

Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos

J.P. Serrano, J.M. Latorre y J. Montañés

Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.

RESUMEN

Introducción: el objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de un modelo de revisión de vida, basado en el entrenamiento para la recuperación de los recuerdos autobiográficos específicos positivos, como tratamiento en ancianos deprimidos.

Material y método: se asignó aleatoriamente a 2 grupos — tratamiento y control— a 43 personas mayores con una edad comprendida entre los 65 y los 93 años, con sintomatología depresiva y sin demencia. Los resultados indican diferencias significativas entre los grupos experimental y control después de 4 semanas de práctica en la recuperación de recuerdos autobiográficos.

Resultados: en el postest, los sujetos que recibieron tratamiento mostraron menos síntomas depresivos y un mayor número de acontecimientos específicos recordados. Las conclusiones sugieren que la práctica en memoria autobiográfica, basada en el recuerdo de acontecimientos específicos, puede utilizarse en terapias sobre revisión de vida con efectividad y podría ser una herramienta útil en la psicoterapia con los ancianos depresivos.

Palabras clave

Depresión. Memoria autobiográfica. Terapia cognitiva.

Life review therapy based on retrieval of specific autobiographical memories in elderly individuals with depression

ABSTRACT

Introduction: the aim of this study was to examine the efficacy of a new model of life review based on retrieval of specific positive autobiographical memories to treat depressed older adults.

Material and method: forty-three adults aged 65-93 years with clinically significant depressive symptomatology and no dementia

were randomly assigned to the treatment or control groups. The results indicated significant differences between the experimental and control groups after 4 weeks of practising autobiographical retrieval.

Results: in the post-test, individuals in the treatment group showed fewer depressive symptoms and retrieval of a greater number of specific events. The findings suggest that practice in autobiographical memory, based on retrieval of specific events, may be among the components of life review that account for its effectiveness and could be a useful tool in psychotherapy in older adults with depression.

Key words

Depression. Autobiographical memory. Cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

A partir de las investigaciones sobre los efectos que provoca la depresión en el recuerdo autobiográfico, hemos desarrollado una terapia basada en la revisión de vida (RV), tratando de comprobar si provoca una reducción de la sintomatología depresiva en los ancianos, una vez que se someten a la intervención.

La RV se ha presentado a menudo como una terapia para la depresión en los ancianos. Originalmente, la RV fue aceptada como válida apoyándose en la teoría de Erikson¹ para lograr la integridad del Yo en la resolución de la octava fase del desarrollo del ciclo vital. Butler²⁻³, pionero en la utilización de la RV, fue quien comenzó a usar diferentes métodos para elicitar el recuerdo; por ejemplo, a partir de fotografías antiguas, de grabaciones de las autobiografías de los propios sujetos, de reuniones dirigidas por un terapeuta o también de la construcción de genealogías de familias. Según Haight y Dias⁴, los aspectos más terapéuticos de la RV son la participación del individuo en el proceso de reminiscencia de forma individual, la reflexión y la evaluación personal de los propios acontecimientos de vida y la revisión de todo el ciclo vital. Recientemente, Haight y Webster⁵ han propuesto una guía sistemática para dirigir los grupos de RV y han recomendado diferentes temas para la discusión en éstos, como hilo conductor del proceso de RV. En esta

Correspondencia: Dr. J.P. Serrano Selva.
Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.
Avda. Almansa, s/n. 02001 Albacete. España.
Correo electrónico: JuanPedro.Serrano@uclm.es

Recibido el 15-06-04; aceptado el 16-02-05.

misma línea, Birren y Birren⁶ han llevado a cabo sesiones de recuerdo autobiográfico guiado donde los miembros escriben y comparten sus autobiografías. Esta guía consta de varias preguntas a través de las cuales se estructuran las narraciones autobiográficas de los participantes.

La mayoría de los autores aceptan las ideas de Butler sobre los beneficios de la reminiscencia en las personas mayores. Por ejemplo, la aceptación de la muerte⁷, la mejora del funcionamiento cognitivo⁸, el aumento del significado de la vida⁹ y la reducción de la depresión¹⁰ se han estudiado como posibles efectos de la reminiscencia.

De acuerdo con la bibliografía existente, el número de estudios publicados sobre reminiscencia se ha incrementado rápidamente en los últimos 25 años. Haight¹¹, en una revisión de artículos publicados sobre este tema en revistas norteamericanas a lo largo de las décadas de los sesenta, setenta y ochenta, encontró que el número había aumentado respectivamente de 3 a 20 y a 71, respectivamente. En la actualidad, las técnicas de reminiscencia se consideran herramientas potenciales dirigidas a mejorar síntomas como los depresivos que pueden aparecer en las últimas etapas de la vida y, en muchas ocasiones, ayudan a alcanzar el desarrollo de la integridad personal^{10,12}.

No obstante, han sido pocos los estudios aleatorizados y controlados o con muestras no institucionalizadas. Haight^{13,14} comparó un grupo control que no recibía tratamiento, sino sólo la visita de amigos, con un grupo que participaba en un programa estructurado de RV, y encontró que el grupo que recibía la intervención mejoraba el sentimiento de satisfacción de vida y su estado de ánimo. La RV ha sido utilizada también con ancianos hospitalizados que se enfrentan a cirugía o a procedimientos médicos invasivos. Estos trabajos muestran una reducción de la ansiedad y una mejora de la autoeficacia en las estrategias de afrontamiento cuando se les compara con un grupo de control^{15,16}.

La RV se ha usado frecuentemente con ancianos que viven en residencias o que reciben ayuda a domicilio en sus casas que, aunque no presenten depresión clínica, tienen un alto riesgo de tener depresión, ya que presentan en su mayoría sintomatología depresiva¹⁷. Con una muestra de ancianos deprimidos, Fry¹⁸ encontró que tanto la RV estructurada, administrada individualmente, como la no estructurada redujeron los síntomas depresivos significativamente en comparación con un grupo placebo, y que la RV estructurada es más eficaz que la no estructurada. Del mismo modo, en un grupo de ancianos que presentaban grados moderados de depresión y ausencia de demencia, alojados en residencias en que recibían atenciones de enfermería, Dhooper et al¹⁹ observaron que los grados de depresión se reducían significativamente en quienes recibieron una RV estructurada combinada con una intervención en

resolución de problemas cuando se les comparó con un grupo de control que no recibía ningún tratamiento. Arian et al²⁰, con una muestra de ancianos diagnosticados de trastorno depresivo mayor, compararon 2 terapias —RV y solución de problemas—, concluyendo que ambas eran efectivas, en comparación con el grupo de control, a la hora de reducir la sintomatología depresiva. En un estudio reciente, que ha utilizado el metaanálisis, se ha evidenciado que la RV y la reminiscencia son tratamientos potencialmente efectivos para la reducción de la sintomatología depresiva en ancianos, en el mismo nivel que la psicoterapia o la farmacoterapia tradicional²¹.

Los estudios en memoria autobiográfica han mostrado que cuando se presenta una palabra, que actúa como clave para elicitarse el recuerdo, las personas deprimidas recuperan los recuerdos menos específicos y más generales en comparación con personas no depresivas, como demuestran diferentes trabajos²²⁻²⁶. Este fenómeno se ha denominado sobregeneralización del recuerdo, y se ha observado en los pacientes deprimidos y en personas con intentos de suicidio, y es uno de los rasgos más característicos de la memoria en personas con depresión²⁷⁻²⁹. La memoria autobiográfica puede representarse como una estructura jerárquica, donde la información general se sitúa en la parte más alta, y la información más específica y detallada, en el lugar más bajo; de forma que, cuando las personas intentan recuperar los recuerdos autobiográficos, acceden primero a las descripciones generales y utilizan estos recuerdos como los pasos intermedios para llegar a la descripción de eventos más específicos^{30,31}. Es decir, que las personas normalmente pueden navegar a través de esta estructura jerárquica y seleccionar el nivel de especificidad del recuerdo que deseen y que tiene más sentido para ellos cuando se les solicita un recuerdo, mientras que los deprimidos tienen una gran dificultad para pasar de los recuerdos generales a los específicos.

Williams y Dristchel³² destacan precisamente que, mientras que las personas normales pueden controlar la especificidad de sus recuerdos, otras necesitan un mayor esfuerzo cognitivo para acceder a este tipo de recuerdos. Diferentes estudios demuestran que tanto los individuos deprimidos²³, como los ancianos³³, tienen más dificultades para la recuperación de los recuerdos específicos en la memoria autobiográfica. Si un individuo no produce un recuerdo específico, entonces un recuerdo general es el que aparece en la memoria, es decir, los niveles superiores dentro de la estructura jerárquica son los que proporcionarían los recuerdos.

Aunque la sobregeneralización del recuerdo se describió originalmente como una característica estable³⁴, se ha observado que es susceptible de modificación. Williams et al³⁵, por ejemplo, encontraron que pacientes deprimidos que recibieron 8 semanas de terapia cognitiva basada en un entrenamiento atencional mostraban una reducción en la sobregeneralización del

recuerdo en comparación con un grupo de control. Del mismo modo, Watkins et al³⁶ encontraron que mediante un proceso de distracción atencional los sujetos, tanto deprimidos como disfóricos, disminuían la sobregeneralización de los recuerdos. Sin embargo, la sobregeneralización del recuerdo era mantenida si a los participantes se les inducía hacia pensamientos rumiativos, que hacían que mantuviesen la forma de pensamiento disfuncional que ha sido asociada con el desorden del depresivo.

Basándonos en estas investigaciones, nuestro enfoque se ha centrado en llevar a cabo la RV con ancianos que presentan sintomatología depresiva. Nuestros objetivos son presentar un protocolo de intervención de RV en sucesos específicos positivos (RVREP) y evaluar su eficacia en ancianos con sintomatología depresiva. Partiendo del supuesto de que los ancianos deprimidos tienden a la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico, una RVREP puede contribuir, de manera añadida a la RV tradicional, a la reorientación atencional y a la mejoría de la depresión en el anciano. Nuestra hipótesis es que en los ancianos que reciban el tratamiento disminuirán de manera significativa los síntomas depresivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Se invitó a 120 ancianos, clientes de los Servicios Sociales en Almansa (Albacete), a participar voluntariamente en este estudio. Estos sujetos recibían 1 h de asistencia diaria del Servicio de Asistencia a Domicilio de Almansa (SADA), empresa privada que se dedica a la ayuda asistencial a domicilio, y que

accedieron a colaborar en el proceso de reclutamiento de la muestra.

Después de que los participantes ofrecieran su consentimiento verbal, 5 asistentes de la empresa SADA ayudaron en el proceso de selección de los sujetos. Los criterios para la inclusión en el estudio fueron los siguientes: presentar sintomatología depresiva (CES-D, punto de corte > 16), no mostrar ninguna evidencia de demencia a partir del MEC de Lobo et al³⁷ (MEC punto de corte < 28) y, por último, que no estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico para la depresión. Del conjunto de la muestra, 76 individuos obtuvieron una puntuación de 16 o superior en el CES-D. Dentro de este grupo, 12 obtuvieron una puntuación por debajo de 28 en el MEC y fueron excluidos, y 14 decidieron no participar. La muestra quedó formada por 50 sujetos. Para formar 2 grupos equivalentes, control y experimental, se utilizó el sistema de emparejamiento y asignación aleatoria a partir de las puntuaciones en la prueba CES-D, el sexo y la edad. El grupo de control recibía la visita de los servicios sociales como tenía lugar habitualmente y el grupo experimental recibió la intervención de la RVSEP mientras continuaban recibiendo las visitas por parte de los auxiliares de servicios sociales. Antes de la intervención, 7 personas (5 del grupo experimental y 2 del grupo control) abandonaron el estudio después del pretest por diversos motivos: 3 por cambio de ciudad, 1 por enfermedad y hospitalización, 1 por fallecimiento y 2 por falta de motivación. Los abandonos no influyeron significativamente en la homogeneidad de los grupos, quedando formados finalmente por 20 sujetos en el grupo experimental y 23 en el control. La muestra final quedó formada por 43 ancianos, como se puede apreciar en la tabla 1.

Instrumentos

CES-D

TABLA 1. Datos descriptivos de la muestra participante en el estudio

Variables	Grupo experimental (n = 20) Media (DE)	Grupo control (n = 23) Media (DE)	Test estadístico t-test (df = 41)
Edad	75,8 (8,1)	78,4 (7,3)	1,11
	Frecuencia	Frecuencia	χ^2 (n = 43, df = 3)
Educación			5,08
Lee y escribe	0,0%	15,0%	
Estudios primarios	73,9%	60,0%	
Estudios secundarios	26,1%	20,0%	
Estudios universitarios	0,0%	5,0%	
Sexo			χ^2 (n = 43; df = 1)
Varón	17,4%	30,0%	0,95
Mujer	82,6%	70,0%	

Nota: ninguna de las diferencias es estadísticamente significativa.

La depresión fue medida a través de la prueba Center Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D³⁸), traducida al castellano por Latorre Postigo y Montañés Rodríguez³⁹. Es una prueba de autoinforme formada por 20 ítems, desarrollada para valorar la sintomatología depresiva en la población general. Cada ítem es valorado en una escala de 4 puntos, de 0 (poca o ninguna experiencia del síntoma durante la última semana) a 3 (la experiencia casi constante del síntoma). El rango de puntuaciones posibles oscila de 0 a 60, y las puntuaciones más altas indican mayor presencia de síntomas depresivos. Para nuestra muestra el alfa de Cronbach = 0,63.

CIDI

Una versión en forma reducida de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI)⁴⁰ se utilizó para evaluar si los participantes presentaban los criterios para ser diagnosticados con el trastorno depresivo mayor. Durante la fase de pretest se preguntaba por los síntomas durante los últimos 2 años; en el postest, se preguntaba a los participantes por las últimas 2 semanas. La prueba CIDI es una batería de entrevistas estructuradas que miden, bajo los mismos criterios diagnósticos que el DSM-IV o el ICD-10, diferentes trastornos mentales y adicciones, y permite a través de ellas asignar un diagnóstico clínico. Todas las cuestiones de cada una de las entrevistas siguen un detallado y sencillo orden a las que se responde sí o no. En las respuestas que ofrecen los sujetos no es necesario el juicio del entrevistador, lo que hace que presente una alta fiabilidad test-retest, y una buena consistencia interna.

Prueba de memoria autobiográfica

Esta prueba mide la habilidad a la hora de recuperar un recuerdo específico en un tiempo determinado (cronometrado) cuando al sujeto se le da una palabra que actúa como clave para elicitar el recuerdo. El procedimiento se tomó de Williams y Broadbent³⁰. Las palabras clave usadas en la versión española de la prueba fueron previamente generadas presentando una lista de 30 palabras (10 positivas, 10 negativas y 10 neutras) a un grupo de ancianos de un centro de la tercera edad a quienes se les pedía que eligiesen las 5 palabras positivas, negativas y neutras que les pareciesen más familiares. Estas palabras se presentaron oralmente al grupo de ancianos. Las palabras positivas más elegidas por ellos fueron: divertido, afortunado, apasionado, feliz, ilusionado; las 5 negativas: fracasado, infeliz, triste, abandonado, desgraciado, y las 5 neutras: trabajo, ciudad, casa, zapatos, familia. Posteriormente, en la investigación se presentaron a los sujetos de la muestra en orden alterno las palabras positivas y negativas y al final las 5 neutras. Para asegurar que los participantes entendieran las instrucciones, se les presentaban ejemplos de recuerdos generales (p. ej., veranos en la ciudad) y de recuerdos

específicos (p. ej., el día que se casó). A cada participante se le daban instrucciones sobre cómo a partir de cada una de estas palabras clave ellos deberían intentar ofrecer un recuerdo que hubiese ocurrido en un tiempo y lugar concreto y que no tuviese una duración mayor de un día. La pregunta de la prueba pretest y postest de memoria autobiográfica para las palabras positivas y negativas era: «Intente recordar un día o situación en el pasado en que usted se sintiera... (palabra clave). ¿Puede describir cómo ocurrió?». Para las palabras neutras la pregunta era: «Intente recordar un día especial que aparezca en su memoria a partir de la palabra... (palabra clave)». A los participantes se les daban 30 s tras cada una de las palabras clave para que ofreciesen un recuerdo relacionado con la esa palabra. Si ningún recuerdo era evocado en los 30 s, se anotaba como omisión, porque al sujeto no se le ofrecía *priming*. Cada recuerdo era valorado como general o específico. Si el evento evocado no abarcaba más de un día como máximo, era codificado como específico, y si no como general. A cada recuerdo se le asignaba una valencia afectiva positiva, negativa o neutral. Dos psicólogos actuaron como evaluadores ajenos al trabajo de investigación, tanto para el pretest como para el postest y de manera independiente anotaron las contestaciones de todos los participantes. Desconocían las hipótesis y la finalidad del estudio, y tampoco sabían si los sujetos pertenecían al grupo experimental o control. La fiabilidad interjueces para el recuerdo general frente al específico fue de 0,89 en el pretest y 0,91 en el postest. En el pretest, la fiabilidad interjueces para los recuerdos positivos fue de 0,78; para los negativos, de 0,80, y para los neutros, de 0,79. En el postest, los resultados fueron, respectivamente, 0,77, 0,79 y 0,79. Estos porcentajes muestran índices de concordancia bastante altos.

Adaptación de la revisión de vida (RVREP)

La técnica utilizada para llevar a cabo la intervención con el grupo experimental durante 4 semanas fue una adaptación de la entrevista original diseñada por Haight⁴¹, denominada Life Review and Experiencing Form. Nuestra adaptación de la versión original consistió en la delimitación de las entrevistas a 14 preguntas sobre cada uno de los 4 períodos de vida de que consta la misma (infancia, adolescencia, juventud y adultez), que en la versión original tenía una mayor extensión, y además en que todas las preguntas de las entrevistas están realizadas para obtener recuerdos específicos positivos sobre la vida de las personas, es decir, los momentos o instantes de felicidad vividos a lo largo de la vida. Estas 2 modificaciones han sido realizadas por 2 cuestiones fundamentales. En primer lugar, se ha reducido la extensión inicial de las entrevistas porque en el estudio piloto que se realizó con anterioridad a la intervención con 6 personas mayores se observaba que las personas de la tercera edad parecían empezar a notar cansancio o distracción a partir de la pregunta 13 o 14, aproximadamente, y se decidió que 14 cuestiones eran apropiadas para llevar cabo la intervención. En segundo lugar, se orientaron las preguntas

TABLA 2. Análisis de la covarianza de la prueba Center for Epidemiological Studies-Depresión (CES-D2) en el postest

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F
M. corregido	1.665.517	2	832.759	29.925 ^a
Intersección	0,864	1	0,864	0,031
CESD1	1117.295	1	1.117.295	40.150 ^b
Grupo	938.189	1	938.189	33.713 ^c
Error	1.113.134	40	27.828	
Total	28.126.000	43		
Total corregida	2.778.651	42		

CESD1: puntuaciones pretest (variable covariada); grupo: pertenencia al grupo control frente a experimental (variable independiente).

^ap < 0,05. ^bp < 0,01. ^cp < 0,001.

de cada una de las entrevistas hacia recuerdos específicos positivos con la intención de que la persona tuviese que realizar un mayor esfuerzo de atención para recuperar estos recuerdos en vez del simple hecho de narrar acontecimientos de forma espontánea o atemporal. Por ello, la técnica inicial ha sido modificada y adecuada al propósito de la investigación, que era realizar una práctica en memoria autobiográfica sobre recuerdos específicos positivos a partir de la RV de las personas mayores.

Procedimiento

El trabajo experimental tuvo una duración de 8 semanas. En la primera, los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio y recibieron una explicación de cómo se llevaría a cabo; se recogieron los datos demográficos básicos, y se completaron las medidas del estado de ánimo en el pretest con el CES-D y el CIDI.

Durante la segunda semana, los participantes completaron la prueba pretest de memoria autobiográfica compuesta por las 15 palabras clave (5 positivas, 5 negativas y 5 neutras).

Entre la tercera y la sexta semanas tuvo lugar la intervención en RV con el grupo experimental, de forma individual a lo largo de 4 semanas, con una periodicidad de una sesión por semana, por parte de un psicólogo, mientras que el grupo de control sólo recibió la visita de los auxiliares sociales. En cada una de las 4 semanas de práctica se hacía referencia al recuerdo de un período de vida concreto: niñez, adolescencia, madurez y resumen de vida. Para la práctica de cada una de las semanas, se prepararon 14 preguntas, basadas en la revisión de vida de Haight¹⁴. Todas las preguntas estaban diseñadas par elicitare recuerdos específicos positivos. Las sesiones fueron registradas en una grabadora y cada uno de los recuerdos elicitados fue codificado posteriormente como general o específico (tipo de recuerdo) y como positivo o negativo o neutral (valencia afectiva).

La prueba postest sobre recuerdos autobiográficos tuvo lugar la séptima semana, mientras que en la octava, y última semana, concluyó con la administración a los sujetos de la prueba CES-D.

RESULTADOS

La hipótesis principal era que los individuos que fueran sometidos a la práctica en RVREP, condición experimental, mostrarían unos menores índices de depresión y un mayor número de recuerdos específicos, disminuyendo el fenómeno de la sobregeneralización del recuerdo. Partíamos de la idea de que el número de recuerdos específicos aumentaría entre la prueba pretest y postest en los individuos que recibieran la RVREP. Los datos obtenidos muestran que los ancianos que recibieron la práctica en revisión de vida recuperaron más recuerdos específicos en la prueba postest de memoria autobiográfica, en comparación con el grupo control, lo que nos permite conjeturar que la intervención fue posiblemente la que hizo que los ancianos generaran recuerdos más específicos. Los resultados evidencian también que el grupo experimental que recibió la práctica en RVREP mejoró sus síntomas depresivos y el número de recuerdos específicos cuando se comparó con el grupo de control.

Se llevó a cabo un análisis de covarianza para ver si las diferencias obtenidas entre el grupo control y el experimental podían ser atribuidas al tratamiento. En el análisis de los datos, los valores del CES-D2 (postest) se han utilizado como variable dependiente, mientras que los valores del CES-D1 (pretest) se incluyen como una covariable. Los resultados indican que el grupo que recibe tratamiento mejora en sus síntomas depresivos tras recibir el entrenamiento en RVREP ($F = 33.713$ para 1,40 gl; $p < 0,001$) (tabla 2).

A partir de los resultados obtenidos basándose en la práctica en RVREP podemos observar que, en el grupo de tratamiento, el número de recuerdos específicos pasa de 3,15 en el pretest a 6,35 en el postest, mientras que en el grupo de control pasa de 3,43 a 4,17. El aumento en este último caso se puede atribuir al efecto de prueba. Ello permite afirmar que el grupo que recibe la práctica en RVREP a lo largo de 4 semanas presenta en la prueba postest de memoria autobiográfica un mayor acceso a los recuerdos específicos respecto al pretest (fig. 1)¹. El

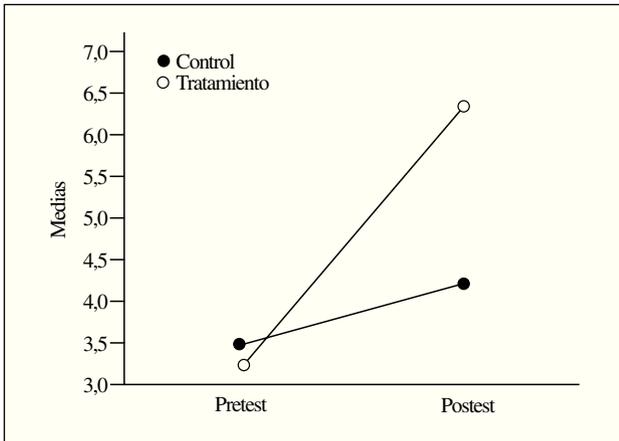


Figura 1. Puntuaciones medias pre y postest de los recuerdos de tipo específico.

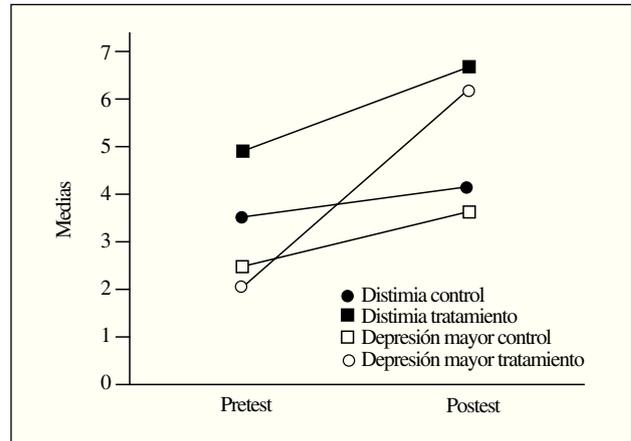


Figura 2. Puntuaciones medias pre y postest de los recuerdos específicos en sujetos con distimia y depresión mayor.

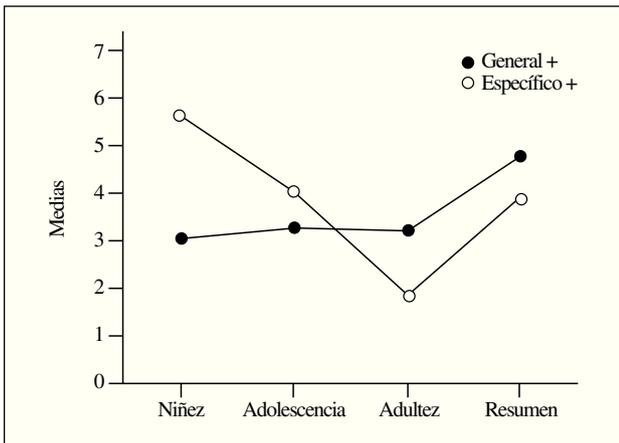


Figura 3. Tiempo de latencia de los recuerdos positivos de tipo general y específico durante las 4 semanas de entrenamiento.

análisis de covarianza confirma estas diferencias (F para el grupo = 6,87; 1,40 gl; $p < 0,05$).

Los resultados del CIDI muestran que los sujetos con trastorno depresivo mayor presentan mayores dificultades en el acceso a los recuerdos específicos autobiográficos que los sujetos con distimia. En la figura 2² se puede observar que los distímicos del grupo de control y de práctica presentan mayores valores medios en el número de recuerdos específicos en la prueba pretest, 3,44 y 4,87, que el grupo de los sujetos con depresión mayor, con 2,43 y 2, respectivamente. Una vez finalizado el entrenamiento con el grupo experimental en RVSEP, el número de recuerdos específicos en el grupo de personas que tenían depresión mayor pasa de una media de 2 en el pretest a una de 6,2 en el postest, mientras que en el grupo de control los valores pasan de 2,43 a 3,57. El grupo de tratamiento de personas con distimia mostraba inicialmente un valor de 4,87, y en el

postest, de 6,62; en el pretest este valor es de 3,44 y 4,11; es decir, se observa un mayor aumento del número de recuerdos específicos en los sujetos con trastorno depresivo mayor.

Al analizar los resultados obtenidos en los tiempos de latencia a través de las 4 semanas de entrevista podemos observar una disminución paulatina del tiempo de latencia a través de las primeras 3 semanas de entrenamiento (6,60 en la primera, 6,14 en la segunda y 5,52 en la tercera), excepto en la 4 etapa, en la que se aprecia un aumento del tiempo de latencia (6,10 con respecto a la tercera). Ello se puede deber a que en las primeras 3 semanas se focaliza la atención del sujeto en una determinada etapa de su vida (niñez, adolescencia y adultez), es decir, se sitúa al sujeto desde el comienzo de la entrevista en un momento temporal de su autobiografía para provocar el recuerdo, mientras que, en la cuarta etapa, el sujeto necesita más tiempo para acceder al recuerdo ya que no se le ofrece esa situación temporal concreta (fig. 3)³.

Los recuerdos obtenidos a partir de las entrevistas se analizaron basándose en 2 variables: por un lado, la generalidad o especificidad del recuerdo y, por otro, la valencia del recuerdo como positiva, negativa o neutra. Por tanto, aparecen 6 posibles categorías combinando el tipo de recuerdo y la valencia asignada, más el resultado de los casos en que no aparece el recuerdo. Los resultados muestran que a pesar de que el entrenamiento en memoria autobiográfica está realizado con preguntas que dan lugar a recuerdos específicos positivos de la vida de las personas, el número de recuerdos generales positivos de los sujetos de nuestra muestra con sintomatología depresiva es con diferencia el más frecuente (5,31), lo que es coherente con la tendencia a la generalización que tienen las personas ancianas depresivas. Es interesante observar que el número de recuerdos específicos positivos ocupa el segundo lugar con 2,99, seguido con 2,14 del recuerdo general neutro. A pesar de que los sujetos son depresivos, el recuerdo de

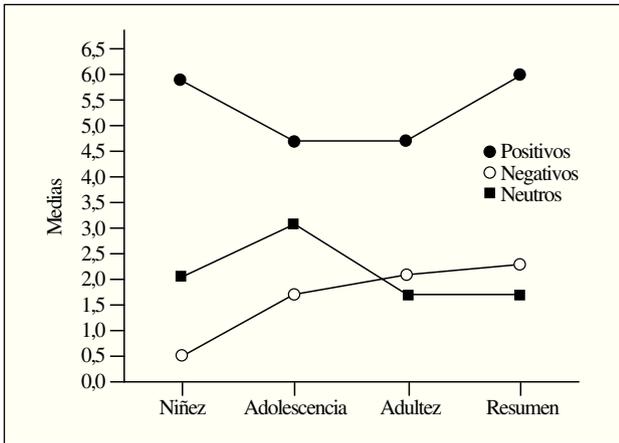


Figura 4. Recuerdos generales a partir de las 4 semanas de entrenamiento en memoria autobiográfica en el grupo experimental.

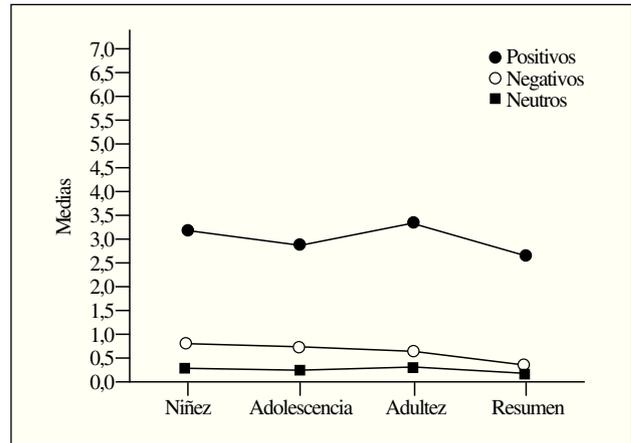


Figura 5. Recuerdos específicos a partir de las 4 semanas de entrenamiento en memoria autobiográfica en el grupo experimental.

hechos generales negativos sólo es de 1,63. En consecuencia, parece que la tendencia del depresivo a recordar los aspectos más negativos de su pasado, asociado a su estado de ánimo, se puede ir corrigiendo a través de la reorientación atencional hacia los episodios específicos positivos de su pasado. El hecho de que se obtengan en segundo lugar un mayor número de recuerdos específicos positivos, tras los recuerdos positivos genéricos, es debido al esfuerzo de las personas depresivas en focalizar su atención a lo largo de las 4 semanas de entrevista acerca de los sucesos específicos positivos de su pasado (figs. 4 y 5).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar los beneficios de la RVREP en el contexto de la terapia de revisión de vida en las personas ancianas con síntomas depresivos. Hemos tratado de comprobar si los ancianos que recibieron la RVREP mejoraron su estado de ánimo y si ello iba asociado a la recuperación de un mayor número de recuerdos específicos. Los resultados han mostrado que en los ancianos que reciben la práctica de memoria autobiográfica se da una mejora de su estado de ánimo, una disminución de los síntomas depresivos y una mayor recuperación de recuerdos específicos cuando se les compara con un grupo de control. Los resultados proporcionan evidencia de que la sobregeneralización del recuerdo en las personas con depresión puede modificarse en cortos períodos de tiempo con la RVREP: el grupo que recibió la revisión de vida generó de forma significativa más recuerdos específicos en el posttest que en el pretest cuando se les comparó con los que no recibieron la terapia de revisión de vida. Ello apoya los resultados encontrados en otros trabajos donde a partir de la revisión de vida se reducen los síntomas depresivos en ancianos¹⁷⁻¹⁹.

No podemos afirmar de forma inequívoca que las mejoras en el estado de ánimo fueron debidas al enfoque de la atención de forma específica durante la RVREP. Sin embargo, los resultados sugieren que el aumento de la especificidad de los recuerdos, mediante la RVREP, puede ser un mecanismo importante para disminuir la tendencia a la sobregeneralización del depresivo. Esta conclusión se apoya en 2 hechos: primero, en que la intervención ofreció un aumento de los recuerdos específicos y, segundo, en que aquellos que también aumentaron más los recuerdos específicos mejoraron más en el estado de ánimo. No podemos decir si la disminución de la depresión se debe a la disminución de la sobregeneralización, o si la práctica en recuerdos específicos fue lo que dio lugar a la reducción de los síntomas depresivos.

Debemos señalar ciertas limitaciones de los resultados presentados. No había ningún grupo que recibiera placebo y que pudiera actuar como grupo de control, en el que los participantes recibieran la misma cantidad de atención del terapeuta, pero sin práctica en la recuperación de recuerdos autobiográficos. La cantidad total de contactos personales del investigador no se igualó en ambas condiciones, debido a que el grupo control recibía sólo la visita de los auxiliares de servicios sociales. Por consiguiente, no podemos atribuir de forma definitiva los cambios en la depresión a la práctica en RVREP.

No se ha realizado ningún seguimiento para saber durante cuánto tiempo se han mantenido los cambios en cuanto a estado de ánimo o reducción de la generalización del recuerdo. No obstante, la intención principal de este estudio era ver que el fenómeno de la sobregeneralización del recuerdo puede modificarse, y comprobar si esta forma de revisión de vida se mostraba eficaz para mejorar el estado de ánimo entre los sujetos participantes que mostraban síntomas de depresión.

Por otra parte, el tamaño de la muestra era bastante pequeño, aunque, a pesar de ello, se han obtenido resultados significativos sobre el cambio en el estado de ánimo.

Por último, no todos los sujetos tenían trastorno depresivo mayor a pesar de que todos ellos sí mostraban síntomas depresivos.

Estos resultados pueden ayudar a clarificar qué mecanismos subyacen en la terapia sobre RV para que ésta sea eficaz. Como ya hemos indicado en trabajos anteriores, el incremento en la producción de recuerdos específicos mejora la sintomatología depresiva⁴². Trabajos anteriores muestran evidencia equívoca con respecto al impacto de la RV en la depresión⁴³. Probablemente la inconsistencia se deba a la diversidad de actividades diferentes empleadas en terapias de RV. En conclusión, este estudio proporciona más evidencia a favor de que la sobregeneralización del recuerdo en la depresión puede modificarse a través de la RVREP como forma de terapia cognitiva breve para el tratamiento de síntomas depresivos en ancianos⁴³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Erikson EH. *Identity and the life cycle*. New York: International University Press; 1959.
2. Butler RN. *The life review: an interpretation of reminiscence in old age*. *Psychiatr*. 1963;26:65-76.
3. Butler RN. *Successful aging and the role of life review*. *J Am Geriatr Soc*. 1974;22:529-35.
4. Haight BK, Dias, JK. *Examining key variables in selected reminiscing modalities*. *Int J Psychogeriatrics*. 1992;4 Suppl 2:279-90.
5. Haight BK, Webster JD, editors. *The art and science of reminiscing: Theory, research methods, and applications*. Bristol: Taylor & Francis; 1995.
6. Birren JE, Birren, BA. *Autobiography: exploring the self and encouraging development*. En: Birren JE, Kenyon GM, Ruth JE, Schroots JF, Svensson T, editors. *Aging and biography: explorations in adult development*. New York: Springer; 1996. p. 283-99.
7. Georgermiller R, Maloney H. *Group life review and denial of death*. *Clin Gerontologist*. 1984;2:37-49.
8. Hughston G, Merriam S. *Reminiscence: a nonformal technique for improving cognitive functioning in the aged*. In *J Aging Human Dev*. 1982; 15:139-49.
9. Birren JE, Hedlund B. *Contributions of autobiography to developmental psychology*. En: Eisenberg N, editor. *Contemporary topics in developmental psychology*. New York: John Wiley & Sons; 1987. p. 394-415.
10. Magee JJ. *A professional's guide to older adults's life review: releasing the peace within*. Lexington: Lexington Books; 1988.
11. Haight BK. *Reminiscing: the state of the art as a basis for practice*. *Int J Aging Hum Dev*. 1991;3:1-32.
12. Havighust RJ, Glaser, R. *An exploratory study of reminiscence*. *J Gerontology*. 1972;27:245-53.
13. Haight BK. *The therapeutic role of a structured life review process in homebound, elderly subjects*. *J Gerontology*. 1988;43:40-4.
14. Haight BK. *Long-term effects of a structures live review*. *J Gerontology*. 1992;47:312-5.
15. Rybarczyk B, Auerbach S. *Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery*. *Gerontologist*. 1990;30:522-8.
16. Rybarczyk B, Auerbach S, Jorn, ML, Lofland KR. *Using volunteers and reminiscence to help older adults cope with an invasive medical procedure: a follow-up study*. *Behav Health Aging*. 1993;3:147-62.
17. Haight BK, Michel Y, Hendrix S. *Live review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short-and long-term effects*. *Int J Aging Hum Dev*. 1998;47:119-42.
18. Fry PS. *Structured and unstructured reminiscence training and depression among the elderly*. *Clin Gerontologist*. 1983;1:15-37.
19. Dhooper SS, Green SM, Huff MB, Austin-Murphy J. *Efficacy of a group approach to reducing depression in nursing home elderly residents*. *J Gerontol Soc Work*. 1993;20:87-100.
20. Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. *Comparative effectiveness of social problem solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults*. *J Consult Clin Psych*. 1993;61:1003-10.
21. Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. *Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18: 1088-94.
22. Williams JMG, Scott J. *Autobiographical memory in depression*. *Psychol Med*. 1988;18:689-95.
23. Williams JMG, Dristchel BH. *Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory*. *Cognition Emotion*. 1988;2:221-34.
24. Moore RG, Watts FN, Williams JMG. *The specificity of personal memories in depression*. *Brit J Clin Psychol*. 1988;27:275-6.
25. Puffet A, Jehin-Marchot D, Timsit-Berthier M, Timsit M. *Autobiographical memory and major depressive states*. *Eur Psychiatr*. 1991;6:141-5.
26. Kuyken W, Dalgleish T. *Autobiographical memory and depression*. *Br J Clin Psychol*. 1995;34:89-92.
27. Kuyken W, Brewin CR. *Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse*. *J Abnorm Psychol*. 1995;104:585-91.
28. Williams JMG. *Autobiographical memory and emotional disorders*. En: Christianson SA, editor. *Handbook of emotion and memory*. Hillsdale: Erlbaum; 1995. p. 451-77.
29. Williams JMG, Broadbent K. *Autobiographical memory in attempted suicide patients*. *J Abnorm Psychol*. 1986;95:144-9.
30. Reiser BJ, Black JB, Abelson RP. *Knowledge structures in the organization and retrieval of autobiographical memories*. *Cognitive Psychol*. 1985;17: 89-137.
31. Rubin D, editor. *Remembering our past: studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
32. Williams JMG, Dristchel BH. *Categoric and extended autobiographical memories*. En: Conway MA, Rubin DC, Spinnler H, Wagenaar WA, editors. *Theoretical perspectives on autobiographical memory*. Dordrecht: Kluwer Academic; 1992. p. 391-412.
33. Winthorpe C, Rabbit PA. *Working memory capacity, IQ, age, and the ability to recount autobiographical events*. En: Gruneberg MM, Morris PE, Sykes RN, editors. *Practical aspects of memory: current research and issues II*. Chichester: Wiley; 1988. p. 175-9.
34. Brittlebank AD, Scott J, Williams JMG, Ferrier IN. *Autobiographical memory in depression: State or trait marker?* *Br J Psychiat*. 1993;162: 118-21.
35. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. *Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients*. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:150-5.
36. Watkins E, Teasdale JD, Williams RM. *Decentering and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression*. *Psychol Med*. 2000;30:911-20.
37. Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva-Díaz A. *El Minixamen Cognoscitivo. Un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos; 1979. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencia; 1979. p. 189-202.*
38. Radloff LS. *The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population*. *Appl Psychol Measurement*. 1977;1:385-401.
39. Latorre Postigo JM, Montañés Rodríguez J. *Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo*. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 1997;2:243-64.
40. Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen UL. *The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)*. *J Methods Psych*. 1998;7:171-85.
41. Haight BK. *The therapeutic role of the life review in the elderly*. Master's Thesis. Kansas City: University of Kansas; 1979.
42. Serrano JP, Latorre JM, Montañés J, Gatz M. *Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology*. *Psychol Aging*. 2004;19:272-7.
43. Karel MJ, Hinrichsen G. *Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions*. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:707-29.