas acciones por sí mismo. A partir de 6 puntos acumulados se sospecha deterioro cognitivo. Posteriormente, se aplicó el Índice de actividades de la vida diaria de Katz (1963), citada por la Secretaría de Salud (2011, p. 58), instrumento abreviado que evalúa brevemente seis áreas de la vida diaria del paciente adulto mayor en las cuales el cuidador elige un ítem de entre tres que componen cada área. Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice que oscilan entre A (independiente para todas las funciones) y G (dependiente para todas las funciones), existiendo un nivel O (dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F). Por último, fue aplicado el Índice de Barthel, validado por Cid y Damián (1997), instrumento que evalúa 10 áreas de la vida cotidiana del pa-

ciente adulto mayor, en las cuales el cuidador elige un ítem por cada una. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa); algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia. Además de las técnicas de evaluación ya mencionadas se utilizó el Termómetro del estado de ánimo, de Bunge, Gomar y Mandil (2008), citado por Muñoz et al (2006), como apoyo para registros intrasesiones, el cual cuenta con niveles del 0 al 10 para registrar el estado de ánimo en el que se encuentra la paciente.

De acuerdo a la información recabada mediante la Historia Clínica de Psicología, la paciente refiere estar presentando los síntomas desde hace tres meses y comenta haber iniciado con deseos de morir y sintiendo “que no le importaba a su familia”. No cuenta con amistades y no sale de casa más que para los mandados y para asistir a la iglesia los domingos. Tiene una buena relación con sus hijos, especialmente con dos de sus hijas que viven en la ciudad y la frecuentan.

La evaluación emocional realizada por medio de la Escala de depresión geriátrica abreviada, arrojó 11 puntos de 15 en los síntomas evaluados, lo cual indica una depresión severa, antes del tratamiento.

Se desglosaron cada uno de los síntomas, además de los que se encontraron en la escala. La paciente refirió durante las dos sesiones de evaluación pre-tratamiento tener deseos de morir, pero no presentó ideación suicida como tampoco ha tenido ningún intento de suicidio; además se encontró en ella durante las primeras sesiones llanto fácil, el cual se eligió como conducta a modificar y se decidió evaluarla intrasesiones. Como síntomas presentes, de acuerdo con la Escala de



depresión, se encontraron insatisfacción con su vida, disminución del interés, vacío de la vida, desánimo, aburrimiento, sentimiento de desamparo y falta de energía; como síntomas ausentes en la paciente están la preocupación, sentimiento de infelicidad, olvidos y desvalorización de la vida.

Por último, se observaron los primeros resultados del termómetro del estado de ánimo, ya mencionada su adecuación en los párrafos anteriores, el cual en la primera sesión de evaluación indicó un nivel cero de acuerdo con lo referido por la paciente, además de los síntomas comentados por la misma.

De acuerdo con los resultados arrojados en la Escala de Pfeffer, la paciente no presenta deterioro cognitivo; así mismo de acuerdo con el índice de Barthel, es totalmente independiente y continente, cubriendo esta característica en todas las preguntas abarcadas en el instrumento. Por último, de acuerdo con el índice de Katz, el único ítem que arrojó un indicador fue referente a accidentes de micción y/o defecación ocasionalmente, obteniendo una puntuación por encima de 60, lo cual indica independencia.

De acuerdo con la clasificación que ofrece la Asociación Psiquiátrica Americana (2020), en el DSM-IV-TR y después de revisar los resultados de la evaluación aplicada a la paciente, se diagnosticó a la paciente con Trastorno depresivo mayor, grave sin síntomas psicóticos y con síntomas melancólicos, al momento de la evaluación se asignó código F32.2. Actualizando el diagnóstico con el DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), lo clasificaríamos como episodio único, grave, con el código 296.23 (F32.2). Así mismo, de acuerdo con el CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (2008), la paciente padece tensión arterial alta, con código I10 y problemas relacionados con el analfabetismo o bajo nivel de instrucción, código Z55.0.

### *Establecimiento de las metas de tratamiento y objetivos terapéuticos. Mapa de alcance de metas*

La meta del tratamiento fue mantener al menos en un 80% el nivel en el estado de ánimo general y disminuir el llanto en un 80%, así como disminuir el puntaje de su depresión en la prueba aplicada, al menos en un 30%. Se tomaron como objetivos de tratamiento los síntomas de sentimientos de soledad, tristeza, deseo de morir, fatiga y falta de energía, taquicardia, falta de apetito, preocupación somática y desinterés y de igual manera se trabajó sobre sus pensamientos distorsionados.

Se definieron los síntomas que al atender desencadenarían las consecuencias positivas más urgentes como elevar el nivel del estado de ánimo y reducir la conducta de llanto, conductas que se estarán midiendo en cada sesión, así como lograr estabilizar la alimentación, retomar las actividades diarias, recuperar el cuidado personal, reducir la somatización y aumentar el interés. Para tales metas se seleccionaron las técnicas de psicoeducación, actividades agradables, autoafirmaciones positivas, entrenamiento en relajación, modificación de conducta, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y programación de actividades (Figura 3).

Las técnicas aquí mencionadas se planificaron estratégicamente tomando en cuenta las limitaciones de tiempo, traslados de la paciente y espacios disponibles, así mismo se aprovecharon los recursos de la paciente como fueron principalmente su docilidad, religiosidad, sentido del humor y el notable locus de control interno, por lo cual fue posible manejar las técnicas de tal manera que en sesión se le entrenara de manera rápida en las diversas técnicas para después seguir practicando en casa, así mismo, fue posible combinar técnicas, registros y estrategias las cuales fueron acatadas por la paciente, posibilitando

el avance en el tratamiento.

En el esquema que muestra la Figura 3, la relación múltiple entre las metas a alcanzar, los síntomas atendidos y las técnicas que se utilizaron, lo cual hizo posible lograr resultados en poco tiempo.

*Selección del tratamiento más adecuado*

Se propuso recomendar a la paciente primeramente una medicación prudente para su caso particular elegida por un médico. Para una intervención psicoterapéutica se propone un tratamiento con enfoque Cognitivo-Conductual, comenzando con la Psicoeducación (Aragonés et al, 2011) y se complementará con actividades agradables, autoafirmaciones positivas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en Habilidades Sociales, activación conductual también llamada programación de actividades, entrenamiento en rela-

jación, de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), y González y López (1999), y se incluirá, para mejorar su alimentación y mantener sus actividades agradables, terapia de modificación de conducta, de acuerdo con Patterson y Jackson (1980). Tales técnicas se planificaron estratégicamente tomando en cuenta las limitaciones de tiempo, traslados de la paciente y espacios disponibles, así mismo se aprovecharon los recursos de la paciente como fueron principalmente su docilidad, religiosidad, sentido del humor y el notable locus de control interno, por lo cual fue posible manejar las técnicas de tal manera que en sesión se le entrenara de manera rápida en las diversas técnicas para después seguir practicando en casa, así mismo, fue posible combinar técnicas, registros y estrategias las cuales fueron acatadas por la paciente, posibilitando el avance en el tratamiento.

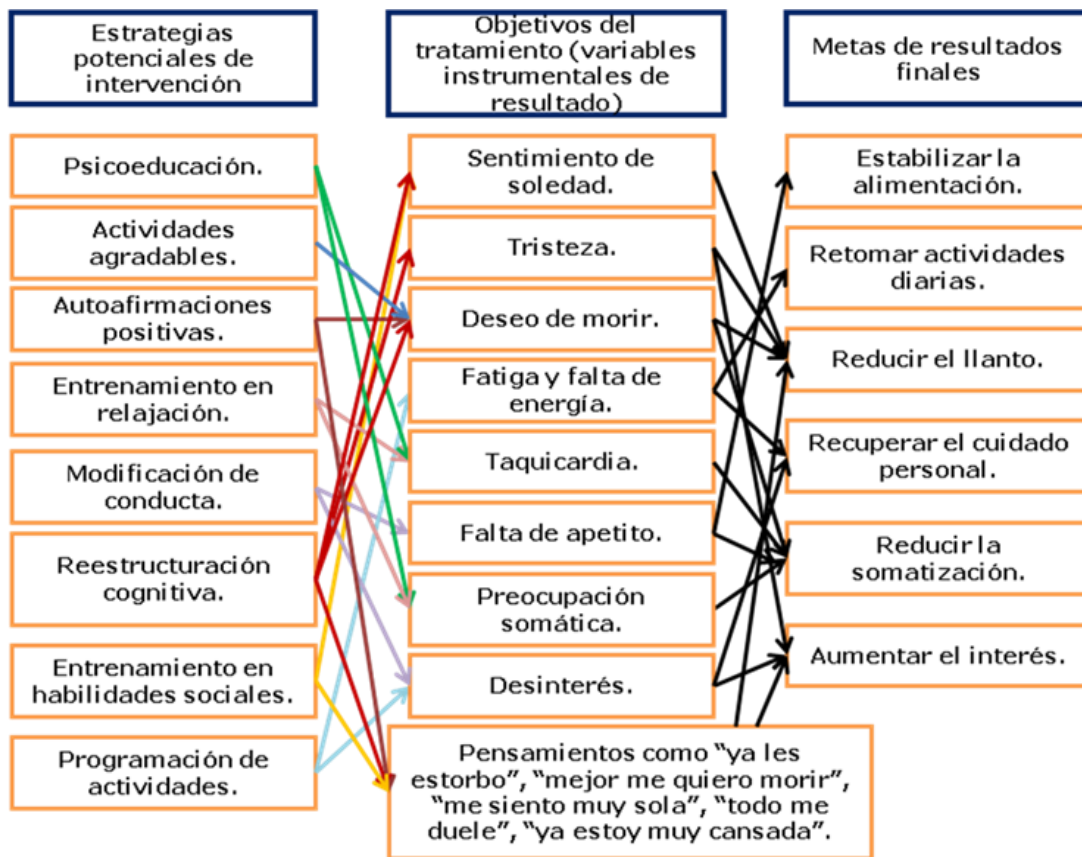


Figura 3. Mapa de Alcance de Metas

### *Aplicación del tratamiento*

El proceso de intervención consistió en una terapia breve, con enfoque Cognitivo-Conductual, formada por cuatro sesiones de tratamiento, una de cierre de tratamiento y prevención de recaídas y una para valoración post-tratamiento (ver Tabla 1), las cuales fueron semanales, además de tres de seguimiento, a los tres, seis y doce meses de haber terminado la intervención. Cabe destacar que las características de una terapia breve, suelen consistir, por ejemplo, en ser de tiempo limitado y corta duración, teniendo como máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos, se centra particularmente en el presente, pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio, trabaja la cognición y la emoción y, por último, tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental, (Hewitt y Gantiva, 2009).

Entre una sesión y otra se pidió a la paciente describir, en escala del 0 al 10, el nivel de su estado de ánimo general con el Termómetro del estado de ánimo, dando la menor medida al estado de ánimo aplanado y la mayor medida al estado de ánimo alegre; así mismo, se registró las veces que haya emitido llanto durante cada sesión. Se mantuvieron durante toda la intervención las autoafirmaciones positivas y las actividades agradables como tarea en casa.

Cada sesión constó de 30 minutos debido a la dificultad que presentó la paciente para permanecer más tiempo en la sesión por depender del tiempo disponible para las hijas al llevarla, ya que ambas, según les tocara en turno, debían salir de sus empleos para cumplir con la cita. Por estas mismas dificultades, además de contar con un tiempo reducido para realizar la intervención en el hospital al cual acude la paciente, debido a cuestiones administrativas, fue necesario adaptar el número de sesiones, aprovechando la disponibilidad de la paciente para seguir practicando las técnicas en casa.

Para lograr las metas establecidas se diseñó un plan de tratamiento basado en el Mapa de Alcance de Metas, durante el cual se trabajó tanto en el módulo donde fue atendida la paciente como mediante tareas realizadas en casa durante la semana (Tabla 1). Así mismo, se combinaron estrategias basadas en el Tratamiento Cognitivo-Conductual, de tal manera que se pudiera trabajar de manera integral en varios aspectos de la paciente tanto a lo largo del tratamiento como entre una sesión y otra.

Se capturó el trabajo realizado durante las sesiones en las tres etapas mediante el llenado de bitácoras de sesión.

A lo largo del tratamiento se desarrolló en la paciente la práctica de las técnicas que puede practicar ella misma en casa, tomando como ventaja para su tratamiento el recurso de su locus de control interno.

En la **Tabla 1** se presenta desglosado el trabajo realizado sesión por sesión, incluyendo el material, instrumentos y tareas asignadas, se especifican las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en cada sesión de intervención. Se incluyó la Psicoeducación como intervención, cuyo objetivo principal, dentro de las técnicas cognitivo-conductuales, de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), es informar al paciente acerca de la naturaleza multifacética del trastorno y las razones de su tratamiento.

### **Resultados**

#### *Evaluación de los resultados del tratamiento*

Si se revisa la Figura 5 mostrada a continuación, en la evaluación post-test se observa una notable mejora en comparación con la evaluación pre test al reducir los síntomas depresivos en la paciente de acuerdo al instrumento psicométrico aplicado e incluso encontrar, conforme a la comparación con el punto de corte, ausencia de una depresión clínica. De once síntomas que se registraron en la evaluación pre-tratamiento, al realizar la evaluación post-tratamiento se encontraron solamente 5 síntomas.

Tabla 1.  
*Diseño del plan de tratamiento*

Etapa	Sesión	Objetivo	Técnica	Actividades
Evaluación	1	Establecer el rapport, recabar información, iniciar entrevista. Ante la urgencia, dar intervención de contención para estabilizar a la paciente.	Entrevista y psicoeducación.	Establecimiento del rapport, inicio de entrevista de manera no estructurada. Psicoeducación acerca de la sintomatología y de cómo se hará el registro del estado de ánimo. Sugerencia de intervención psicoterapéutica.
Evaluación	2	Evaluar el nivel de depresión de la paciente, descartar deterioro cognitivo y evaluar la capacidad de independencia para realizar las tareas durante la intervención.	Entrevista. Aplicación de escalas e índices con medición psicométrica.	Recabar información para historia clínica y aplicar pruebas para evaluación.
Intervención	3	Que la paciente conozca los mecanismos de su problemática así como las estrategias que se trabajarán en terapia.	Psicoeducación (Aragonés et al, 2011).	Registro del estado de ánimo y cómo le fue durante la semana. Psicoeducación sobre las emociones y cómo registrarlas. Cierre de sesión indicando a la paciente actividades en casa y manejar autoafirmaciones positivas.
Intervención	4	Que la paciente aprenda a relajarse por medio de técnicas que pueda aplicar en su vida diaria.	Entrenamiento en relajación mediante respiración diafragmática y relajación muscular progresiva (Nezu et al, 2006). Modificación de conducta (Patterson y Jackson, 1980).	Registro del estado de ánimo y cómo le fue durante la semana. Técnica de respiración diafragmática y posteriormente técnica de relajación muscular progresiva. Cierre de sesión indicando seguir realizando las tareas anteriores y ahora agregar un registro de las ingestas de comida.
Intervención	5	Que la paciente aprenda a cambiar sus pensamientos negativos por pensamientos positivos. Modificar en la paciente su conducta de ingesta alimentaria deficiente.	Modificación de conducta (Patterson y Jackson, 1980) y reestructuración cognitiva (Nezu et al, 2006).	Registro del estado de ánimo y cómo le fue durante la semana. Psicoeducación sobre modificación de pensamientos negativos a positivos. Revisión de las tareas en casa e indicar agregar actividades agradables con el cuidado de su alimentación, entrega del registro previamente elaborado (anexos G y H), para marcar en él su cumplimiento de ambas acciones durante la semana.

Tabla 1.  
*Diseño del plan de tratamiento (continuación)*

Intervención	6	Que el paciente se active conductualmente mediante actividades concretas y que aprenda habilidades para socializar y así obtener una red de apoyo.	Entrenamiento en habilidades sociales y programación de actividades, Nezu, Nezu y Lombardo (2006) y González y López (1999).	Registro del estado de ánimo y cómo le fue durante la semana. Se felicita a la paciente por las tareas realizadas y se recomienda ahora acercarse a nuevas amistades. Aplicación de entrenamiento en habilidades sociales. Programación en una hoja de papel bond, por medio de dibujos, las actividades concretas a realizar durante la semana incluyendo las de socialización. Se cerrará la sesión indicando a la paciente realizar las actividades programadas y seguir cuidando su alimentación y actividades agradables.
Intervención	7	Que la paciente revise por sí misma los cambios logrados con el tratamiento, prevenir en la paciente las recaídas y formalizar el término del tratamiento.	Prevención de recaídas y cierre de tratamiento.	Registro del estado de ánimo y cómo le fue durante la semana. Repaso de las técnicas aprendidas durante el tratamiento y de los logros obtenidos. Invitación a la paciente para seguir practicando ella misma lo aprendido si vuelven a aparecer los síntomas. Se declara tratamiento terminado. Cierre de la sesión y el tratamiento indicando a la paciente seguir las actividades aprendidas y seguir cuidando su alimentación. Se programa una sesión de evaluación post-intervención y sesiones de seguimiento.
Evaluación post-tratamiento	8	Medir los niveles de la sintomatología atendida en el tratamiento y compararlos con los niveles pre-test para evaluar la eficacia de tratamiento entre fases.	Valoración postratamiento.	Se aplica técnica de evaluación psicológica que le fue aplicada antes del tratamiento y se compara con los resultados de la prueba aplicada antes del tratamiento.
Seguimiento	9	Monitorear el estado de ánimo de la paciente y comprobar la eficacia del tratamiento.	Seguimiento.	Registro del estado actual y revisión de los objetivos del tratamiento.
Seguimiento	10	Monitorear el estado de ánimo de la paciente y comprobar la eficacia del tratamiento.	Seguimiento.	Registro del estado actual y revisión de los objetivos del tratamiento. Análisis de los síntomas presentados posteriores al tratamiento y complicaciones relacionadas con la hiperkalemia.
Seguimiento	11	Monitorear el estado de ánimo de la paciente y comprobar la eficacia del tratamiento.	Seguimiento.	Registro del estado actual y revisión de los objetivos del tratamiento.

*Nota:* Se presenta con diferente sombreado cada etapa para diferenciar entre las sesiones de evaluación previa, la intervención, evaluación posterior y seguimiento

La gráfica en la **Figura 4** muestra cómo la intervención logró reducir de 11 a 5 síntomas de depresión en la paciente de acuerdo al instrumento psicométrico aplicado.

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Sheik y Yesavage (1986), citado por la Secretaría de Salud (2011), de cero a cinco síntomas se considera un estado normal, es decir, no hay depresión. Se desglosaron los síntomas encontrados en la evaluación post-test y se compararon con los encontrados en la evaluación pre-test, corroborando una notable diferencia en la cantidad de síntomas presentes.

Como síntomas presentes en el pre-test, de acuerdo con la Escala, se encontraron insatisfacción con su vida, disminución del interés, vacío de la vida, desánimo, aburrimiento, sentimiento de desamparo y falta de energía; como síntomas ausentes en la paciente están la preocupación, sentimiento de infelicidad, olvidos y desvalorización de la vida.

Al revisar los resultados del post-test, se encontraron como síntomas presentes insatisfacción con su vida, vacío de la vida, aburrimiento, sentimiento de desamparo y falta de energía; pudo comprobarse la usencia de síntomas relacionados con la disminución de interés, preocupación, sentimiento de infelicidad, aislamiento, olvidos, desvalorización de la vida, sentimientos de inutilidad, sentimien-

to de desesperanza y autovaloración negativa

Se tomó para la evaluación intrasesiones el nivel subjetivo en el estado de ánimo (general), sacando la media de acuerdo a los niveles que la paciente refirió haber experimentado durante la semana entre una sesión y otra (Figura 5); también se tomaron las veces que presentó llanto durante el desarrollo de cada sesión (Figura 6), mismas que fueron durante las tres etapas del procedimiento, es decir, durante las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento. Al analizar la tendencia se encontró una recaída en el estado de ánimo durante periodo abarcado entre la primera y segunda sesión de seguimiento, las cuales se explican con los síntomas causados por la hiperkalemia, que fueron desapareciendo conforme la paciente recuperó su salud física, comprobando que no se debían a una recaída en el trastorno depresivo mayor. La hiperkalemia es un trastorno hidroelectrolítico que se define como un nivel elevado de potasio plasmático, por encima de 5.5 mmol/L y sus causas pueden ser debido a un aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal. Entre sus síntomas se puede encontrar irritabilidad e inquietud, ansiedad, náuseas y vómitos, dolores abdominales, debilidad y entumecimiento y hormigueo de la punta de los dedos.

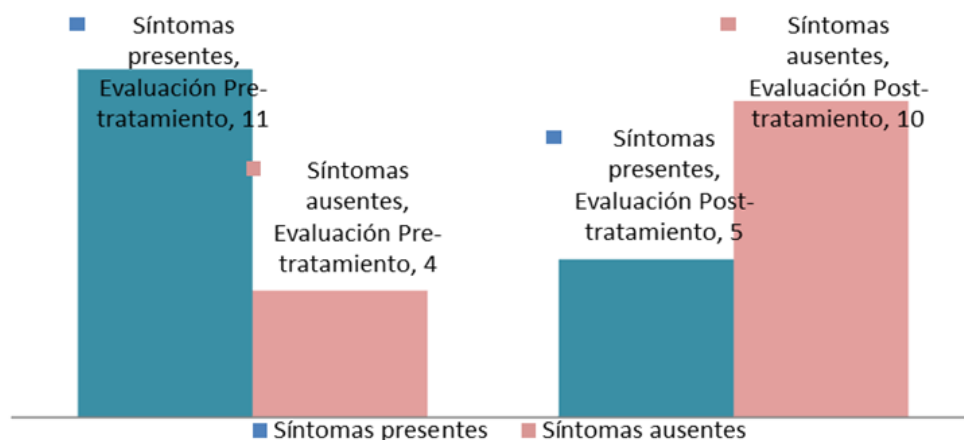


Figura 4. Gráfica de las evaluaciones pre-test y post-test de la depresión

Por último, se observa la reducción en las manifestaciones de la conducta de llanto, por parte de la paciente, durante las sesiones, incluso, a pesar de las complicaciones en la última fase del proceso, la paciente no reincidió en dicha conducta ni presentó los pensamientos iniciales como “soy un estorbo” ni deseos de muerte. En la Figura 5 se muestra gráficamente la evaluación intrasiones de la conducta de llanto de la paciente durante todo el proceso, desde la evaluación pre-tratamiento hasta las sesiones de seguimiento; para identificar los componentes de la gráfica se han abreviado de tal manera que se entienda CLL: Conducta de llanto, EPRT: Evaluación pre-tratamiento, INT: Intervención, EPST: Evaluación post-tratamiento, SG: Seguimiento, FX: Fluoxetina, HK: Hiperkalemia y RHK: Recuperación de hiperkalemia.

La Figura 5 muestra la evidencia de que al finalizar la intervención y en las sesiones de seguimiento no se presentó la conducta de llanto en la paciente.

De igual manera, como se muestra en la Figura 6, se mantiene un constante desempeño de la paciente en permanecer en niveles altos del estado de ánimo a pesar de la tristeza

que experimenta durante la semana. El decaimiento en el estado de ánimo bajo se presentó en el período de la hiperkalemia, mostrando una notable recuperación en las sesiones de seguimiento posteriores.

En la Figura 6 queda como evidencia, gráficamente, gracias a la evaluación intrasiones del estado de ánimo de la paciente durante todo el proceso, que desde la evaluación pre-tratamiento hasta las sesiones de seguimiento se sostuvo un resultado favorable. Cada abreviatura se refiere a un indicador de la gráfica, de manera parecida a la figura anterior, EA: Estado de Ánimo, EPRT: Evaluación pre-tratamiento, INT: Intervención, EPST: Evaluación post-tratamiento, SG: Seguimiento, FX: Fluoxetina. HK: Hiperkalemia y RHK: Recuperación de hiperkalemia.

Se ha tomado en consideración, además, que los cinco síntomas arrojados en la evaluación pos-tratamiento de la depresión, además de los síntomas fisiológicos referidos por la paciente, como los dolores de cabeza, abdomen y pecho, los cuales requerían medicamento, no fueron atendidos sino hasta después de haberse concluido la etapa de intervención psicológica.



Figura 5. Evaluación intrasiones de la conducta de llanto de la paciente.



Figura 6. Evaluación intrasesiones del nivel en el estado de ánimo de la paciente.

### Seguimiento

Se realizó una sesión de seguimiento un mes después de haber dado de alta a la paciente, en la cual refirió los mismos síntomas fisiológicos que presentó al principio de la intervención y se encontró en un nivel cero en su estado de ánimo, sin embargo hubo total ausencia de llanto y a diferencia de la evaluación pretratamiento, no se encontró en ella deseos de morir, no expresó ser un estorbo ni ninguna otra con contenido negativo; de acuerdo con lo referido tanto por la paciente como por la hija, el médico con quien tuvo la cita médica no aceptó la recomendación de medicar a E. L. con un antidepresivo y solamente le recetó vitaminas, por lo cual su hija decidió sacarle cita con otro médico, el cual decidió recetarle Fluoxetina y ordenó análisis de laboratorio; la paciente, al momento de la primera sesión de seguimiento, solo llevaba tres días de haber comenzado a consumir el antidepresivo.

Fue necesaria, posteriormente, una sesión extraordinaria en otro hospital en el que la paciente podía recibir servicio médico, debido a que la paciente fue internada por presentar hiperkalemia, lo cual explica los síntomas fisiológicos que presentó la paciente en la pri-

mera sesión de seguimiento. Al realizar la visita a la paciente, ella afirmó ya no presentar los síntomas y haber recuperado el nivel 10 en el estado de ánimo, así mismo, no presentó llanto.

Por último, fue realizada otra sesión de seguimiento cuatro meses después de haber sido de alta la paciente, en la cual se constató total ausencia de llanto y mantenimiento del estado de ánimo en el nivel 10, dentro de la escala del 1 al 10, utilizada en el termómetro del estado de ánimo. En esta sesión la paciente refirió estar asistiendo a las reuniones dominicales de su iglesia y estar de nuevo cuidando su jardín; de acuerdo a sus propios comentarios, confirmados por “su pastora”, es decir la persona encargada del culto en la iglesia a la que acude, quien la acompañó a esta última sesión, ahora la paciente tiene una mayor participación y asistencia a las reuniones, es invitada por personas de otro templo para también participar con ellos, y ha mostrado una actitud positiva y una recuperación notable de su salud. Logró obtener mayor habilidad para relacionarse con las personas que la rodean, expresar sus necesidades, modificar sus pensamientos para manejar sus emociones



y cuidar mantener una actitud activa en la recuperación de su peso perdido debido a la hiperkalemia.

### Discusión

Como se comentó al principio de este artículo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2013), recomienda como intervenciones psicológicas que han comprobado su efectividad en la población geriátrica la terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia por resolución de problemas, reminiscencia, biblioterapia, musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa. Así mismo recomienda el apoyo psiquiátrico de la farmacoterapia aplicando Paroxetina, Sertalina, Fluoxetina, Venlafaxina y Citalopram. Así mismo, de acuerdo con Nance (2010), la terapia cognitivo-conductual puede cambiar los sentimientos, los pensamientos y la conducta, y con ello mejorar el estado de ánimo; este método se sustenta en la idea de que los tres componentes del estado de ánimo (pensamientos, sentimientos y conducta) están interrelacionados, y esa también es la dinámica de la depresión.

El estudio de caso presentado en este trabajo confirmó las declaraciones ya comentadas, así como los estudios antecedentes que han confirmado la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual, en distintas edades, y ahora, en este caso analizado, se confirma el logro de la reducción de síntomas incluso con aplicación de terapia breve en situaciones en las que no se cuenta con el número y tiempo de sesiones que presentan otros estudios con este modelo terapéutico, derivando en reducción de la conducta problema y elevación del estado de ánimo, así como la disminución en la severidad de la depresión y de la cantidad de síntomas. Así mismo, es de considerarse la necesidad de realizar estudios que analicen tanto las similitudes entre los síntomas de la

hiperkalemia y los síntomas psicosomáticos que aparecen con la depresión, como debilidad, temblor fino, palpitaciones y calambres (Wagner, González, Sánchez, García y Gallo, 2012), como también su relación con los problemas cardiovasculares (National Institutes of Health, 1997-2020) y la edad de los pacientes.

En el caso analizado en este estudio se llevó a cabo su proceso de manera diferente a la que comúnmente se utiliza en los trabajos realizados con el tratamiento Cognitivo-Conductual; por ejemplo, el tiempo destinado para las sesiones, así como el número de sesiones destinadas a la intervención, fue menor al tiempo y número de sesiones que se han aplicado en esta modalidad de tratamiento (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Hernández, 2010); esto fue debido a las limitaciones de tiempo y fue posible gracias al alto locus de control interno que poseía la paciente, el cual permitió que completara la práctica de las técnicas en casa, así mismo, su religiosidad permitió la aplicación rápida de las técnicas de relajación y la aplicación de autoafirmaciones positivas, esto debido, por una parte, a su concentración acostumbrada para orar, lo que le facilitaba una pronta relajación, y por otra parte, las autoafirmaciones llevaban un tinte espiritual personal de motivación.

La principal limitación de este trabajo es la escasez de puntos de referencia que existen en la literatura que presenten diseños de caso único con este tipo de problemática, ya que las intervenciones cognitivo-conductuales para las personas de la tercera edad, que han sido publicadas, son aplicadas, por lo general, en modalidad grupal. Puede mencionarse el estudio de Chávez, Benitez y Ontiveros (2014), así como el de Lugo, Reynoso y Fernández (2015), ambos con resultados estadísticamente significativos con respecto a la re-

ducción de la frecuencia y/o intensidad de los síntomas al haber realizado una intervención cognitivo conductual, sin embargo, ambos se llevaron a cabo con grupos control, lo cual dificulta una comparativa adecuada con respecto del presente estudio. Así también, la modificación en tiempo y número de sesiones que fueron necesarias específicamente en esta paciente por las dificultades de traslado y tiempo disponible para estar en sesión contradice al resto de la literatura al respecto.

Sin embargo es de rescatarse la comprobación de la eficacia y utilidad de la aplicación en una modalidad breve, de la Terapia Cognitivo-Conductual, para los casos presentados como en el presente estudio, corroborando las afirmaciones de Hewitt y Gantiva (2009), quien se realiza una comparación de las diferencias existentes entre las terapias a largo plazo y las terapias breves, ambas desde un enfoque clínico cognitivo conductual, especificando que, mientras en la modalidad a largo plazo se realiza un proceso de evaluación exhaustiva y se atienden trastornos clínicos y patologías, en la modalidad de terapia breve se hace una evaluación rápida y su aplicación está indicada para el tratamiento de déficit o excesos de tipo conductual, o bien para desajustes emocionales específicos y transitorios, como es el caso del paciente presentado en este estudio, el cual no tenía antecedentes psicopatológicos ni trastornos de personalidad, sino que su problemática consistía en un único episodio y con síntomas específicos, lo que permitió que la intervención no durara más de cinco sesiones, la cual es también otra característica que se puntualiza en la terapia breve (Hewitt y Gantiva, 2009).

### Conclusiones

Es posible aplicar un Tratamiento Cognitivo-Conductual en ancianos con síntomas depresivos que además tengan limitaciones de

tiempo y espacio que lleven al terapeuta a reducir el número de sesiones así como su duración, esto se logró mediante las adecuaciones de las técnicas y materiales que se utiliza en este modelo terapéutico, que da pie a la practicidad y trabajo específico sobre las conductas y e identificación de emociones mediante registros visuales no verbales; sin embargo, las particulares de cada paciente influirán en los resultados si no se realizan dichas adecuaciones para cada situación en particular ni se toma ventaja de los recursos individuales con los que cada paciente cuenta; es necesario, además, compararlo con estudios en los que la diversidad de personalidades en los pacientes confirme si es posible reducir de esa manera las sesiones obteniendo el mismo resultado y distinguir si realmente esto es posible en personas sin religiosidad significativa que les familiarice con la concentración en las técnicas o personas con un menor locus de control interno.

De igual manera, es importante tomar en cuenta en las investigaciones e intervenciones con los adultos mayores las complicaciones fisiológicas que posiblemente estén pasando al momento de la intervención psicológica y los efectos secundarios de los tratamientos que puedan estar recibiendo.

En lo que respecta a este estudio se rescata que se obtienen resultados en la reducción de síntomas, pese a situaciones o circunstancias particulares de la intervención o del paciente mismo siempre que las adecuaciones se adhieran a las técnicas utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual. Así mismo se presenta el hallazgo sobre el impacto que pudieran tener en el mismo las complicaciones derivadas de los padecimientos fisiológicos, haciendo hincapié en la importancia del trabajo interdisciplinario previendo así el análisis adecuado y acciones pertinentes para el logro efectivo de los resultados.

## Referencias

- Aragónés, E., López, G., Badia, W., Piñol, J. L., Hernández, J. M., y Caballero, A. (2011). Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI. *Metas de Enfermería*, 14(4), 62-67. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/215680551\\_Abordaje\\_psicoeducativo\\_de\\_la\\_depresion\\_en\\_atencion\\_primaria\\_El\\_modelo\\_INDI](https://www.researchgate.net/publication/215680551_Abordaje_psicoeducativo_de_la_depresion_en_atencion_primaria_El_modelo_INDI)
- Asociación Psicológica Americana (2020). *La tercera edad y la depresión*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D. H., y Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual. España: Martínez Roca.
- Buela G. y Sierra J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 525-532. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-55.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-55.pdf)
- Chávez, E., Benitez, E. y Ontiveros, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117. Recuperada de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000200004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004)
- Cid, J., y Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. y Vera, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-48. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000100003)
- González, J. L. y López, L. A. (1999). *Sentirte bien está en tus manos*. España: Editorial Sal Terrae.
- Gould R. L, Coulson M. C. y Howard R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1817-30. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x>
- Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, un análisis de caso*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de México, Atlacomulco, México. Recuperado de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista, M. P. (2010). Metodología de la investigación. (5a ed.). México: McGraw-Hill.
- Hewitt N. y Gantiva C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79911627012>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/194GRR.pdf>
- Kerlinger, F y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. (4º Ed). MacGraw Hill. México.
- Lugo, I. V., Reynoso, L. y Fernández, M. (2015). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre ansiedad, depresión y severidad del asma en adultos. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(1), 23-32. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/58064>
- Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Estudios experimentales 2ª parte. Estudios cuasi-experimentales, *Int. J. Morphol*, 33(1), pp. 382-387. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n1/art60.pdf>
- Martin, D. W. (2008). Psicología experimental. Cómo hacer experimentos en psicología. México.: Cengage Learning.
- Muñoz, R. F., Ghosh Ch. I, Rao, S., Le, H., Valdes E. D. e Ippen E. (2006). Actividades y su estado de ánimo. Guía para el cliente. Clínica de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, División de Medicina Psicosocial, Hospital General de San Francisco, Universi-

- dad de California, San Francisco. Recuperado de <http://hss.semel.ucla.edu/wp-content/uploads/2015/07/CBT-Client-Spanish.pdf>
- National Institutes of Health (1997-2020). Nivel alto de potasio. Rockville Pike. U. S.: Medline Plus Información de salud para usted. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001179.htm>
- Nance, D.C. (2010). Depresión en adultos mayores. En L. M. Gutiérrez y J. H. Gutiérrez. *Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria* (pp. 239-248) (1ª ed). México: Instituto de Geriátria. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/282976490>
- POLITICAS\_DE\_SALUD\_PARA\_LOS\_ADULTOS\_MAYORES\_RETOS\_Y\_PRIORIDADES\_ENVEJECIMIENTO\_HUMANO\_Una\_vision\_transdisciplinaria\_INGER
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Ginebra: Paho.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión. *Temas de salud*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I. y Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19 (2), 193-204. Recuperado de [https://www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/03-19\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf)
- Patterson, R. L. y Jackson, G. H. (1980). Modificación de conducta de las personas mayores. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. Millar (Eds.), *Progress in Behavior Modification* (6), 239-240. Nueva York: Academic Press.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M. y Filos, S. (1982). Medición de actividades funcionales de los adultos mayores en la comunidad. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605678890>
- Romero, G. (2006). Tratamiento Cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 65-75. Recuperado de [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/1/8-TRATAMIEN-TO\\_COGNITIVO\\_CONDUCTUALDE.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/1/8-TRATAMIEN-TO_COGNITIVO_CONDUCTUALDE.pdf)
- Secretaría de Salud (2011), Guía Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio (pp. 56-58). México, D. F.: CENETEC. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491\\_GPC\\_valoracixn\\_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER\\_Valoracixn\\_geronto\\_geriatrica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_Valoracixn_geronto_geriatrica.pdf)
- Vergara, S. y González, A. S. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212414010>
- Wagner, F. A., González, C., Sánchez, S., García, C., y Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/lo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S01853325201200100002](http://www.scielo.org.mx/lo.phpscript=sci_arttext&pid=S01853325201200100002)