*Revista Latinoamericana de Psicología*
2006, volumen 38, Nº 1, 45-58

# EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE VARIABLES EMOCIONALES EN ADULTOS MAYORES*

DANIELA CONTRERAS[1] , MÓNICA MORENO,
NATALIA MARTÍNEZ, PATRICIA ARAYA,
PABLO LIVACIC-ROJAS
Y
PABLO VERA-VILLARROEL
*Universidad de Santiago de Chile*

ABSTRACT

An evaluation of a brief cognitive-behavioral intervention oriented to an elderly group in order to decrease their anxiety and depressive symptomatology is outlined. Treatment was conducted during a 1 month period (two-2 hour sessions per week). Participants were 39 older persons from the city of Santiago (Chile). Their depression status was mild/moderate with anxious symptomatology, and were distributed to the experimental and control groups. Major used techniques were: Progressive Relaxation, Cognitive Restructuring and Psycho Education. For the analysis of results, a multivaried experimental design for the comparison of two groups, involving measurements pre, during, post and follow-up of the intervention was used. Results revealed statistically relevant ($p<0.05$) variances among the experimental and control groups for every measurement of both treatment and follow-up of the variables studied. The size of the effect was moderate-high for anxiety-state (0.74) and depression (0.68) and moderate for anxiety-trait (0.52). In relation to Power, it was high for all variables studied, with a value of 1 at the end of the research.

*Key words:* elderly, anxiety, depression, cognitive-behavioral intervention.

---

* Esta investigación forma parte del proyecto de Investigación Dicyt denominado "Diseño y evaluación de intervenciones apoyadas en la evidencia" de la Universidad de Santiago de Chile. Dr. Pablo Vera-Villarroel.

1 Correspondencia: DANIELA CONTRERAS, Escuela de Psicología Universidad de Santiago de Chile. Avenida Ecuador 3650, Piso 3. Santiago, Chile. Fono/fax: 56-2-7761986. *E-mail:* pvera@lauca.usach.cl

RESUMEN

Se presenta la evaluación de una intervención cognitivo-conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada una). Participaron 38 adultos mayores de la ciudad de Santiago de Chile diagnosticados con depresión leve/ moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas $p<0,05$. El tamaño del efecto fue moderado-alto para ansiedad-estado (0,74) y depresión (0,68) y moderado para ansiedad-rasgo (0,52). En relación a la Potencia, ésta fue alta para todas las variables estudiadas, presentando un valor de 1 al finalizar la investigación.

*Palabras clave:* adulto mayor, ansiedad, depresión, intervención cognitivo-conductual.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población anciana ha revelado un progresivo crecimiento a nivel mundial (Díaz, Martínez & Calvo, 2002). Este envejecimiento poblacional es consecuencia directa de factores como la disminución de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida; mientras que factores como la disminución de la natalidad lo hacen de forma indirecta (Alba, Gorroñogoitía, Litago, Martín & Luque, 2001).

Específicamente en Chile el segmento de adultos mayores (AM) sobre los 60 años alcanza en la actualidad al 11,4% de la población general (INE, 2002) estimándose que para el año 2025 esta cifra aumentará hasta alcanzar a un 16% de la población chilena (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002).

Este aumento en la expectativa de vida trae consigo una serie de desafíos, siendo de real importancia el área de la salud del AM, tomando en consideración que el aumento de la longevidad muchas veces se acompaña de un incremento en la prevalencia de morbilidad como consecuencia, principalmente, de patologías crónicas de carácter físico y/o mentales, así como de discapacidades (Alba et al., 2001).

En función de lo planteado es que se hace necesario, por parte de los distintos agentes de salud, el desarrollo de estrategias que permitan la promoción de la autovalencia en los AM, previniendo, al mismo tiempo, el desarrollo de patologías que mermen su salud y calidad de vida (Marín, Gac, Hoyl, Carrasco, Duery & Cabezas, 2004).

Entre las principales patologías en el ámbito de la salud mental presentes en esta población se ha identificado la presencia de los trastornos de depresión y ansiedad (Díaz et al 2002; Montorio, Nuevo, Lozada & Márquez, 2001; Villalobos et al., 2002).

La depresión, según Díaz et al. (2002), presenta una prevalencia mundial en la población anciana que fluctúa entre un 3 a un 5%, mientras que en Chile el porcentaje alcanza a un 23,9% (Villalobos et al., 2002). En cuanto a la ansiedad, a nivel mundial se estima que entre un 10 a un

20% de los AM mayores de 65 años, presentan síntomas ansiosos significativos, observándose además una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, la cual alcanza aproximadamente a un 47% (Montorio et al., 2001; Sánchez, 2000).

En este ámbito, la respuesta de la psicología en cuanto a la evaluación de tratamientos efectivos para estas patologías con la población de la tercera edad, es variada (Montorio et al., 2001; Ortiz & Vera-Villarroel, 2003).

A nivel internacional, diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductual en el área de ansiedad y depresión en AM (Echeburúa & Corral, 2001; Norcross, 2002; Mustaca, 2004). De esta forma, la psicoterapia cognitivo-conductual ha sido una de las más empleadas a nivel mundial, mostrándose eficaz y aplicable en problemas del área de la salud mental como la depresión y ansiedad (Knight & Satre, 1999; Landreville, Landry, Baillargeon, Guerette & Matteau, 2001; Montorio et al., 2001; Nuevo & Montorio, 2005).

Por su parte, en Chile se reconoce una carencia y desconocimiento de evaluaciones de programas de salud que den cuenta de su eficacia e impacto en el tratamiento de la depresión y ansiedad en el AM (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002).

Desde esta perspectiva, se hace relevante contar con evidencia y datos empíricos a nivel nacional sobre intervenciones psicológicas -en este caso cognitivo-conductual, pues ya ha demostrado ser eficaz en otros países con poblaciones de AM- que, solas o en conjunto con el tratamiento farmacológico, permitan prevenir o disminuir patologías del área de la salud mental tan prevalentes en la tercera edad como las mencionadas.

Tomando en consideración lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo adaptar una intervención cognitivo conductual breve y evaluar su efecto sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de AM.

Es importante señalar que este estudio formó parte de una investigación mayor, la cual incorporó la evaluación de variables fisiológicas (presión arterial sistólica y diastólica); sin embargo, para efectos de este artículo se reportarán solamente los resultados de las variables psicológicas (ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión).

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra fue seleccionada a través de un muestro no probabilístico, utilizando un criterio por conveniencia, es decir, se basó en la disponibilidad de los sujetos en esos momentos. Esta muestra estuvo conformada por 38 adultos mayores pertenecientes a un centro de salud familiar de la ciudad de Santiago de Chile.

En relación a las características de la muestra, el 92,2% de los participantes eran mujeres, mientras que un 7,8% eran varones; sus edades fluctuaban entre 63 y 77 años. En cuanto su estado civil, un 47,4% era casado mientras que un 52,6% era viudo o soltero; su nivel socioeconómico era medio-bajo. Por otra parte, el 76,3% de la muestra no tenía ocupación mientras que el 23,7% sí la tenía.

Los 38 pacientes fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control, de modo que cada grupo quedó conformado por 19 sujetos. La utilización del grupo control se deriva de la falta de evidencia de intervenciones psicológicas que evalúen sintomatología ansiosa y depresiva en AM en Chile, que permitiese comparar su efectividad con la intervención cognitiva-conductual.

Para efectos de esta investigación se dividió a los integrantes del grupo experimental en dos grupos, el primero quedó conformado por un número de 10 AM, mientras que el segundo por 9. Lo anterior debido a que el número adecuado para la realización de un trabajo grupal no debe superar las 15 personas (Corey, 1995).

En cuanto al tratamiento farmacológico se observó que en el grupo experimental un 94,73% de las personas consumían antihipertensivos mientras que en el grupo control este valor alcanzaba un 84,21%. El consumo de antidepresivos alcanzaba un 31,57% en el grupo experimental y un 15,78% en el grupo control. Respecto a los ansiolíticos, el grupo experimental presentaba un consumo del 15,78% a diferencia del grupo control que presentaba un 26,31%.

Los criterios de inclusión para este estudio consideraron que los sujetos presentaran depresión leve y/o moderada y sintomatología ansiosa, las cuales debían ser diagnosticadas por profesionales del centro de salud, independientes a los investigadores de este estudio, a través de la realización de una entrevista clínica y aplicación de cuestionarios pertinentes a las patologías. La presencia de esta sintomatología debía presentarse como mínimo seis meses atrás. Así mismo se consideró la ausencia de desórdenes psiquiátricos, autovalencia y alfabetismo.

*Instrumentos*

Se utilizaron dos escalas de autoaplicación:

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Este cuestionario de ansiedad cuenta con 40 elementos sobre una escala de respuesta con 4 categorías, proporcionando una puntuación de ansiedad-rasgo y otra de ansiedad-estado (Spielberger, 1966 en Guijarro, 1999).

Escala de Depresión para Ancianos GDS (Yesavege & Brink, 1983 en Braun, 1993): Esta escala evalúa los síntomas de depresión y su severidad en el adulto mayor. Cuenta con 30 ítems, siendo de fácil aplicación, dado su formato de respuesta tipo SI/NO.

*Procedimiento*

Durante la primera entrevista con los sujetos, en la que se solicitó su consentimiento y participación en el programa, se llevó a cabo una medición de línea de base de los niveles de ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión a todos los participantes del estudio.

Posteriormente se implementó la intervención cognitivo-conductual con las personas ya seleccionadas. Dicha intervención 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. Estas sesiones estuvieron a cargo de 4 psicólogas.

Las sesiones tuvieron como objetivo disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, utilizando estrategias cognitivo-conductuales que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, como lo son el entrenamiento en relajación a través de técnicas de Respiración (Knight, 1996 en Montorio e Izal, 1999) y Relajación Progresiva de Jacobson (Buela-Casal & Sierra, 2001), Programación de Actividades Agradables (Buela-Casal & Sierra, 2001; Pérez & García, 2001), Reestructuración Cognitiva (Ellis, 1998), Psicoeducación (Montorio e Izal, 1999) y Promoción de Conductas Saludables (Buela-Casal & Sierra, 2001). Los objetivos y tiempo de aplicación de las técnicas se muestran a continuación en Tabla 1.

Durante el tiempo de intervención se realizaron tres mediciones, durante la tercera, sexta y octava sesión, de la sintomatología ansiosa y depresiva. Posterior a la finalización de la intervención se realizaron dos medidas de seguimiento —a la segunda y cuarta semana—.

Cabe destacar que las mediciones de línea de base, tratamiento y seguimiento, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, se realizaron bajo las mismas condiciones de evaluación.

En cuanto al análisis estadístico, los resultados se obtuvieron mediante el programa SPSS utilizando como prueba estadística el Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA). Además el diseño seleccionado fue un Diseño Completamente Aleatorizado (Kirk, 1999).

TABLA 1

*Resumen de la Intervención Cognitiva Conductual Realizada*

| SESIONES | OBJETIVO | INTERVENCIÓN |
|---|---|---|
| Sesiones 1 | - Presentación. | - Dinámica de presentación. |
| | - Entrega de información acerca de la vejez y sus principales características. | - Psicoeducación y promoción de conductas saludables. |
| Sesiones 2 | - Entregar información sobre tres de las principales alteraciones en la salud en el período de la vejez: depresión, ansiedad e hipertensión. | - Psicoeducación y promoción de conductas saludables. |
| | - Lograr que los participantes adquieran un mayor conocimiento y autocontrol de sus sensaciones corporales a través del entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| Sesiones 3 | - Reforzar el entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| | - Entregar información sobre hábitos que fomenten la salud a nivel biopsicosocial en el adulto mayor. | - Psicoeducación y promoción de conductas saludables. |
| | - Fomentar el ejercicio de actividades agradables. | - Programación de Actividades Agradables. |
| Sesiones 4 | - Explicación y ejercitación del modelo A-B-C de Ellis (1998). | - Reestructuración Cognitiva. |
| | - Reforzar el entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| Sesiones 5 | - Ejercitación del modelo A-B-C de Ellis (1998). | - Reestructuración Cognitiva. |
| | - Reforzar el entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| Sesiones 6 | - Enseñar y ejercitar distintas técnicas para enfrentar los pensamientos negativos y generar pensamientos y conductas alternativas. | - Reestructuración Cognitiva. |
| | - Reforzar el entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| Sesiones 7 | - Reforzar el uso de estrategias de reestructuración cognitiva (D) de Ellis (1998). | - Reestructuración Cognitiva. |
| | - Reforzar el entrenamiento en relajación. | - Técnica de Respiración y de Relajación de Jacobson. |
| Sesiones 8 | | - Resumen de los contenidos |
| | - Repaso de Contenidos y Evaluación del Taller -Despedida del taller. | - Despedida. |

## RESULTADOS

*Análisis preliminares*

Previo a la realización del análisis de resultados se realizaron análisis preliminares que permitieran un mayor control en variables intervinientes y claridad en los resultados obtenidos.

Para ello se realizó la Prueba de contraste de Levene, con el fin de comprobar la igualdad de varianzas entre los grupos experimental y control y la Covariación de Fármacos, en este caso medicamentos antihipertensivos, antidepresivos y ansiolíticos que consumían los sujetos del estudio, dado que éstos podían constituirse en variables explicativas de los cambios producidos en las variables dependientes durante el periodo de intervención.

Estas evaluaciones preliminares aseguraron la estricta igualdad en los grupos experimental y control en las mediciones realizadas, y permitieron certificar que para efectos de los análisis, los fármacos no encubrieron los resultados obtenidos a partir de la intervención cognitivo-conductual aplicada.

*Análisis de control estadístico*

Para asegurar que los cambios observados se debían exclusivamente a la intervención y no a otras variables extrañas se realizaron cálculos referidos a autocorrelaciones y autorregresiones. Estos análisis revelaron que los cambios observados en los niveles de ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión en los sujetos se debían a la intervención realizada y no a otros variables intervinientes.

*Análisis de los efectos globales de la intervención cognitivo-conductual*

Para analizar los efectos globales de la intervención se realizó el Contraste Multivariado Traza de Hotelling, estadístico que permite trabajar a partir de un Análisis Multivariado con un grupo menor a treinta personas. Esta prueba reveló que los efectos del tratamiento fueron estadísticamente significativos, $F = 21,27$ $p<0,05$. Lo anterior dio cuenta que se presentaron, en términos estadísticos, diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, con un margen de error de $p<0,05$.

A su vez el modelo global reportó un gran tamaño del efecto correspondiente al 0,995 y una alta potencia que alcanzó al 0,947.

*Análisis del MANOVA para las medidas pre-tratamiento*

En cuanto a la medida pre-tratamiento se puede señalar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control, en la variable ansiedad-estado ($F = 0,001$ $p>0,05$), ansiedad-rasgo ($F = 0,18$ $p>0,05$) y depresión ($F= 1,40$ $p>0,05$). El detalle de los resultados puede encontrarse en la Tabla 2.

*Análisis del MANOVA para las medidas de tratamiento y seguimiento*

A través del MANOVA se realizó, para las medidas de tratamiento y seguimiento de cada variable dependiente, análisis de medias, desviación típica, niveles de significación estadística, tamaño del efecto, potencia, autocorrelaciones y prueba de ajuste a la normalidad.

*Análisis de los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre la variable ansiedad-estado.* A partir de los resultados obtenidos se puede señalar 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, $F = 43,87$ $p<0,01$; $F= 90,71$ $p<0,01$; $F= 119,94$ $p<0,01$; $F= 177,67$ $p<0,01$ y $F= 92,01$ $p<0,01$ respectivamente. El detalle de los resultados puede encontrarse en la Tabla 3 y Figura 1.

TABLA 2

*Medias y desviación típica obtenidas por el grupo experimental y control en las medidas pre-tratamiento para las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión.*

| Medida Pre-Tratamiento | | Media (DE) | F | P |
|---|---|---|---|---|
| Ansiedad-Estado | Experimental | 31,42 (6,94) | 0,001 | 0,881 |
| | Control | 30,63 (8,18) | | |
| Ansiedad-Rasgo | Experimental | 32,32 (7,47) | 0,18 | 0,57 |
| | Control | 31,00 (8,12) | | |
| Depresión | Experimental | 16,05 (3,92) | 1,40 | 0,173 |
| | Control | 14,26 (3,41) | | |

De esta manera, si bien el grupo experimental y el grupo control comenzaron igualados en términos estadísticos, a lo largo de la aplicación del tratamiento y en la etapa de seguimiento los niveles de ansiedad-estado en el grupo experimental disminuyeron de forma progresiva, diferenciando sus valores con respecto al grupo control.

A su vez, se observó que la variable ansiedad-estado presentó un aumento progresivo del tamaño del efecto, desde un 0,57 en la primera medida de tratamiento hasta un 0,84 en la primera medida de seguimiento, para posteriormente disminuir hasta un 0,74 en la última medida de seguimiento. Lo anterior estaría señalando que al final de la investigación un 0,74 de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control estarían dadas por la intervención cognitivo-conductual.

En relación a la potencia, se observó que a lo largo de todas las mediciones ésta se mantuvo constante y alta, con un valor de 1,00.

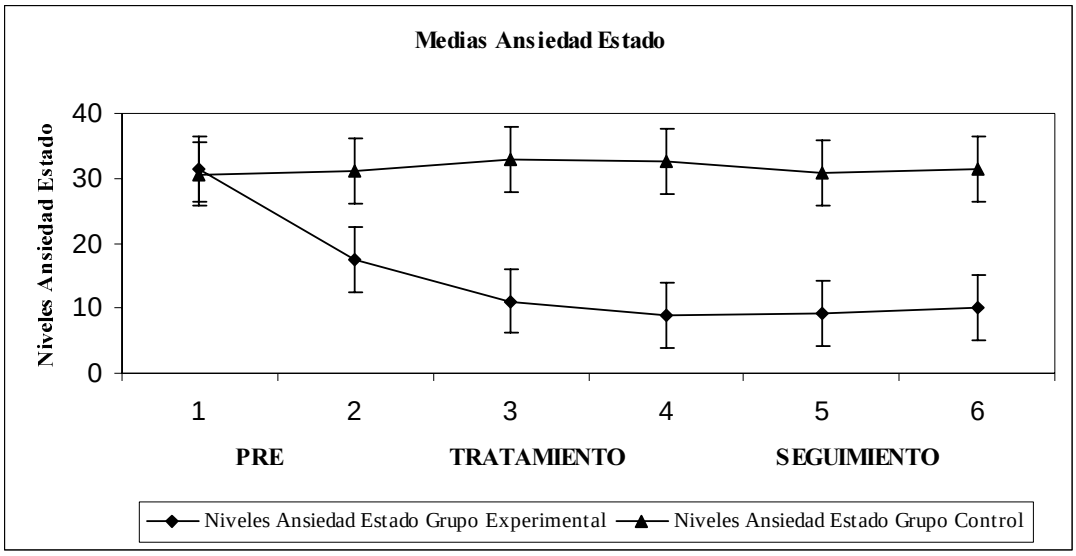


*Figura 1.* Comparación de medias del grupo experimental y del grupo control en la variable ansiedad-estado

TABLA Nº 3

*Media, desviación típica, significación, tamaño del efecto y potencia obtenidas por el grupo experimental y el grupo control en la escala Ansiedad-Estado del STAI, en las evaluaciones de tratamiento y seguimiento*

| Ansiedad Estado | | Media (DE) | F | p | TE | Potencia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Medida Tratamiento | Experimental | 17,47 (6,76) | 43,87 | 0,000*** | 0,578 | 1,000 |
| | Control | 31,21 (6,19) | | | | |
| 2ª Medida Tratamiento | Experimental | 11,11 (7,01) | 90,71 | 0,000*** | 0,739 | 1,000 |
| | Control | 32,95 (6,31) | | | | |
| 3ª Medida Tratamiento | Experimental | 9,00 (6,33) | 119,94 | 0,000*** | 0,789 | 1,000 |
| | Control | 32,58 (7,74) | | | | |
| 1ª Medida Post Test | Experimental | 9,26 (6,58) | 177,67 | 0,000*** | 0,847 | 1,000 |
| | Control | 30,74 (7,43) | | | | |
| 2ª Medida Post Test | Experimental | 10,11 (7,01) | 92,01 | 0,000*** | 0,742 | 1,000 |
| | Control | 31,47 (8,77) | | | | |

***p<0,001.

*Análisis de los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre la variable ansiedad-rasgo.* En relación a la variable ansiedad-rasgo se puede señalar que desde la primera evaluación de tratamiento hasta la última evaluación de seguimiento se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control, F = 14,79 p<0,01; F= 23,05 p<0,01; F = 24,71 p<0,01; F = 25,99 p<0,01 y F = 35,76 p<0,01 respectivamente. El detalle de los resultados puede encontrarse en la Tabla 4 y Figura 2

De esta forma, si bien los grupos comienzan igualados en términos estadísticos, a lo largo de la aplicación del tratamiento y en la etapa de seguimiento los niveles de ansiedad-rasgo en el grupo experimental disminuyeron de forma progresiva, diferenciando sus valores con respecto al grupo control.

A su vez se observa que la variable ansiedad-rasgo presenta un aumento progresivo del tamaño del efecto desde un 0,31 en la primera medida de tratamiento hasta un 0,52 en la última medida de seguimiento, lo cual estaría señalando que al finalizar la intervención, un 0,52 de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control estarían dadas por la intervención cognitivo-conductual.

En relación a la potencia, se observa que ésta también va en aumento, desde un 0,96 hasta llegar a una potencia de 1,00.

*Análisis de los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre la variable depresión.* Por último, en cuanto a la variable depresión se puede señalar que desde la primera evaluación de tratamiento hasta la última evaluación de seguimiento se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control, F = 8,68 p< 0,01; F = 27,23 p< 0,01; F = 29,47 p< 0,01; F = 53,13 p< 0,01 y F = 68,44 p< 0,01 respectivamente. El detalle de los resultados puede encontrarse en la Tabla 5 y Figura 3.

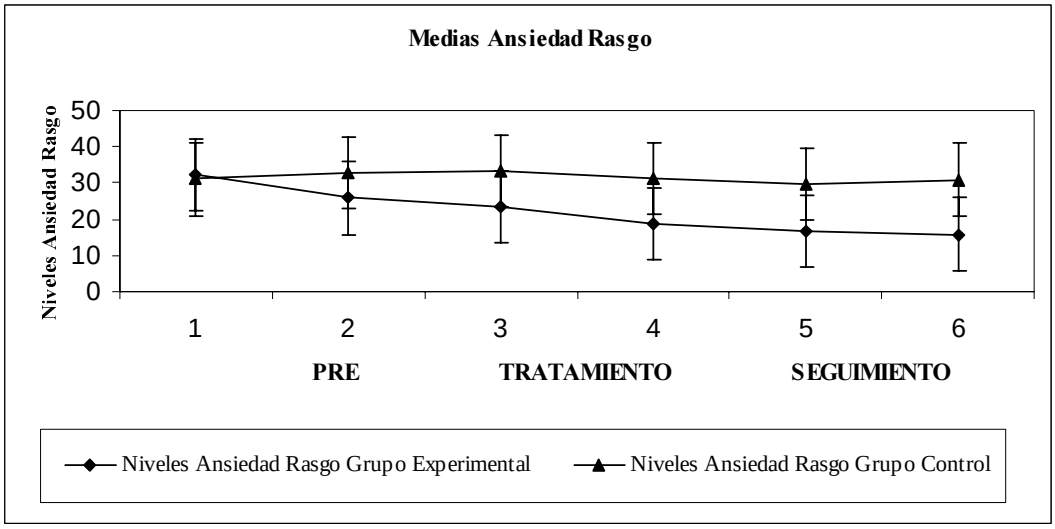


*Figura 2.* Comparación de medias del grupo experimental y del grupo control en la variable ansiedad-rasgo

TABLA 4

*Media, desviación típica, significación, tamaño del efecto y potencia obtenidas por el grupo experimental y el grupo control en la Escala Ansiedad-Rasgo del STAI, en las evaluaciones de tratamiento y seguimiento.*

| Ansiedad Estado | | Media (DE) | F | p | TE | Potencia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Medida Tratamiento | Experimental | 25,84 (7,03) | 14,79 | 0,001*** | 0,316 | 0,962 |
| | Control | 32,89 (8,15) | | | | |
| 2ª Medida Tratamiento | Experimental | 23,53 (7,96) | 23,05 | 0,000*** | 0,419 | 0,996 |
| | Control | 33,47 (7,65) | | | | |
| 3ª Medida Tratamiento | Experimental | 18,79 (7,96) | 24,71 | 0,000*** | 0,436 | 0,998 |
| | Control | 31,37 (6,98) | | | | |
| 1ª Medida Post Test | Experimental | 16,53 (10,88) | 25,99 | 0,000*** | 0,448 | 0,999 |
| | Control | 29,58 (8,40) | | | | |
| 2ª Medida Post Test | Experimental | 15,84 (8,82) | 35,76 | 0,000*** | 0,528 | 1,000 |
| | Control | 30,89 (8,64) | | | | |

***p<0,001

De esta forma, si bien los grupos comienzaron igualados en términos estadísticos, a lo largo de la aplicación del tratamiento y en la etapa de seguimiento los niveles de depresión en el grupo experimental disminuyeron de forma progresiva, diferenciando sus valores con respecto al grupo control.

En cuanto al tamaño del efecto se observó un aumento progresivo que fue desde un 0,21 en la primera medida de tratamiento hasta un 0,68 en la última medida de seguimiento, lo cual estaría señalando que al finalizar la intervención un 0,68 de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control estarían dadas por la intervención realizada.

En relación a la potencia, se observó que ésta también fue en aumento, desde un 0,81 hasta llegar a una potencia de 1,00.

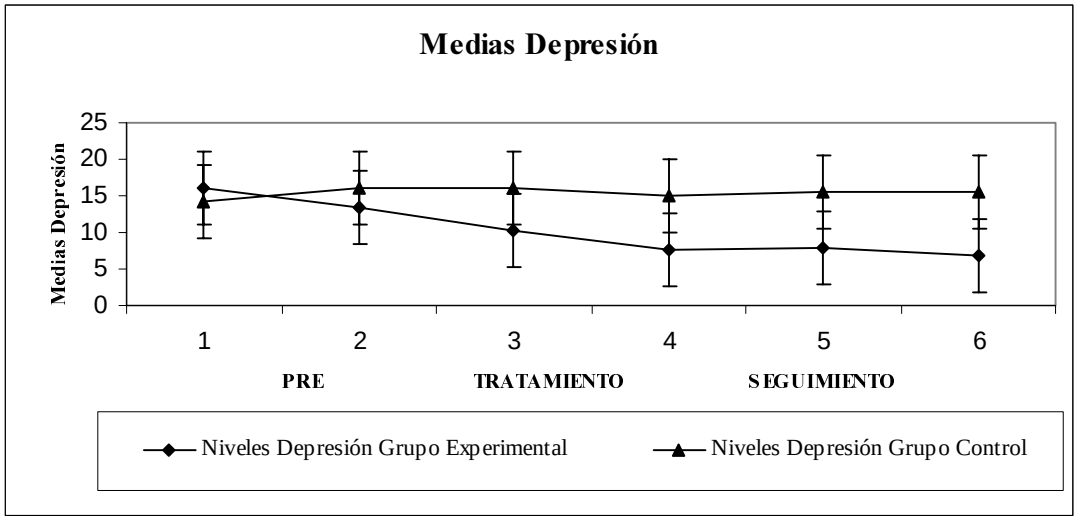


*Figura 3.* Comparación de medias del grupo experimental y del grupo control en la variable depresión.

TABLA 5

*Media, desviación típica, significación, tamaño del efecto y potencia obtenidas por el grupo experimental y el grupo control en la Escala de Depresión para Ancianos de Yesavage en las evaluaciones de tratamiento y seguimiento*

| Depresión | | Media (DE) | F | p | TE | Potencia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Medida Tratamiento | Experimental | 13,32 (4,08) | 8,68 | 0,006** | 0,213 | 0,815 |
| | Control | 16,00 (4,12) | | | | |
| 2ª Medida Tratamiento | Experimental | 10,21 (4,04) | 27,23 | 0,000*** | 0,460 | 0,999 |
| | Control | 16,05 (3,76) | | | | |
| 3ª Medida Tratamiento | Experimental | 7,58 (4,01) | 29,47 | 0,000*** | 0,479 | 1,000 |
| | Control | 15,00 (3,94) | | | | |
| 1ª Medida Post Test | Experimental | 7,89 (3,75) | 53,13 | 0,000*** | 0,624 | 1,000 |
| | Control | 15,47 (4,10) | | | | |
| 2ª Medida Post Test | Experimental | 6,89 (3,72) | 68,44 | 0,000*** | 0,681 | 1,000 |
| | Control | 15,47 (3,84) | | | | |

**p<0,01; ***p<0,001

## DISCUSIÓN

Desde la psicología, especialmente a partir del enfoque cognitivo-conductual, se han desarrollado investigaciones en el ámbito internacional con el objetivo de evaluar la efectividad de sus técnicas en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Estas investigaciones han dado cuenta que el enfoque cognitivo-conductual ha resultado ser útil y adaptable en el adulto mayor, favoreciendo la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva de forma efectiva (Coon & Thompson, 2003; Mohlman et al., 2003; Stanley et al., 2003).

Continuando con esta línea de investigaciones, se realizó el presente estudio con el fin de evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en adultos mayores.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se pudo encontrar que los efectos globales de la intervención cognitivo-conductual aplicada fueron significativos en términos tanto estadísticos como clínicos. En este contexto, se puede precisar que los cambios a nivel clínico, dados por el tamaño del efecto, permiten precisar que la intervención cognitivo-conductual fue útil, influyendo de manera significativa en un alto número de sujetos intervenidos en las diferentes variables y fases del estudio.

En otras palabras, se podría señalar que existen evidencias suficientes para establecer que las diferencias encontradas entre el grupo experimental y control estarían explicadas por el tratamiento y no por el azar.

Los resultados anteriormente expuestos coinciden con otras investigaciones a nivel internacional realizadas en adultos mayores, las cuales señalan la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en esta población (Gatz et al., 1999; Knight & Satre, 1999; Landreville et al., 2001; Montorio et al., 2001).

En cuanto a los efectos específicos de la intervención cognitivo-conductual sobre las variables dependientes, las variables ansiedad-estado y ansiedad-rasgo presentaron una disminución significativas de sus niveles desde la primera medida de tratamiento hasta la última medida de seguimiento en el grupo experimental, en comparación al grupo control. En relación a la influencia de la intervención cognitivo-conductual sobre los sujetos en la variable ansiedad-estado, se observó que ésta generó una disminución progresiva en un alto nivel en las personas del grupo experimental, en las distintas mediciones de tratamiento y seguimiento.

Por su parte, la influencia de la intervención sobre los sujetos en la variable ansiedad-rasgo generó una disminución progresiva a nivel intermedio en las personas del grupo experimental, en las distintas mediciones de tratamiento y seguimiento.

Resulta oportuno señalar que la mayor influencia que tuvo la intervención cognitivo-conductual en la disminución de los niveles de la variable ansiedad-estado, en comparación a los niveles de la variable ansiedad-rasgo, concuerda con lo planteado por Spielberger (1966, en Guijarro, 1999) considerando que la primera es un estado emocional transitorio (con mayor susceptibilidad a ser modificada) y la segunda es una predisposición del individuo a responder con fuertes estados de ansiedad, más estables y permanentes en el tiempo, y por tanto, con menos susceptibilidad al cambio.

Sin embargo, pese a la mayor estabilidad que presenta la variable ansiedad-rasgo, la intervención cognitivo-conductual logró provocar cambios significativos en ella, lo cual permite suponer que existiría una adquisición de nuevas habilidades por parte de los ancianos, las que al ser más permanentes en el tiempo, les permitiría enfrentar de forma adaptativa situaciones amenazantes.

Respecto a la variable depresión, los resultados registran una disminución significativa de los niveles de esta variable desde la primera medida de tratamiento hasta la última medida de

seguimiento en el grupo experimental, respecto al grupo control.

La influencia de la intervención cognitivo-conductual sobre los sujetos en la variable depresión generó una disminución progresiva en un nivel que fluctúo entre mediano y alto en las personas del grupo experimental, en las distintas mediciones de tratamiento y seguimiento.

En síntesis, es posible establecer que una parte importante de los cambios observados en las variables dependientes estarían explicados por el tratamiento cognitivo-conductual aplicado.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, por ser un primer acercamiento a la evaluación de un tratamiento para la población AM en Chile, donde no existe mayor evidencia de la efectividad de intervenciones dirigidas a esta población, no se podía comparar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual con otro tipo de tratamientos, por lo que se consideró pertinente comenzar esta línea de investigación comparando el tratamiento cognitivo-conductual con un grupo control. Ante esto se sugiere entonces, a partir de estos datos, contemplar la aplicación de alguna intervención placebo o alternativa al grupo control (Abarca, Chacón, Espinosa & Vera-Villarroel, 2005) que permitiera comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental con los de otro tratamiento, para así afirmar si la intervención cognitiva conductual es realmente la más efectiva y adecuada para ésta población en estudio.

Por otra parte, en la presente investigación no se profundizó en las diferencias de la población AM en variables de cohortes como sexo, nivel socioeconómico y cultural, considerando el bajo número de participantes en la intervención realizada. De esta forma no se pudo observar el impacto o los cambios que se pueden presentar en los resultados encontrados de acuerdo a estas variables, según lo revisado en algunas investigaciones internacionales en el área del adulto mayor (Cova, 2005). Se considera necesario incorporar estos factores en futuras investigaciones, de tal modo de ir adaptando las intervenciones realizadas a las características e individualidades que se presentan dentro de la población AM.

Del mismo modo, resulta importante aumentar las medidas de seguimiento de las variables dependientes estudiadas, con el fin de determinar si los efectos de la intervención cognitivo-conductual se mantienen a lo largo del tiempo sobre los niveles de ansiedad estado-rasgo y depresión.

Por último, si bien las técnicas específicas utilizadas para este estudio fueron elegidas de acuerdo a la efectividad reportada en investigaciones internacionales en adultos y adultos mayores (Aivazian et al., 1995; Buela-Casal et al., 2001; Buela-Casal & Sierra, 2001; Corts, 1999; Hermann, 2002; Knight, 1996 en Montorio e Izal, 1999), el estudio no contempló la evaluación de la efectividad de cada una de las técnicas aplicadas, lo que hubiese permitido discriminar cual de ellas resultaba más efectiva en el trabajo con AM.

En cuanto a las implicaciones generales de esta investigación se puede plantear que el taller cognitivo-conductual realizado concuerda con los principios de envejecimiento activo del Plan Nacional para el Adulto Mayor en Chile (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002) al desarrollar una intervención que intenta contribuir con una pauta alternativa a la forma tradicional de atención de salud en la población mayor, la cual se ha caracterizado a menudo por ser asistencialista. Además se presentaría como una estrategia de apoyo al tratamiento farmacológico en la población AM, ayudando a enfrentar de forma activa y en etapas tempranas patologías relevantes en el área de la salud mental como lo son la ansiedad y la depresión.

## REFERENCIAS


Abarca, A., Chacón, A., Espinosa, F. & Vera-Villarroel, P. E. (2005). Placebo y psicología clínica: aspectos conceptuales y teóricos e implicancias. *Terapia Psicológica, 23,* 73-83.

Alba, C., Gorroñogoitía, A., Litago, C., Martín, I. & Luque, A. (2001). Actividades preventivas en los ancianos. *Atención Primaria, 28,* 161-190.

Braun, S. (1993). *Tiempo nuevo para el adulto mayor.* Santiago: Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa Adulto Mayor.

Buela-Casal, G. & Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chile, Comité Nacional para el Adulto Mayor. Presidencia de la República. (2002). *Política Nacional para el Adulto Mayor.* Santiago.

Coon, D. & Thompson, L. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11,* 53-61.

Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Madrid: Descleé de Brouwer.

Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica, 23,* 49-57.

Díaz, M., Martínez B. & Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 12,* 19-25.

Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología, 34,* 17-27.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology, 1,* 181-204.

Gatz, M., Fiske, A., Fax, L., Kaske, B., Kasl-Godley, J. & MacCallun, T. (1999). Empirically validated psychological tratments for older adults. *Journal of Mental Health and aging, 41,* 9-46.

Guijarro, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psiquiatría.com, 3,* 1. Extraido el 2 de Julio, 2003, de http // www. psiquiatria.com /vol3 num1/art_6.htm.

Hersen, M. & Van Hasselt, V. (2001). Treatment of reactivated post-traumatic stress disorder. Imaginal exposure in an older adult with multiple traumas. *Behavior Modification, 25,* 94-115.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2002). *Censo de población y vivienda*, Chile. Resultados Generales.

Kirk, R. E. (1999). *Statistics: an introduction.* Fort Worth: Hartcourt Brace College Publishers.

Knight, B. & Satre, D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6,* 188-203.

Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A. & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *The Journals of Gerontology*: *Psychological sciences and social sciences, 56,* 285-287.

Merino, J. (1999). *Enfermedad de alzheimer y ansiedad.* Extraído el 17 de Diciembre, 2003, de http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/articulos/ANSIEDAD%20Y%20ALZHEIMER.htm

Mohlman, J., Gorenstein, E., Kleber, M., Marybeth, J., Gorman, M. & Papp, L. (2003). Standard and enhanced cognitive–behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder two pilot investigations. *American Journal Geriatric Psychiatry, 11,* 24-32.

Montorio, I. & Izal, M. (1999). *Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud.* Madrid: Paidós.

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina, 12,* 19-26.

Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36,* 11-20.

Norcross, J.C. (2002). Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. Nueva York: Oxford University Press.

Nuevo, R. & Montorio, I. (2005). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5,* 215-226.

Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile. *Terapia Psicológica, 21,* 61-66.

Pérez, M. & García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13,* 493-510.

Sánchez, M.I (2000). Acercamiento a la ansiedad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 10,* 92-103.

Stanley, M., Hopko, D., Diefenbach, G., Bourland, S., Rodriguez, M. & Wagener, P. (2003). Cognitive–behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10,* 92-96.

Villalobos, A. et al. (2002). *Perfil del adulto mayor en chile. Desarrollando respuestas integradas de sistemas de cuidado de salud para una población de rápido envejecimiento*. Santiago: INTRA.

**Recepción:** noviembre de 2004

**Aceptación final:** diciembre de 2005