

Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores

Solano, N.* y Gallagher-Thompson, D.* **

* Centro de la Persona Mayor y la Familia. VA Sistema de Atención a la Salud de Palo Alto. California. ** MIRECC (Centro de Investigación sobre Enfermedades Mentales, Educación y Clínica). Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales. Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford. EE. UU.

RESUMEN

Numerosos estudios han documentado la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) para el tratamiento de la depresión en la vejez. Sin embargo, dada la heterogeneidad existente entre las personas mayores, las técnicas terapéuticas deben ser modificadas para tratar los problemas, necesidades y expectativas específicas de las personas mayores. En este trabajo se comienza realizando una presentación de los conceptos básicos de la terapia cognitivo-conductual y una descripción de las ventajas de utilizar este enfoque con adultos mayores. Seguidamente se revisan recientes estudios de meta-análisis y de resultado en los que se documenta la utilidad de la TCC para la depresión en la vejez. Finalmente, se plantea cómo puede ser modificada la TCC para tratar las necesidades específicas de los adultos mayores y se proporcionan sugerencias para futuras líneas de trabajo.

Palabras clave

Depresión. Terapia conductual. Eficacia.

CBT interventions for late-life depression. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression in older adults

SUMMARY

Numerous studies have documented the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) for the treatment of late-life depression. However, given the diversity that exists among older adults, therapeutic techniques must be modified to address the specific problems, needs, and expectations of elders. In this paper, we begin with an overview of the basic concepts of cognitive-behavioral therapy and describe the benefits of using this approach with older adults. Next, we review recent meta-analytic and outcome studies documenting the utility of CBT for late-life depression. Lastly, we outline how CBT can be modified

to meet the unique needs of older adults and provide suggestions for future directions.

Key words

Depression. Behavior therapy. Efficacy.

¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL?

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una aproximación orientada hacia metas, limitada en el tiempo y estructurada, cuya eficacia para el tratamiento de la depresión en la edad adulta ha sido contrastada (1, 2). La TCC integra la teoría de Beck, que destaca el papel de las cogniciones en el origen y mantenimiento de la depresión, y la teoría de Lewinsohn, que enfatiza el papel de la disminución del reforzamiento positivo contingente en el desarrollo y mantenimiento de los estados de ánimo depresivos (3-5). De acuerdo con Beck, la depresión puede ser el resultado del mantenimiento sostenido de pensamientos, actitudes y creencias negativos sobre uno mismo, el entorno y el futuro. Este modelo afirma que el desafío sistemático de las cogniciones negativas propiciará que la percepción de la persona sea menos negativa y, por lo tanto, que los síntomas depresivos disminuyan. A su vez, Lewinsohn afirma que la depresión surge cuando el contexto en el que vive una persona conlleva una tasa baja de refuerzos positivos contingentes con sus respuestas. De este modo, la depresión surge, y se mantiene, cuando existe un nivel mínimo de reforzamiento positivo en la vida de una persona. Aumentando el nivel de participación de la persona en actividades agradables, la depresión dejará de ser reforzada y los síntomas disminuirán.

En la práctica, la aproximación cognitivo-conductual se traduce en una combinación de estas dos teorías, basada en la lógica de que tanto las cogniciones como las conductas interactúan con los estados de ánimo para fomentar y

Correspondencia: N. Solano, Ph. D. VA Palo Alto Health Care System & Stanford University School of Medicine. Older Adult Family Center. 795 Willow Road (182 C/MP). Menlo Park, CA 94025. E-mail: nhsolano@aol.com.

mantener la depresión en la vejez. El componente cognitivo de la TCC se traduce en técnicas bien establecidas y diseñadas para identificar, desafiar y modificar los pensamientos y actitudes negativos implicados en las descripciones que las personas hacen de sí mismas, de su entorno y del futuro. El componente conductual de la TCC instruye al paciente en diferentes estrategias conductuales de actuación diseñadas para aumentar la cantidad de refuerzos positivos que el paciente es capaz de obtener de su entorno. Una técnica fundamental es la de aprender a identificar e incrementar el estado de ánimo aumentando la cantidad de actividades en la vida cotidiana de las personas. Dependiendo de las metas de cada paciente, pueden integrarse en el tratamiento técnicas adicionales como el entrenamiento en asertividad, aprender a relajarse en situaciones estresantes y habilidades de solución de problemas. Esta aproximación también incorpora estrategias para la prevención de recaídas y mantenimiento de las mejoras para ayudar a los pacientes cuando finalice o se interrumpa el tratamiento.

TCC CON PERSONAS MAYORES

Existen diversas razones por las que la TCC es particularmente útil cuando se trabaja con personas mayores. La TCC enfatiza la relación entre el terapeuta y el paciente como un componente central para el éxito terapéutico. En la TCC, los terapeutas desarrollan una alianza terapéutica de colaboración con sus pacientes, en la que el logro de los objetivos es considerado como un trabajo de equipo. El énfasis en la colaboración entre terapeutas y clientes puede ser especialmente atractivo para las personas mayores, ya que su sabiduría y experiencias vitales constituyen una parte integral de la terapia.

Además, la limitación en el tiempo de la TCC es útil con aquellas personas mayores que tienen condiciones médicas comórbidas que obstaculizan su participación en una terapia a largo plazo. Una ventaja adicional de la TCC es que se centra en el «aquí y ahora» más que en las experiencias de la infancia como fuente para el cambio. Es también una aproximación «acogedora» para el usuario en el sentido de que integra una variedad de material escrito y se enseña a los pacientes a registrar por escrito su progreso terapéutico. Finalmente, la TCC enfatiza el carácter de *aprendizaje* de la terapia que resulta atractivo para las personas mayores que a menudo encuentran difícil admitir que están experimentando malestar psicológico.

Mientras que existen muchas similitudes en la aplicación de la TCC con adultos mayores y con adultos jóvenes, son necesarias algunas modificaciones de estas técnicas para responder a los retos específicos a los que se enfrentan los mayores. Estas sugerencias están basadas en el protocolo clínico desarrollado e implementado con éxito a lo largo de la pasada década con cientos de pacientes externos en el Centro de la Persona Mayor y la Familia (O AFC) del Sistema de Atención a la Salud de Palo Alto (VA) y la Escuela de Medicina de la Universidad de

Stanford. Una descripción amplia del protocolo está disponible en los manuales actuales para terapeutas y clientes del O AFC, a los que se puede acceder bajo petición (6, 7). Otras descripciones del protocolo han sido reseñadas en Coon et al (8) y Thompson (9), donde se incluyen ejemplos de casos y materiales ilustrativos.

Antes de empezar un protocolo de TCC, es esencial determinar el estatus cognitivo del paciente. Existen diferentes medidas para este propósito que han sido revisadas y discutidas en Lichtenburg (10) y Riley (11). Esta información es esencial para desarrollar un plan de tratamiento apropiado, ya que el trabajo en las sesiones y las tareas para casa requieren la capacidad de comprender, recordar y producir el material. Sin embargo, las limitaciones cognitivas no deben disuadir a un terapeuta de utilizar la TCC, ya que el protocolo puede ser modificado para trabajar de forma eficaz con personas mayores que padezcan limitaciones de memoria. Es importante señalar que, independientemente de si el paciente experimenta o no limitaciones significativas de memoria, se recomienda que los pacientes utilicen un cuaderno de notas para registrar información importante discutida a lo largo de las sesiones. Por otro lado, el ritmo de la terapia debe ser más lento para los adultos mayores, con repeticiones más frecuentes y presentación más frecuente de material en diferentes formatos (por ejemplo, visuales y auditivos). El ajuste del ritmo de la terapia debería de ser determinado de manera colaborativa entre el paciente y el terapeuta.

También es importante determinar las expectativas del paciente sobre el tratamiento. Muchos adultos mayores tienen concepciones erróneas acerca del tratamiento y no tienen claro qué esperar a lo largo de las sesiones. La discusión abierta acerca de la extensión de la terapia y sus implicaciones debería tener lugar, si fuera posible, durante la primera sesión. El control del tratamiento es una parte integral de la TCC, si bien es más difícil con adultos mayores que con adultos jóvenes. Específicamente, los instrumentos que han sido diseñados para personas mayores son a menudo baremados en base a una muestra de personas mayores sanas y, por tanto, no son aplicables a personas con limitaciones cognitivas o sensoriales. De este modo, las herramientas de evaluación utilizadas tradicionalmente en la TCC requieren modificaciones para poder ser utilizadas de forma fiable con adultos mayores. Se recomienda que los terapeutas colaboren con sus pacientes para modificar estos instrumentos con el fin de asegurar la relevancia clínica de estas medidas de evaluación para personas concretas.

APOYO EMPÍRICO PARA LA TCC Y LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Estudios de meta-análisis

Extensas y recientes revisiones y meta-análisis de la literatura proporcionan apoyo empírico a la eficacia y utili-

dad de la TCC como enfoque de intervención para la depresión en la edad adulta (1, 2, 12-15). Gatz et al (1) llevaron a cabo una extensa revisión de una variedad de tratamientos psicológicos para personas mayores y concluyeron que la TCC es un tratamiento efectivo para personas mayores deprimidas residentes en la comunidad, sin deterioro cognitivo, con mínima psicopatología comórbida y sin ideas suicidas. Aunque estos resultados son prometedores, sugiere que la eficacia de la TCC está limitada a una pequeña proporción de las personas mayores. En una revisión más reciente, Teri y McCurry (15) proporcionan apoyo para la utilización de la TCC en el tratamiento de la depresión con personas mayores frágiles (con problemas de salud) y personas mayores con deterioro cognitivo, además de con personas mayores sanas. Estudios adicionales han documentado que la eficacia de la psicoterapia para la depresión en personas mayores parece ser comparable, de forma aproximada, con la eficacia de la psicoterapia para poblaciones más jóvenes. Específicamente, Scogin y McElreath (2) llevaron a cabo un meta-análisis con 17 estudios de tratamientos psicosociales para la depresión en la vejez. El tamaño medio del efecto para el tratamiento en comparación con la no aplicación de tratamiento o placebo fue de 0,78, lo cual es comparable con el tamaño del efecto para la psicoterapia con la población general (0,73) (16) y las medicaciones antidepresivas para adultos mayores ($d = 0,57$; 17). Estos resultados son importantes, ya que proporcionan evidencia de que la TCC para la depresión en la vejez es tanto o más efectiva que la no aplicación de tratamiento en grupos control o las medicaciones aisladas.

Estudios de resultado

Revisiones de estudios psicoterapéuticos de resultado han documentado la utilidad de la TCC para el tratamiento de la depresión en la vejez. En un estudio temprano, Gallagher y Thompson (18) compararon terapias cognitivas, terapias conductuales y terapias breves orientadas al «insight» con adultos diagnosticados como clínicamente deprimidos y mayores de 55 años. Los tres grupos mostraron una reducción de los síntomas, si bien los grupos cognitivo y conductual eran los únicos que mantenían los logros terapéuticos durante el seguimiento. Del laboratorio Thompson y Gallagher-Thompson han surgido estudios adicionales controlados que apoyan la eficacia de la TCC para depresiones entre moderadas y severas en personas mayores. Thompson, Gallagher-Thompson y Breckenridge (19) asignaron aleatoriamente a 91 pacientes externos mayores con un trastorno depresivo mayor a las condiciones de terapia cognitiva, conductual, terapia psicodinámica breve o condición de control «lista de espera». Los pacientes recibieron entre 16 y 20 sesiones de terapia individual, en función de la necesidad. Las evaluaciones post-tratamiento indicaron que las tres modalidades de tratamiento fueron igualmente efectivas en la disminución de los síntomas depresivos, mientras que el

grupo de control de lista de espera no mejoró. Sin embargo, tras un seguimiento de dos años, los logros terapéuticos se mantenían en mayor medida en las personas que habían sido tratadas con terapia cognitiva o conductual. Estas personas atribuían su éxito a largo plazo a la aplicación continuada de las habilidades aprendidas en el tratamiento. En conjunto, estos estudios sugieren que no existen diferencias a corto plazo entre las modalidades terapéuticas; sin embargo, las personas que reciben TCC, mantienen los logros terapéuticos durante un período de tiempo superior.

Se ha encontrado que la presencia de un trastorno de personalidad influye sobre la eficacia de la TCC. Thompson, Gallagher-Thompson y Cziir (20) llevaron a cabo un reanálisis de los datos con los participantes clasificados con un trastorno de personalidad o una patología del Eje II. Las personas con trastornos de personalidad recurrentes respondían significativamente peor al tratamiento, tanto en la evaluación de resultados tras la terapia como tras un año de seguimiento. De manera inversa, aquellos que no tenían trastornos de personalidad concurrentes respondían significativamente mejor y tenían menos recaídas con el tiempo. Estos resultados refuerzan la importancia de llevar a cabo una evaluación exhaustiva a la hora de determinar si la TCC es la modalidad terapéutica más adecuada.

Pocos estudios han comparado la eficacia de los medicamentos antidepresivos y la TCC para la depresión en la vejez. Uno de los pocos ensayos clínicos aleatorizados en los que se compara los efectos de la TCC frente a los de la medicación antidepresiva ha sido el realizado por Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Summer y Koin (21). Estos investigadores examinaron la eficacia de la TCC aplicada de forma aislada frente al tratamiento con el antidepresivo *desipramina* y ambas condiciones combinadas, para el tratamiento de la depresión moderada en 102 pacientes externos mayores de 60 años. Thompson et al encontraron que a través de la TCC aislada y la terapia combinada se obtenían niveles de mejora similares con el paso del tiempo, resultados generalmente superiores a la condición de medicación aislada. Estos resultados son alentadores para las personas mayores en particular, dado que las condiciones médicas comórbidas, la posibilidad de efectos secundarios adversos y el estigma que supone la medicación a menudo inhiben el consumo de medicaciones antidepresivas por parte de estas personas.

Además de la eficacia demostrada de la TCC en pacientes individuales, se ha encontrado que la TCC también resulta efectiva con un enfoque grupal. De hecho, el formato de terapia grupal más frecuentemente utilizado con personas mayores es el grupo TCC. Thompson et al (22) señalan diferentes ventajas de utilizar una aproximación grupal de TCC para personas mayores frente a la terapia individual. Por ejemplo, un grupo cohesivo puede ser una fuente de apoyo para personas mayores que están aisladas socialmente. Además, los grupos pueden ayudar a sus miembros a ganar conocimiento y aprender estrate-

gias para manejar sus problemas, estimulando las interacciones entre los participantes en el grupo. Un pequeño cuerpo de estudios empíricos ha señalado que las intervenciones en grupo son útiles para el tratamiento de la depresión entre las personas mayores. Beutler et al (23) asignaron aleatoriamente una muestra de 56 adultos mayores con un trastorno depresivo mayor a una de cuatro condiciones. Encontraron que tras un período de 20 semanas, los pacientes del grupo de terapia cognitiva mostraron una mejora consistente en el estado de ánimo y en el sueño en comparación con los no participantes en el grupo. Son necesarias investigaciones adicionales en las que se investigue la eficacia de la terapia individual en comparación con la TCC en grupo para determinar la eficacia costes-beneficios de estas intervenciones.

En suma, la literatura empírica apoya la TCC como una intervención eficaz para la depresión en la vejez. Aunque se ha realizado un progreso significativo en el desarrollo y uso de la TCC con adultos mayores deprimidos, son necesarias investigaciones en las que se utilicen muestras de personas mayores con un rango de edad más amplio. Existe un campo creciente de estudios de segunda generación sobre la utilidad de la utilización de la TCC para personas mayores frágiles (con problemas de salud) o con deterioro cognitivo.

TCC Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDAD

Aunque investigaciones previas han documentado la eficacia de la TCC para la depresión en la vejez, la mayoría de los estudios se han centrado en personas mayores sanas residentes en la comunidad que acudían a consulta de salud. Los adultos mayores a menudo se enfrentan a numerosos retos tales como la enfermedad crónica, el deterioro cognitivo o el cuidado familiar, que influyen sobre su bienestar psicológico, incrementando la complejidad del tratamiento. Un pequeño cuerpo de evidencia ha demostrado que la TCC puede ser modificada con éxito para tratar estos desafíos concretos de la vejez.

La TCC y las enfermedades crónicas

En 1995, el 58% de las personas con 70 años o mayores informaba de que padecía artritis, el 45% tenía hipertensión y el 21% tenía enfermedades del corazón (24). Otras enfermedades crónicas incluidas en la encuesta eran cáncer (19%), diabetes (12%) e infarto cerebral (9%). Un componente frecuente del tratamiento de las personas mayores con enfermedades crónicas es el abordaje de la depresión comórbida. Los porcentajes de depresión secundaria a enfermedades médicas varían entre un 20 y un 80% de los casos y están asociados con un deterioro del estado funcional (25). A pesar de estas elevadas tasas de prevalencia, los médicos fracasan a menudo en la identificación de la depresión entre sus pacientes externos mayores (26). Incluso cuando los pacientes tienen problemas

médicos importantes, los clínicos no deberían asumir que esta situación implica inevitablemente una disminución de su calidad de vida. Animar a los adultos mayores con problemas médicos a adaptarse a sus limitaciones frente a la adopción de un estilo de vida sedentario puede prevenir el exceso de incapacidad. La comorbilidad entre problemas médicos y psicológicos plantea varios desafíos a los psicólogos. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades médicas pueden atribuir su malestar psicológico a su enfermedad médica y, por lo tanto, no buscar un tratamiento psicológico. Además, las condiciones médicas crónicas pueden tener como consecuencia limitaciones físicas que harían difícil el concertar y asistir a citas con los profesionales pertinentes.

A pesar de estos desafíos, diferentes estudios han documentado la eficacia de la TCC para pacientes con enfermedades crónicas. Por ejemplo, Areal y Miranda (27) encontraron que una TCC a corto plazo era efectiva para aliviar síntomas de depresión en pacientes externos con enfermedades médicas. De manera similar, López y Mermelstein (28) enfatizaron la importancia del aumento de acontecimientos positivos y la reestructuración cognitiva con pacientes internos de una unidad geriátrica e informaron de una disminución significativa de los síntomas depresivos. Rybarczyk et al (29) identificaron cinco cuestiones importantes que deben ser tenidas en cuenta a la hora de aplicar la TCC con adultos mayores con enfermedades crónicas, tales como limitar el exceso de incapacidad y tratar la percepción de ser una carga. La identificación de las cuestiones centrales relacionadas con la enfermedad crónica y la depresión puede facilitar la planificación del tratamiento y proporcionar un objetivo para la terapia. Cuando se trabaja con personas mayores con enfermedades médicas, es importante trabajar en estrecha colaboración con las personas que proporcionan cuidados de salud al paciente y con sus familiares.

La depresión también es un problema importante entre las personas mayores que padecen el trastorno de Alzheimer o una demencia relacionada. A medida que disminuyen las capacidades funcionales y cognitivas, las personas con demencia van siendo cada vez menos capaces de implicarse en actividades que les proporcionen la sensación de significado y propósito. En una revisión de Teri y Wagner (30), la prevalencia de síndromes depresivos entre personas con Alzheimer varió entre un 0 y un 86%, señalando la mayoría de los trabajos porcentajes entre un 17% y un 29%. Los autores destacan la importancia de tratar los trastornos afectivos, ya que la disminución de los síntomas puede tener un impacto positivo sobre el estado funcional de las personas mayores con deterioro cognitivo. Por ejemplo, Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry (31) examinaron la eficacia de entrenar a cuidadores en la tarea de registrar la participación de las personas cuidadas en actividades placenteras y, a continuación, anotar las variaciones en su estado de ánimo. Los resultados demostraron que el incremento de las actividades placenteras reducía los síntomas depresivos tanto en pacientes

con demencia como en sus cuidadores, y la retirada de estas actividades placenteras estaba asociada con una reaparición de los síntomas. Aunque la TCC puede ser modificada para los adultos mayores con deterioro cognitivo, pocos estudios han documentado la eficacia de la TCC para esta población concreta. Esta es un área importante de investigación que demandará atención en el futuro a medida que aumente al número de adultos mayores diagnosticados con demencia.

TCC y los cuidadores

Además de las personas con demencia que experimentan depresión, las familias que proporcionan cuidados a familiares con demencia tienen un mayor riesgo de experimentar carga y depresión (32). El creciente número de familias que cuidan de un familiar con demencia ha estimulado el desarrollo de programas basados en la TCC y de servicios que ayuden a los cuidadores a reducir el malestar asociado con el cuidado. Un ejemplo de estos programas son los grupos psicoeducativos que utilizan el modelo del aprendizaje social para estimular el desarrollo de habilidades psicológicas específicas que faciliten el afrontamiento adaptativo. En un estudio reciente de Gallagher-Thompson et al (33), los cuidadores fueron asignados a una condición de TCC psicoeducativa, a una clase de solución de problemas o a una condición de lista de espera. Ambos tipos de clases eran altamente interactivas, y fueron aplicadas en formato de taller de trabajo más que en formato de lectura. Los primeros 30 minutos consistieron en una revisión de las tareas para casa de cada participante recomendadas en las sesiones anteriores, seguida de una mini-lectura o presentación de información sobre la habilidad específica que era el foco de la sesión. Los cuidadores asignados a la condición de TCC mejoraron significativamente más que los participantes en la clase de solución de problemas o los integrantes del grupo de lista de espera. Este formato psicoeducativo también ha sido aplicado con grupos de cuidadores de diversas etnias y se obtuvieron resultados similares (34). Se remite a los lectores interesados al trabajo de Gallagher-Thompson et al (33, 34) para sugerencias sobre cómo diseñar programas de TCC para poblaciones diversas de cuidadores.

La evidencia sugiere que el tiempo que se lleve cuidando ha de ser tenido en cuenta a la hora de determinar la modalidad de tratamiento más apropiada para los cuidadores. Gallagher-Thompson y Steffen (35) encontraron que la duración del cuidado afecta a la eficacia de las intervenciones. Las personas que habían estado cuidando más de 3,5 años mostraron mayores beneficios posteriores al tratamiento tras la TCC, mientras que las que han adquirido recientemente el rol de cuidadores obtuvieron mayores beneficios de la terapia breve psicodinámica. En suma, estos estudios apoyan la eficacia de las intervenciones basadas en la TCC para reducir el estrés del cuidador e incrementar las estrategias para afrontar la desafiante tarea de cuidar de una persona con demencia.

DIRECCIONES FUTURAS

Aunque la investigación empírica reciente ha documentado la eficacia de la TCC para la depresión en la vejez, son necesarias futuras investigaciones de resultado con muestras de adultos mayores con un mayor rango de edad. Los investigadores necesitan identificar cómo puede ser modificada la TCC para subgrupos de personas mayores deprimidas con limitaciones cognitivas y sensoriales y enfermedades crónicas y agudas. Además, se sabe muy poco sobre cómo modificar de forma eficaz la TCC para adultos mayores de diferentes contextos raciales, étnicos y culturales. Por otro lado, son necesarias investigaciones para determinar la eficacia de las intervenciones de pareja, grupo y familia con personas mayores basadas en la TCC, así como identificar la duración óptima de la terapia. Dada la multitud de escenarios en los que los adultos mayores residen, resulta también crucial diseñar intervenciones que puedan ser aplicadas en diferentes contextos, incluyendo situaciones de cuidado domiciliario, residencias y centros de atención primaria.

Por otra parte, algunos adultos mayores pueden tener una larga historia de síntomas depresivos, con varios períodos de remisión y de recaídas. Diseñar TCC para mayores con depresión crónica, distimia o depresión resistente al tratamiento es importante de cara a determinar cómo puede ser modificada la TCC para tratar los síntomas crónicos. Puesto que la vejez también está asociada con múltiples pérdidas, el diseño de TCC para tratar cuestiones relacionadas con la pena y la pérdida es también un área de gran necesidad.

En suma, aunque se ha llevado a cabo una substancial cantidad de investigación sobre la TCC y la depresión en la vejez, aún queda mucho por conocer. Animamos a los investigadores a estudiar cómo adaptar y mejorar las intervenciones TCC para tratar los desafíos específicos a los que las personas mayores se enfrentan en su vida cotidiana. Debemos ampliar nuestra visión de los escenarios de tratamiento y de las personas que creemos que se beneficiarán de la terapia. Alentamos el desarrollo de nuevos estudios que incluyan muestras heterogéneas de personas mayores deprimidas para investigar cómo diseñar las intervenciones e identificar los mecanismos de cambio entre y dentro de los grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatz M, Fiske A, Fox LS, Kaskie B, Kasl-Godely JE, McCallum TJ, Weatherell JL. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health Aging* 1998;4:9-46.
2. Scogin F, McBreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A qualitative review. *J Consulting Clinical Psychol* 1994; 62:69-74.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
4. Lewinsohn PM, Libet J. Pleasant events, activity schedules, and depressions. *J Abnor Psychol* 1972;79:291-5.

5. Lewinsohn FM, Graf M. Pleasant activities and depression. *J Consulting Clinical Psychol* 1973;41:261-8.
6. Dick L, Gallagher-Thompson D, Coon D, Powers D, Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy for late-life depression: A patient's manual. Stanford, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University; 1996.
7. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Dick L. Cognitive-behavioral therapy for late-life depression: A therapist's manual. Stanford, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University; 1996.
8. Coon D, Rider K, Gallagher-Thompson D, Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of late-life distress. En: Duffy M, ed. *Handbook of psychotherapy with older adults*. NY: Wiley; 1999. p. 487-510.
9. Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *J Clinical Psychiatry* 1996;57:29-37.
10. Lichtenburg P, ed. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. New York: Wiley & Sons; 1999.
11. Riley KP. Assessment of dementia in the older adult. En: Lichtenburg PA, ed. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. New York: Wiley & Sons; 1999. p. 134-66.
12. Niedereche G. Psychosocial therapies with depressed older adults. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life: result of the NIH Consensus Development Conference*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 293-315.
13. Niedereche G. Psychosocial treatments with depressed older adults: A research update. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996;4:S66-S78.
14. Teri L, Curtis J, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Cognitive-behavioral therapy with depressed older adults. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus Development Conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 279-91.
15. Teri L, McCurry SM. Psychosocial therapies. En: Coffey CE, Cummings JL, eds. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry* (2nd ed). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000. p. 861-90.
16. Robinson L, Berman J, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bulletin* 1990;108:30-49.
17. Schneider LS. Meta-analysis from a clinician's perspective. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 361-74.
18. Gallagher D, Thompson LW. Differential effectiveness of psychotherapies for the treatment of major depressive disorder in older adults patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:482-90.
19. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consulting Clinical Psychol* 1987;55:385-90.
20. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Cziir, R. Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *J Geriatr Psychiatry* 1988;21:133-46.
21. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer B, Koin D. Comparison of Desipramine and Cognitive/ Behavioral Therapy in the treatment of late life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. En prensa.
22. Thompson L, Powers D, Coon D, Takagi K, McKibben C, Gallagher-Thompson D. Older Adults. En: White JR, Freeman AS, eds. *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. p. 235-61.
23. Beutler LE, Scogin F, Kirkish P, Schretten D, Corbishley A, Hamblin D, Meredith K, Potter R, Bamford CR, Levenson AI. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *J Consulting Clinical Psychol* 1987;55:550-6.
24. Department of Health and Human Services. *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-being*. 2000.
25. Zeiss AM, Lewinsohn FM, Rohde P, Seeley JR. Relationship to physical disease and functional impairment to depression in older people. *Psychol Aging* 1996;11:572-81.
26. Blazer DG. Epidemiology of late-life depression. En: Schneider LS, Reynolds CF, Liebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 9-19.
27. Arean P, Miranda J. The treatment of depression in elderly primary care patients: A naturalistic study. *J Clinical Geropsychology* 1996;2: 153-60.
28. López MA, Mermelstein RJ. A cognitive-behavioral program to improve geriatric rehabilitation outcome. *Gerontologist* 1995;35:696-700.
29. Rybarczyk B, Gallagher-Thompson D, Rodman J, Zeiss A, Gantz F, Yesavage J. Applying cognitive-behavioral psychotherapy to the chronically ill elderly: Treatment issues and case illustrations. *International Psychogeriatrics* 1992;4:127-40.
30. Teri L, Wagner A. Alzheimer's disease and depression. *J Consulting Clinical Psychol* 1991;60:379-91.
31. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, et al. Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *J Gerontology B: Psychological Science and Social Science* 1997;52:159-66.
32. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *Gerontologist* 1995;35:771-91.
33. Gallagher-Thompson D, Lovett S, Rose J, McKibben C, Coon D, Futterman A, Thompson LW. Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *J Clinical Geropsychology* 2000;6:91-110.
34. Gallagher-Thompson D, Arean P, Coon D, Menéndez A, Takagi K, Haley W, Arguelles T, Loenstein D, Szapocznik J. Development and implementation of intervention strategies for culturally diverse caregiving populations. En: Schulz R, ed. *Handbook on dementia caregiving*. New York: Springer; 2000. p. 151-85.
35. Gallagher-Thompson D, Steffen A. Comparative effectiveness of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consulting Clinical Psychol* 1994;62:543-9.