

Cristina Soto Riu

**ÁNALISIS DE TRES CASOS CLÍNICOS CON
TRASTORNO MENTAL EN LA TERCERA EDAD EN EL
CONTEXTO DEL ÁMBITO RESIDENCIAL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Ester Solé Pijuan

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, año 2021

El presente trabajo de Final de Máster en Psicología General Sanitaria, realizado por la alumna Cristina Soto Riu, contiene información confidencial por lo que no puede ser compartido en su totalidad.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1 Definición y características clínicas del trastorno bipolar 3
- 1.2 Prevalencia y curso del trastorno bipolar 4
- 1.3 Trastorno Bipolar en la tercera edad 5
- 1.4 Tratamientos efectivos para el trastorno bipolar 6
- 1.5 Trastorno de depresión mayor en la tercera edad 7
- 1.6 Afectación de la pandemia de la Covi-19 en salud mental 8

2. CASO 1 – SAGITARIO

- 2.1 Presentación y descripción del caso 9
- 2.2 Análisis funcional 11
- 2.3 Hipótesis de origen y mantenimiento del problema 13
- 2.4 Hipótesis diagnósticas 13
- 2.5 Evaluación
 - 2.5.1 Acciones que se realizan desde el centro 15
 - 2.5.2 Acciones realizadas por la alumna 16
 - 2.5.3 Propuesta de evaluación por la alumna 18
 - 2.5.4 Resultados de evaluación pre-tratamiento 19
- 2.6 Objetivos de tratamiento propuestos..... 20
- 2.7 Técnicas de intervención propuestas 20
- 2.8 Resultados esperados 24
- 2.9 Discusión 25

3. CASO 2 – ARIES

- 3.1 Presentación y descripción del caso 27
- 3.2 Análisis funcional 28
- 3.3 Hipótesis de origen y mantenimiento del problema 30
- 3.4 Hipótesis diagnósticas 30
- 3.5 Evaluación
 - 3.5.1 Acciones que se realizan desde el centro 31
 - 3.5.2 Acciones realizadas por la alumna 32
 - 3.5.3 Propuesta de evaluación por la alumna 32
 - 3.5.4 Resultados de evaluación pre-tratamiento 35
- 3.6 Objetivos de tratamiento propuestos..... 35
- 3.7 Técnicas de intervención propuestas 36
- 3.8 Resultados esperados 40
- 3.9 Discusión 41

4. CASO 3 – LEO	
➤ 4.1 Presentación y descripción del caso	43
➤ 4.2 Análisis funcional	45
➤ 4.3 Hipótesis de origen y mantenimiento del problema	46
➤ 4.4 Hipótesis diagnósticas	46
➤ 4.5 Evaluación	
▪ 4.5.1 Acciones que se realizan desde el centro	47
▪ 4.5.2 Acciones realizadas por la alumna	47
▪ 4.5.3 Propuesta de evaluación por la alumna	47
▪ 4.5.4 Resultados de evaluación pre-tratamiento	49
➤ 4.6 Objetivos de tratamiento propuestos.....	49
➤ 4.7 Técnicas de intervención propuestas	50
➤ 4.8 Resultados esperados	53
➤ 4.9 Discusión	54
5. LIMITACIONES DEL TRABAJO	55
6. CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXO I	64

1. INTRODUCCIÓN

Los casos que se presentan en este trabajo abordan los trastornos del estado de ánimo en la tercera edad, concretamente el trastorno bipolar y el trastorno de depresión mayor. En consecuencia, en esta introducción voy a resumir las características principales de tales trastornos.

1.1 Definición y Características clínicas del trastorno bipolar

El Trastorno Bipolar (TB), es un trastorno de curso crónico que se encuentra clasificado dentro de los trastornos del estado de ánimo en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el cual produce alteraciones en el estado de ánimo, caracterizadas por cambios en los niveles de actividad, energía y las habilidades en la realización de actividades de la vida diaria. Estos pacientes suelen presentar diversos episodios depresivos (con síntomas de disforia, tristeza, discurso lento), episodios maníacos (con síntomas caracterizados por un aumento significativo del estado de ánimo, energía, sueño, conducta y cognición) y/o hipomaníacos, (los mismos síntomas que se presentan en la manía, aunque de menor gravedad) (Ferrari et al., 2016).

✚ *Se adjunta en el Anexo I, p.61, una tabla a modo de resumen de las características clínicas de los episodios de depresión, manía e hipomanía.*

Siguiendo los criterios de diagnóstico del DSM-5 se distingue entre: TB tipo I y TB tipo II. El tipo I, se caracteriza por la aparición de episodios depresivos, maníacos y/o hipomaníacos, siendo ambos necesarios para su diagnóstico. Los episodios maníacos deben de haber estado presentes durante un tiempo bien definido con un estado de ánimo anormalmente elevado, irritable o expansivo, junto con un aumento y persistencia anormal de la actividad o

energía dirigida hacia un objeto, con una duración mínima de una semana y que se encuentre presente la mayor parte del día casi todos los días, causando un grave deterioro del funcionamiento social y/o laboral. El TB tipo II se caracteriza por presentar episodios depresivos e hipomaníacos al igual que el tipo I, aunque la diferencia radica en que para el diagnóstico del tipo II no ha debido de haber nunca ningún episodio maníaco. El DSM-5 también distingue un grupo de trastornos relacionados con el trastorno bipolar como el trastorno ciclotímico, trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno relacionado debido a otra afección médica, trastorno relacionado especificado y por último trastorno relacionado no especificado. *Para una clasificación de los criterios diagnósticos del DSM-5 más detallada, ver en anexo I p.65*

1.2 Prevalencia y curso del TB

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2015, un 2,4% de personas a nivel mundial tienen un trastorno bipolar. En concreto se establece una prevalencia del 0,6% para el TB tipo I, del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para el resto de formas subclínicas del trastorno bipolar.

Si se tiene en cuenta el sexo, se indica que no existen prácticamente diferencias en prevalencia entre mujeres y hombres, aunque si se observan diferencias en la forma en que se presenta el trastorno, como por ejemplo, se suelen presentar más episodios de manía de mayor duración y con un inicio más temprano en los hombres al contrario que las mujeres en las que se manifiestan más episodios depresivos y mixtos (Hernández et al., 2019).

En cuanto al curso del TB, la edad de inicio más frecuente suele ser en la adolescencia tardía o adultez temprana, siendo antes de los 25 años la edad media en la que la mitad de los pacientes presentan la aparición del primer episodio, existiendo una relación directa y negativa entre la edad media de inicio del trastorno y su gravedad. Si tenemos en cuenta que el TB suele presentar una evolución crónica, recurrente y que existe una gran variabilidad interindividual en cuanto a los episodios, los estudios nos muestran que la media de episodios se sitúa en seis con una duración media de cada episodio de trece semanas, siendo menor la probabilidad de recuperarse para las personas que han sufrido mayor cantidad de episodios y/o que estos episodios hayan sido de tipo depresivo en comparación con los episodios de tipo maníaco (García-Blanco et al., 2014).

Para finalizar, cabe mencionar que las tasas de intentos de suicidio, suicidio consumado e ideación suicida, se mueven entre el 10 y el 15% predominando estos datos en la etapa depresiva (Chesney et al., 2014).

1.3 TB en la tercera edad

Según Sajatovic y Chen (2012), la edad de corte para poder diferenciar el TB de inicio temprano con el TB de inicio tardío es de 50 años. En un estudio de Depp y Jeste (2004), donde realizaron la comparación sobre el curso clínico del TB entre sujetos más jóvenes y pacientes con una edad más avanzada mostraron que hay muy poca diferencia entre ambos grupos. No obstante observaron que las personas mayores con TB suelen presentar manías de tipo menos severo, una menor comorbilidad con los trastornos de consumo y un mayor número de episodios mixtos. En la misma línea de investigación Kessing (2006), nos dice que estos pacientes de mayor edad suelen mostrar

más recaídas depresivas, menos episodios de suicidio consumado y menores síntomas psicóticos (Strejilevich, 2019).

✚ *Se adjunta en Anexo I p.76 una Tabla de Gómez-Peinado, A., Calero-Mora, C., & Gutiérrez-Rojas, L. (2020), dónde se muestran los subtipos del trastorno bipolar en edad avanzada.*

1.4 Tratamientos efectivos para el TB

En cuanto al tratamiento farmacológico, según la guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar, el litio es el recurso de primera elección (Suárez et al., 2015). Estos autores también nos sugieren la terapia electroconvulsiva, la cual se ha mostrado eficaz como único tratamiento y/o en combinación con el tratamiento farmacológico para el tratamiento de la depresión grave cuando se pretende lograr una mejora rápida de la sintomatología tras haber recurrido a otras opciones de tratamiento y estas no han producido los efectos deseados. En cuanto a la psicoterapia, Miklowitz (2016), concreta que intervenciones como la terapia cognitivo conductual, psicoeducación, terapia interpersonal, familiar y terapia de los ritmos sociales, se han mostrado eficaces en combinación con la farmacoterapia en cuanto a la prevención de recaídas, adherencia al tratamiento farmacológico, estabilización entre los episodios característicos del TB y para la detección temprana de síntomas.

En cuanto al tratamiento para pacientes de mayor edad con TB, no se encuentran diferencias en comparación con pacientes de menor edad. Sin embargo, en personas con mayor edad, se hace especial hincapié en prestar atención al estrés biopsicosocial al que estas se ven sometidas, por lo que las intervenciones psicosociales son de especial relevancia en cuanto a mejoras

a corto plazo reduciendo los síntomas del TB y el estrés (Sajatovic y Chen, 2012).

1.5 Trastorno de depresión mayor en la tercera edad

El trastorno de depresión mayor se caracteriza por presentar sintomatología como insomnio, pérdida o ganancia de peso, pérdida de interés/placer, fatiga o sentimientos de culpabilidad, que causa un malestar clínico significativo en el funcionamiento social, laboral u otras áreas de la vida de las personas (American Psychiatric Association, 2013). La sintomatología depresiva es considerada un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y para los diferentes tipos de demencia, y el apoyo social es considerado como una variable que puede mitigar los efectos negativos de la depresión y el estrés, siendo este un factor protector sobre el curso del envejecimiento (Cancino y col., 2018).

Se estima que un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren un trastorno de depresión mayor. Las causas de aparición del trastorno parecen ser el resultado combinado de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos (Jonis y Llacta, 2013).

El diagnóstico de depresión en adultos mayores es complicado debido a la comorbilidad de procesos crónicos, problemas sociales, funcionales y de nutrición, los cuales pueden distorsionar los síntomas afectivos y/o atribuirlos al proceso natural del envejecimiento (Kronfly y col., 2015).

Según el artículo de investigación de Álvarez, Pereira y Ortuño (2017), entre los tratamientos psicofarmacológicos de elección para el tratamiento de la depresión se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (primera elección), inhibidores de la recaptación de serotonina –

norepinefrina y los antidepresivos tricíclicos. La terapia electroconvulsiva, aunque solo es recomendada para pacientes que no han respondido al tratamiento farmacológico o para aquellos que sufren síntomas muy graves (conducta suicida/homicida, síntomas psicóticos), es considerada un tratamiento rápido y eficaz para el trastorno depresivo mayor. En cuanto a la psicoterapia, las técnicas más utilizadas han sido la psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal

1.6 Afectación de la pandemia de la Covid-19 en salud mental

Los tres casos que presento en este trabajo fueron observados en el transcurso de la pandemia de la COVID-19 durante los meses de noviembre de 2020 a marzo de 2021. Por lo tanto, me ha parecido interesante informar de las implicaciones de la Covid-19 en las personas con un problema de salud mental.

La pandemia de Covid-19 ha supuesto un importante impacto social en la población como por ejemplo miedo al coronavirus, una elevación de los problemas del sueño y más síntomas emocionales como son el estrés, la depresión, ansiedad, preocupación, inquietud y desesperanza (Sandín y col., 2020).

En cuanto a los efectos de la Covid-19 en pacientes con TB, estos son más susceptibles de contraer la infección y sufrir un curso más severo de la enfermedad debido a que tienen una salud física más precaria en comparación con la población normal. También, los pacientes con TB que sufren episodios maníacos o hipomaníacos con síntomas como la impulsividad y el deterioro de juicio son factores de riesgo para el cumplimiento de los protocolos para la disminución del contagio de la Covid-19 como el de higiene

y distanciamiento social. El confinamiento y las restricciones vividas durante la pandemia son factores de riesgo para las personas con TB, ya que pueden verse aumentados los síntomas depresivos afectando estos de manera desproporcionada a las personas con TB (Xue et al., 2020).

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, LB, McHugh, RK y Barlow, DH (2008). Trastornos emocionales: un protocolo unificado. En DH Barlow (Ed.), *Manual clínico de trastornos psicológicos: manual de tratamiento paso a paso* (págs. 216–249). La prensa de Guilford
- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V., & Ortuño, F. (2017). *Tratamiento de la depresión. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731–2742. doi:10.1016/j.med.2017.12.001
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5 (R))* (5a ed.). Publicaciones de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Barraca Mairal, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165–66). doi:10.33776/amc.v42i165-66.2792
- Beck, AT, Epstein, N., Brown, G. y Steer, RA (1988). Un inventario para medir la ansiedad clínica: propiedades psicométricas. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 56 (6), 893–897.
- Beck, AT, Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Evaluación de la intención suicida: la escala de ideación suicida. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 47 (2), 343–352.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(Número 3), 511-522. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7903>

- Bobes, J., González, MP, Bascarán, MT, Corominas, A., Adán, A., Sánchez, J., & Such, P. (1999). Validación de la versión española de la escala de adaptación social en pacientes depresivos. *Actas españolas de psiquiatría* , 27 (2), 71–80.
- Bosc, M., Dubini, A. y Polin, V. (1997). Desarrollo y validación de una escala de funcionamiento social, la Escala de Autoevaluación de Adaptación Social. *Neuropsicofarmacología europea: Revista del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología* , 7 (1), S57 – S70.
- Bravo, MF, Lahera, G., Lalucat, L., Fernández-Liria, A., en representación del Grupo Elaborador de la Guía, & Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2013). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Medicina clínica* , 141 (7), 305.e1-305.e10.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L. y Ortiz, MS (2018). Reserva cognitiva, depresión y apoyo social. Análisis de 206 adultos mayores. *Revista médica de Chile* , 146 (3), 315–322.
- Chesney, E., Goodwin, GM y Fazel, S. (2014). *Riesgos de mortalidad por todas las causas y por suicidio en los trastornos mentales: una meta-revisión*. *Psiquiatría mundial*, 13 (2), 153-160. doi: 10.1002 / wps.20128
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia, M., Reinares, M., Torrent, C., ... Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina clinica*, 119(10), 366–371.

- Cuevas Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 267-292. Doi: http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.%2024_1_2006_12.pdf
- Etchebarne, I., Fernández, M., & Roussos, A. J. (2008). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal.
- Fernando Muñoz, L. y Jaramillo, LE (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 111-121.
- Ferrari, AJ, Medias, E., Khoo, J.-P., Erskine, HE, Degenhardt, L., Vos, T. y Whiteford, HA (2016). La prevalencia y la carga del trastorno bipolar: hallazgos del Estudio de carga global de enfermedad de 2013. *Trastornos bipolares*, 18 (5), 440-450.
- Folstein, MF, Folstein, SE y McHugh, PR (1975). "Mini-estado mental". Un método práctico para calificar el estado cognitivo de los pacientes para el médico. *Revista de investigación psiquiátrica*, 12 (3), 189-198.
- Franco, CM, Pérez Echeverría, MJ, Campos, R., Campayo, JG y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atencion primaria*, 12 (6), 345-349.
- García-Blanco, AC, Sierra, P. y Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21 (3), 89-94.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detección de ansiedad y depresión en entornos médicos generales. *BMJ*, 297 (6653), 897-899.

- Gómez-Peinado, A., Calero-Mora, C., & Gutiérrez-Rojas, L. (2020). Estabilidad diagnóstica en el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Actas Esp Psiquiatr*, 48(1), 28-35.
- Hernández, OM, Martínez, OM e Izquierdo, YB (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica* , 41 (2).
- Hirschfeld, RMA, Holzer, C., Calabrese, JR, Weissman, M., Reed, M., Davies, M.,... Hazard, E. (2003). Validez del cuestionario de trastornos del estado de ánimo: un estudio de población general. *The American Journal of Psychiatry* , 160 (1), 178–180.
- Jacobson, E. (1938). Relajación muscular progresiva. *J Abnorm Psychol* , 75 (1), 18.
- Jonis, M., & Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Médica Herediana*, 24(1), 78-79.
- Kessing, LV (2006). Subtipos diagnósticos de trastorno bipolar en adultos mayores versus jóvenes. *Trastornos bipolares* , 8 (1), 56-64.
- Kronfly Rubiano, E., Rivilla Frias, D., Ortega Abarca, I., Villanueva Villanueva, M., Beltrán Martínez, E., Comellas Villalba, M.,... Barranco Oliver, L. (2015). Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención primaria* , 47 (10), 616–625.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1997). 16. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 493.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*, 112(20), 767-74.

Manotas Llanos, LM (2020). *Revisión de la evidencia empírica disponible sobre los modelos de intervenciones cognitivo conductuales para el trastorno bipolar* . Corporación Universidad de la Costa.

Miklowitz, D. J. (2016). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. *RET: Revista de toxicomanías*, (78), 26-40.

Novick, DM y Swartz, HA (2019). Psicoterapias basadas en evidencia para el trastorno bipolar. *Focus (American Psychiatric Publishing)* , 17 (3), 238–248.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La carga mundial de morbilidad: actualización de 2004* . Organización Mundial de la Salud.

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., de Mon, M. Á., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285-1296.

Sajatovic, M., & Chen, P. (2012). Trastorno bipolar geriátrico. *Psiquiatría Biológica*, 19(3), 76-83.

Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.06.004>

Sajatovic, Martha, Strejilevich, SA, Gildengers, AG, Dols, A., Al Jurdi, RK, Forester, BP, Kessing, LV, Beyer, J., Manes, F., Rej, S., Rosa, AR, Schouws , SN, Tsai, S.-Y., Young, RC y Shulman, KI (2015). Un informe sobre el trastorno bipolar en la vejez del Grupo de Trabajo

de la Sociedad Internacional para los Trastornos Bipolares. *Trastornos bipolares* , 17 (7), 689–704.

Sánchez-Moreno, J., Vieta, E., Zaragoza, S., Barrios, M., Gracia, M. de, Lahuerta, J. y Sánchez, G. (2005). Proceso de adaptación al español del cuestionario de trastornos del estado de ánimo. *Psiquiatría Biológica* , 12 (4), 137-143.

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

Strejilevich, CS |. (s / f). *Capítulo 21. Aspectos cognitivos y biológicos de los trastornos bipolares* . Areatrastornosbipolares.com. Recuperado el 15 de febrero de 2020, de <https://areatrastornosbipolares.com/wpcontent/uploads/SamamA%CC%83%C2%A9-Strejilevich-2019.pdf>

Suárez, MZ, Montes, MG, Jarabo, DS y Forteza, GL (2015). Trastorno bipolar. *Medicina* , 11 (85), 5075–5085.

Vera Alcívar, M. G. (2019). *Beneficios de la aplicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson para disminuir el nivel de ansiedad en pacientes adultos mayores, de edades comprendidas entre los 65 a 75 años de edad, en el centro geriátrico bastón de oro en el periodo abril 2019-septiembre 2019.*

Doi: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19794>

- Xue, S., Husain, MI, Ortiz, A., Husain, MO, Daskalakis, ZJ y Mulsant, BH (2020). COVID-19: Implicaciones para la atención clínica y la investigación del trastorno bipolar. *SAGE Open Medicine* , 8 , 2050312120981178.
- Yesavage, JA, Brink, TL, Rose, TL, Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, VO (1982). Desarrollo y validación de una escala de cribado de depresión geriátrica: un informe preliminar. *Revista de investigación psiquiátrica* , 17 (1), 37–49.
- Young, RC, Biggs, JT, Ziegler, VE y Meyer, DA (1978). Una escala de calificación para la manía: confiabilidad, validez y sensibilidad. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* , 133 , 429–435.
- Zeiss, AM, Lewinsohn, PM y Muñoz, RF (1979). Efectos de mejora inespecíficos en la depresión mediante el entrenamiento de habilidades interpersonales, horarios de actividades agradables o entrenamiento cognitivo. *Revista de consultoría y psicología clínica* , 47 (3), 427–439.