

Manal Bouasria Filali

**PROGRAMA DIRIGIDO A LA MEJORA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
RESIDENTES DE TERCERA EDAD**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Montserrat Domènech Auqué

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	6
1.1 Aspectos principales de la depresión.....	6
1.2 Factores de riesgo y bases biológicas.....	9
1.3 La depresión en la vejez	10
1.4 Tratamientos de la depresión	13
1.4.1. Terapias cognitivo-conductuales.....	13
1.4.2 Psicoterapia interpersonal	16
1.4.3 Terapia familiar sistémica	16
1.4.4 Otras terapias	16
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	17
2.1 Objetivos	17
2.2 Hipótesis.....	18
3. METODOLOGÍA.....	19
3.1 Participantes.....	19
3.2 Instrumentos	21
3.2.1 Actividades del programa de intervención	21
3.2.2 Evaluación de la eficacia.....	24
3.3 Procedimiento.....	25
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
4.1 Análisis cuantitativo	27
4.1.1 Análisis de los resultados obtenidos mediante pretest y postes.....	27
4.1.2 Análisis de los resultados obtenidos mediante recogida de datos	30
4.1 Análisis cualitativo.....	37
4.2.1 Análisis de los datos obtenidos mediante observación sistemática	37
4.2.2 Análisis de datos obtenidos mediante entrevista	40
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	44
5.1 Limitaciones	47
6. REFERENCIAS.....	49
7. ANEXOS	54
7.1 Métodos de evaluación	54
7.2 Actividades diseñadas	57

PRÓLOGO

El presente proyecto se ha creado con la intención de mejorar la calidad de vida de las personas mayores con depresión que habitan en residencias. Se espera que este programa tenga efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos y estado anímico de los participantes, siendo útil para el diseño de programas similares en el futuro.

Quiero visibilizar la gran incidencia de depresión que hay en las instituciones para ancianos en España, ya que muchas veces pasa desapercibida confundándose con los síntomas típicos de la vejez. Hoy en día hay mucha más concienciación sobre la depresión gracias a las campañas y movimientos de promoción de estos últimos años, pero lamentablemente muchas veces pasamos por alto la población que más sufre de este trastorno, la población de tercera edad. Por ello, quiero promover la instauración de programas de reducción de síntomas depresivos en residencias con el objetivo de poder ayudar a los más mayores a afrontar y superar esta psicopatología. A veces pensamos que por su edad es normal que tengan los síntomas típicos de la depresión o que si tienen el diagnóstico ya nunca lo van a superar, pero estoy segura de que con ayuda y atención pueden llegar a cambiar su perspectiva de la vida y vivirla con un algo más de alegría. Por esta razón, quiero diseñar una intervención adaptada a esta población que les pueda ser útil para la mejora de sus síntomas y, a su vez, asegurar su eficacia de manera empírica.

RESUMEN

En este trabajo de fin de grado se ha diseñado e impartido un programa de mejora de síntomas depresivos, que se ha puesto a prueba en un estudio experimental compuesto por una muestra de 24 personas dividida en tres grupos: Experimental, acompañamientos y sin programa. Para la evaluación de resultados se ha realizado la técnica test-postes mediante la versión simplificada de la escala Yesavage, entre otros métodos, como una observación sistemática, recogida de datos, encuestas de satisfacción y entrevistas.

La conclusión general extraída en este estudio es que, siempre y cuando exista una constancia en cuanto a la asistencia, el programa resulta efectivo aportando a sus participantes una reducción significativa de los síntomas depresivos. Se ha observado que el programa no solamente resulta exitoso en cuanto a la reducción de los niveles de depresión, sino que también aporta otros beneficios como el aumento de la motivación, participación y habilidades sociales. Abordando así el aprendizaje de sus participantes tales como la comprensión y gestión de emociones, cambios de perspectiva, valores y actitudes.

Palabras clave: Depresión, psicoterapia, terapia grupal, reducción de depresión, residencia, vejez.

ABSTRACT

In this undergraduate thesis, a program to improve depressive symptoms has been designed and implemented, which has been evaluated in an experimental study consisting of a sample of 24 individuals divided into three groups: Experimental, Support, and No Program. To assess the results, a pre-test post-test technique has been employed using the simplified version of the Yesavage scale, along with other methods such as systematic observation, data collection, satisfaction surveys, and interviews.

The overall conclusion drawn from this study is that, provided there is consistency in attendance, the program proves effective in significantly

reducing depressive symptoms among participants. It has been observed that the program not only succeeds in reducing depression levels but also brings additional benefits such as increased motivation, participation, and social skills. It addresses the learning of participants, including understanding and managing emotions, changes in perspective, values, and attitudes.

Keywords: Depression, psychotherapy, group therapy, depression reduction, residential care, old age.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1 Aspectos principales de la depresión

El DSM-V establece los criterios para el diagnóstico de la depresión, que se caracteriza por una profunda tristeza y pérdida de interés en las actividades diarias. Estos criterios incluyen:

- Estado de ánimo deprimido.
- Pérdida de interés o placer.
- Cambios en el peso o apetito.
- Cambios en el sueño.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Dificultades cognitivas.
- Pensamientos sobre la muerte.

Las manifestaciones clínicas descritas deben presentarse durante al menos dos semanas consecutivas y causar un deterioro significativo en el funcionamiento diario de la persona.

Además, también hace una clasificación de los trastornos depresivos que se compone de 6 tipos:

1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.
2. Trastorno de depresión mayor.
3. Trastorno depresivo persistente (distimia).
4. Trastorno disfórico premenstrual.
5. Trastorno disfórico inducido por sustancias.
6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Existen diversas definiciones sobre este término, aunque todas coinciden en que se trata de un trastorno caracterizado por tristeza profunda y una sensación de inhibición. Orozco (2013) explica que la característica esencial

de la depresión es “un humor deprimido” acompañado de una disminución de la motivación y disfrute en la realización de las actividades y pasatiempos cotidianos.

Según la OMS (2021) “La depresión es un trastorno mental común, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, falta de energía y problemas de concentración”. La RAE (2022) la define como “un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”.

Actualmente, la depresión es el trastorno de salud mental con el mayor índice de prevalencia en España. La OMS (2021) calcula que existen 280 millones de personas con depresión en el mundo. Una cifra que ha aumentado con la pandemia COVID-19. Según la ENSE (2019), llevada a cabo el año 2017 en España, un 6,7% de la población experimenta depresión, lo que equivale a unos tres millones de personas que sufren este trastorno. Estos datos la convierten en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país. Respecto a los estudios de géneros, varios estudios como el de Metud et al. (2006) están de acuerdo en que normalmente las mujeres son más propensas a sufrir esta enfermedad mental.

Un aspecto importante para tener en cuenta es que, a pesar de sus similitudes, la depresión y la tristeza no son sinónimos. Es cierto que ambas están relacionadas, pero cada una posee unas características particulares que las diferencian. Es fundamental conocer sus signos distintivos para diferenciarlas y evitar realizar un mal uso de ellas.

“La tristeza es un sentimiento universal, consustancial con la existencia del hombre, forma parte de las funciones afectivas o también conocidas como funciones del humor y su presentación obedece a una respuesta a las adversidades de la vida del sujeto” (Benavidez, 2017). Asimismo, el autor destaca que, por otro lado, tenemos la tristeza patológica o depresión, que la describe como aquella que “no guarda relación con los factores

desencadenantes y puede afectar la intensidad, duración y funcionalidad del individuo”.

Pérez (2012) dice que la depresión es una enfermedad que debe tratarse médica y psicológicamente, mientras que la tristeza es un sentimiento básico de todo ser humano y que su presencia no solo es normal, sino natural. Además, destaca la importancia de conocer la diferencia entre ambas expresiones, para que ante la presencia de una depresión esta se trate oportunamente.

Por ende, como ya se ha mencionado anteriormente, es de vital importancia diferenciar estos dos términos. Por un lado, tenemos la tristeza, una emoción natural y adaptativa que, además de brindar la introspección profunda en nosotros mismos, también tiene una significación social, ya que la expresión de dicha emoción nos brinda la oportunidad de solicitar ayuda y recibir apoyo de los demás. En otro lugar, tenemos la depresión, un trastorno psicológico en el que la tristeza pierde su función adaptativa y se convierte en patológica. Las principales diferencias entre depresión y tristeza son las siguientes:

Tabla 1

Diferencias entre tristeza y depresión

Tristeza	Depresión
Hay una causa desencadenante.	Puede no haber desencadenante.
Tristeza proporcional al desencadenante.	Tristeza no proporcional al desencadenante.
Duración de los síntomas proporcionales al desencadenante.	Duración prolongada de los síntomas.
Poca alteración del rendimiento.	Importante alteración del rendimiento.
Síntomas físicos escasos o ausentes.	Síntomas físicos importantes.
Los síntomas suelen variar a lo largo del día.	Los síntomas no varían y tienden a empeorar.

Extraída de: San Molina, L., & Martí, B. A. (2010). *Comprender la depresión (p.10)*. Editorial AMAT

1.2 Factores de riesgo y bases biológicas

La depresión es un trastorno multifactorial que puede desencadenarse por diversas causas. Pérez- Padilla et al. (2017) indica tres tipos de factores de riesgo que predisponen a esta enfermedad (psicosociales, genéticos y biológicos).

Rodríguez (2021) hace referencia a factores genéticos, fisiológicos, personales y ambientales. La presencia de antecedentes familiares de depresión puede aumentar la probabilidad de desarrollar la enfermedad en un 25%-30%. También se ha demostrado que ciertos genes, con relación a la personalidad, pueden influir a la predisposición a la depresión. A nivel fisiológico, se ha relacionado la depresión con una disminución de los niveles de serotonina, un neurotransmisor que regula el estado de ánimo. En cuanto a los factores personales, la edad puede desempeñar un papel importante en la aparición de la depresión. Por último, los factores ambientales, como situaciones de estrés o aislamiento social, pueden desencadenar la depresión. Es esencial considerar estos factores en la evaluación y tratamiento de la depresión, especialmente en la población anciana, que puede estar más expuesta a ciertos factores de riesgo.

En cuanto a las bases biológicas, se ha constatado en diversos estudios, como el de Pérez-Padilla et al. (2017), que la etiología de la depresión es compleja. Esto se debe a la implicación de múltiples factores, como se ha mencionado anteriormente. Cada factor de riesgo presenta distintas teorías explicativas y, a pesar del creciente número de investigaciones realizadas en los últimos años, aún existe una falta de claridad en cuanto a las bases biológicas subyacentes de la depresión. Asimismo, es importante destacar que estas teorías presentan un contenido altamente complejo en su naturaleza. Por lo tanto, en este estudio se optará por enumerar de manera concisa algunas de las teorías más relevantes, considerando que una discusión exhaustiva de las mismas no es relevante para el desarrollo de este proyecto.

Varios artículos como Schildkraut (1965) o Nutt (2002), citado en Pérez-Padilla et al. (2007) hacen referencia a la Hipótesis de las monoaminas, el enfoque biológico más predominante de estos últimos 50 años, esta teoría propone que la causa de la depresión es un déficit funcional en los neurotransmisores de noradrenalina y serotonina de las regiones límbicas del cerebro.

Otros estudios, como por ejemplo Savitz et al. (2009) exploran teorías sobre el papel de la noradrenalina en la depresión mayor y su disminución en las personas depresivas, apuntando a que su causa podría ser una alteración en el sistema noradrenérgico.

Artículos como Nutt et al. (1999) o Cannon et al. (2007) se centran más en la importancia de la serotonina, exponiendo que su alteración en distintas partes del cerebro se asocia a síntomas depresivos. Por otro lado, estudios como Kendler et al. (2009) relacionan la depresión con alteraciones en el sistema nervioso central a causa de niveles de estrés crónicos. También, existen otras teorías como la hipótesis del déficit del GABA (Petty et al.,1984), Hipótesis del glutamato en la depresión (Hasler et al.,2007), hipótesis proinflamatoria (Raison et al.,2009), etc.

1.3 La depresión en la vejez

Varias fuentes afirman que, en España, la población de tercera edad es la más propensa a padecer depresión, el INE (2023) revela que la prevalencia de depresión en mayores de 65 años en España es de 849.100 personas. Por otro lado, la OMS (2023) estima que un 3,8% de la población experimenta depresión, de los que un 5% son adultos, y otro 5,7% personas ancianas. Con estos datos podemos observar que las personas de tercera edad son la población más propensa a la depresión.

Según Peña (2009) la depresión en personas mayores de 65 años es altamente prevalente y puede tener un impacto negativo en su calidad de vida. El autor destaca diversos factores de riesgo, tales como "el duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodios depresivos previos, género

femenino, demencia y condiciones médicas crónicas". Es importante señalar que estos factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de desarrollar depresión en adultos mayores, por lo que es fundamental considerarlos en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Explica también, que los ancianos deprimidos, en comparación con jóvenes con la misma patología, "muestran menos ánimos de tristeza, más ansiedad y más quejas somáticas".

Es importante destacar que la depresión es una enfermedad que cada uno vive de manera diferente y con sintomatologías distintas, además de estas diferencias individuales también se pueden encontrar diferencias entre grupos de edad como, por ejemplo, que los ancianos no viven la depresión de la misma manera que los jóvenes. La mayoría de las personas mayores depresivas tienden a ignorar su estado de ánimo y emociones, centrándose más en sensaciones físicas, molestias e incluso dolores. Es decir, la mayoría convierten los síntomas de la depresión en dolencias físicas, tornándose estas su principal preocupación y razón de queja. "Los trastornos del sueño, la susceptibilidad o la sensación de empeoramiento definen a las personas mayores con depresión" (Muñoz Cruz et al.,2015).

Es conveniente considerar que los adultos mayores pueden presentar ciertas características particulares que a menudo son mal interpretadas como parte del proceso natural del envejecimiento (Brüning,2019). Gil (2008), explica que la depresión a menudo es confundida con los síntomas clínicos típicos de la edad avanzada, provocando una complicación en la detección del trastorno en esta población, y por ello, a menudo, no es detectada hasta que aparece un intento de suicidio. Por lo tanto, es crucial abordar y comprender estas características de manera adecuada para brindar un tratamiento efectivo y personalizado a esta población.

En cuanto a la depresión en residencias para adultos mayores, varios estudios e investigaciones están de acuerdo en que este trastorno es más común entre los ancianos que están institucionalizados, posiblemente debido a que la institucionalización puede llegar a ser un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar esta enfermedad en este grupo de población. En el estudio de Muñoz et al. (2015) se observa que el 80% de los ancianos que viven en hogares para mayores tienen riesgo a desarrollar depresión,

mientras que solo el 26,8% de los que viven en sus hogares experimentan este riesgo.

Ayala (2007) observa que la prevalencia de las personas mayores puede variar en función de su localización. Un 10% en viviendas particulares, 15-35% en residencias, 10%-20% en hospitales, 40% en tratamiento por trastorno somático y 50% en centros psiquiátricos. Muñoz et al. (2015) expone en su estudio que un 80% de ancianos institucionalizados en centros para mayores padecen depresión, mientras que el 26,8% de adultos mayores que viven en sus domicilios muestran riesgo de depresión. En 1989 Aguirre señala una prevalencia de 30%-50% en residencias.

Aguirre (1989) afirma que el anciano institucionalizado es el más vulnerable y, por ende, más propenso a padecer depresión. Indica que la "vida rutinaria" de las residencias provoca "monotonía", "hastío" y "aburrimiento" y, por lo tanto, desencadena enfermedades depresivas con más facilidad. Otro aspecto que puede influir en el desarrollo de la depresión en las residencias es el factor social. Hay que tener en cuenta que estas personas en algún punto de su vida han tenido que dejar todo atrás (familia, amigos, vida social, etc.) para mudarse a vivir en una institución alejada de la gente con la que siempre han convivido y compartido su tiempo. Por lo tanto, se enfrentan a un cambio drástico al que a veces no todos son capaces de adaptarse, dando paso a que se pueda originar una depresión. Estos cambios en el entorno social del anciano pueden llegar a afectar a todo el cuadro de relaciones sociales de la persona (conyugales, hijos, amigos, etc.), las dificultades de adaptación a estos cambios provocan un abatimiento psicológico del adulto mayor que pueden originar una enfermedad depresiva.

Bordal (2013) expone que aspectos como el cambio de roles, el aislamiento de su entorno social o los cambios en el estilo de vida producen una reducción de la autonomía en las residencias. Teniendo en cuenta que estudios como Aguirre (1989) hacen referencia a que los ancianos con menos depresión son aquellos que son más válidos por sí mismos y que presentan buena relación con su entorno social, se puede concluir de esta manera que la alta incidencia de depresión en residencias puede ser favorecida por la reducción de la autonomía y el sentimiento de aislamiento que se producen en la residencia.

1.4 Tratamientos de la depresión

En la actualidad los métodos con apoyo empírico para el tratamiento de la depresión son la psicoterapia, los medicamentos o su combinación (Korman,2011). Respecto a la psicoterapia, varios estudios han demostrado que tiene mayor eficacia para el tratamiento a largo plazo de la depresión que los fármacos (De Maat et al., 2006). La Asociación Americana de Psicología (APA, 2012), publica la resolución de la eficacia de la psicoterapia, donde reconoce que "Los efectos beneficiosos de la psicoterapia tienden a mantenerse durante más tiempo y presentan una probabilidad menor de requerir intervenciones adicionales en comparación con los tratamientos farmacológicos".

Las Psicoterapias pueden ser aplicadas en diferentes formatos, ya sea grupal o individual, adaptándose a las necesidades de cada paciente. Diversas investigaciones hablan de los beneficios que puede tener la terapia grupal en personas mayores, Correa-Palacio (2016) entre otros autores, han demostrado la efectividad de las terapias en grupo para mayores de 65 años con depresión.

Existe una gran variedad de terapias para la depresión que han demostrado ser eficaces para su tratamiento, esto se debe a que es un trastorno que responde bien ante cualquier terapia, siempre y cuando se realice de forma adecuada. Por ello no es casual que sean muchas las terapias eficaces para su mejora (Pérez et al. 2003) y no haya una única terapia específica para tratar la depresión. Algunas de las terapias más destacadas en su uso para la depresión son las siguientes:

1.4.1. Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales han ido evolucionando y sufriendo diversos cambios durante estos últimos años, por esta razón existen tres generaciones distintas. La primera generación se conoce como terapia conductual, la cual se caracterizaba por su enfoque directo en el comportamiento problema, basándose en los principios del condicionamiento

y aprendizaje. En la terapia conductual se emplean técnicas como la terapia de exposición, el reforzamiento diferencial de conductas, las técnicas aversivas, el moldeamiento, la desensibilización sistemática o la economía de fichas y el contrato conductual. Sin embargo, se observó que el conductismo no resultaba eficaz en el tratamiento de ciertos problemas psicológicos presentes en adultos como, por ejemplo, la depresión. Por este motivo, en la actualidad las técnicas conductuales solamente son utilizadas para tratar fobias o crear patrones de conducta (Mañas,2007). Debido a sus limitaciones, en los años 60, aparecieron las terapias cognitivo-conductuales o también llamadas terapias de segunda generación, que se diferencian en que plantean que la conducta problema es causada por los "eventos privados"¹(Hayes et al.,2001). Convirtiéndose de esta manera el pensamiento en el foco principal a tratar.

La terapia cognitivo-conductual tiene como meta principal asistir al individuo en la transformación de sus patrones de pensamiento, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas desadaptativas, reemplazándolos por otros más adaptativos para combatir sus problemas o en este caso la depresión (Duazary,2011). Algunas técnicas utilizadas en esta segunda generación son el entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración de pensamientos, terapia de autoinstrucciones, terapia de resolución de problemas, etc. Varios estudios como Pérez (2007) exponen que la terapia cognitiva de Beck (también llamada terapia cognitivo conductual o terapia de segunda generación) ha sido la más utilizada para la depresión en estos últimos años. Además, también se ha podido probar su efectividad y eficacia en estudios como en la revista científica Duazary (2011) o Echeburúa et al. (2000). Por esta razón, la TCC se convierte en la principal fuente de comparación en la eficacia de tratamientos para la depresión. Con relación a las limitaciones, varios experimentos han revelado que ejercer un control sobre los "eventos privados" puede resultar contraproducente, generando consecuencias no deseadas en lugar de los beneficios buscados (Sullivan et al.,1993; Gutiérrez et al.,2004). Estos resultados resultan ser un desafío para esta segunda corriente. Para hacer frente a estas limitaciones, recientemente

¹ Eventos privados: Hace referencia al conjunto de cogniciones, recuerdos, pensamientos, emociones, las sensaciones propias.

ha surgido una nueva tercera ola, llamadas las terapias de tercera generación, que se diferencian en que estas últimas no se centran en la eliminación, cambio o alteración de eventos privados, sino que se focalizan en el contexto en el que se originan estos eventos problemáticos (Luciano et al., 2004).

Esta tercera corriente defiende la idea de que el intento de control de eventos problemáticos es parte del problema mismo, por esta razón este nuevo enfoque de las TCC se focaliza en cómo interpretamos y nos relacionamos con esos eventos. Estas terapias buscan modificar los patrones de pensamiento problemático al alterar los contextos verbales en los que se desarrollan. Por ejemplo, en lugar de intentar cambiar directamente los pensamientos negativos, se trabaja en cambiar la relación y el significado que les damos a los pensamientos (Luciano et al, 2004). El grupo de terapias que conforman las terapias de tercera generación son las siguientes: Terapia de aceptación y compromiso (ACT), psicoterapia analítica funcional, terapia conductual dialéctica (TCD), terapia cognitiva basada en mindfulness y activación conductual (AC) (Mañas, 2007). Diversas investigaciones han examinado la efectividad de estos tratamientos en relación con la ansiedad y la depresión, y han encontrado que obtienen resultados comparables a los tratamientos convencionales (Hunot et al., 2013).

Según Hayes et al. (2011), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha mostrado mejores resultados en el tratamiento de la depresión en comparación con las técnicas establecidas. En un estudio realizado por Sánchez et al. (2014) se encontró que la ACT fue efectiva en el manejo de sintomatología depresiva en ancianos institucionalizados, incluso en aquellos que presentaban patologías comórbidas como dolor crónico o ansiedad. Además de la ACT, también se ha investigado la eficacia de la Activación conductual y de la terapia cognitiva basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión. Dimijian et al. (2006) expone que la AC ha mostrado mayor eficacia en la depresión que las técnicas cognitivo-conductuales de segunda generación. Respecto al Mindfulness, son varios los estudios que demuestran la eficacia del Mindfulness en la depresión (Hofmann et al.,2017; Pang et al.,2019).

1.4.2 Psicoterapia interpersonal

La terapia interpersonal (TI) es un enfoque psicoterapéutico que se centra en mejorar las relaciones interpersonales focalizándose en los problemas psicosociales. Desde sus principios fue creada para el tratamiento de la depresión, aunque hoy en día también se utiliza para otros trastornos psicológicos. La idea principal de este enfoque terapéutico es que las relaciones y la calidad de las interacciones son esenciales para el bienestar emocional (Puig, 1995). Respecto a la efectividad, existe evidencia científica de su gran eficacia como tratamiento antidepresivo y, es considerada como uno de los mejores instrumentos para tratar la depresión (Heerlein, 2002).

1.4.3 Terapia familiar sistémica

Esta terapia se centra en el círculo familiar y trata de abordar los patrones familiares que pueden estar implicados en la depresión. Trata el trastorno mediante la involucración de los miembros de la familia. Esta es una terapia que se utiliza en la depresión, aunque no existe evidencia científica clara de su efectividad, se podría decir que sigue en fase experimental (Pérez et al., 2001).

1.4.4 Otras terapias

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión es un trastorno que responde positivamente a diversas terapias. Por esta razón existen una gran variedad de terapias que bien adaptadas pueden ser usadas para la depresión. Algunas terapias actuales que se implementan para tratar la depresión en adultos mayores son la terapia de reminiscencia (Bohlemeijer et al. 2018), terapia ocupacional (Lazcano, 2019; Aravena, 2017), musicoterapia (De la Rubia et al. 2014), etc.

Es importante mencionar los acompañamientos que, aunque no se puede considerar como un tratamiento, es una técnica que actualmente utilizan las residencias para disminuir los sentimientos de soledad y aislamiento de sus residentes con depresión. Esta técnica se fundamenta en la idea de que la presencia de compañía puede contribuir a una mejora de los síntomas depresivos, contrarrestando así los sentimientos de abandono y soledad

comúnmente asociados con este trastorno. Cabe mencionar que aún no existe evidencia científica sólida que respalde la eficacia de esta práctica.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivos

El presente proyecto persigue los siguientes objetivos:

1. Diseñar e implementar un programa dirigido a personas de tercera edad diagnosticadas con depresión y que habitan en residencia, con el propósito de mejorar sus síntomas y promover su bienestar.
2. Evaluar la efectividad del programa planteado.
3. En caso de que el programa sea efectivo, valorar si la efectividad del programa ha sido realmente causada por su contenido o por el hecho de haberles hecho sentir acompañados.
4. Conseguir, mediante el programa, un aumento de la motivación, la participación en las actividades del taller, el desarrollo de habilidades sociales en cuanto a la interacción con los compañeros durante las sesiones, aprendizajes y optimización del estado de ánimo.
5. Observar qué características pueden tener relación con mejoras o empeoramientos de los síntomas depresivos (asistencia al programa, presencia o ausencia de aislamiento social, género de los participantes, participación en actividades impartidas por el centro).

2.2 Hipótesis

Este estudio consta de siete hipótesis que se pondrán a prueba en el experimento:

1. La implementación del programa causará una mejora significativa en aquellos que hayan participado, reflejando niveles más bajos de depresión.
2. Se demostrará que los beneficios del programa han sido debido a su contenido y no solamente al sentimiento de acompañamiento por parte de los residentes hacia la monitora del programa. Por tanto, se observarán mejoras más significativas en el estado de ánimo de aquellos residentes depresivos que han participado en el programa de mejora de síntomas depresivos que en aquellos que únicamente han realizado acompañamientos.
3. En cada sesión se observará un cambio positivo entre el estado de ánimo inicial y el estado de ánimo final de los participantes.
4. Se observarán mejoras más significativas en aquellos participantes que hayan sido más constantes y asistido en todas las sesiones. Por tanto, a más asistencia, más efectividad del programa”
5. Características como el nivel de aislamiento social y el género tendrán alguna relación con la efectividad del programa.
6. Los participantes del programa a medida que vayan asistiendo a la actividad mejorarán su motivación, participación y habilidades sociales, mostrando así mayor disposición para interactuar con los demás.
7. Las personas que más participan en las actividades impartidas por la residencia son aquellas que presentan niveles más bajos de depresión.

3. METODOLOGÍA

3.1 Participantes

Este estudio está compuesto de una muestra total de 24 participantes de tercera edad, escogidos de una residencia del Campo de Tarragona. Con el fin de favorecer la homogeneidad de la muestra se han seleccionado un 50% de mujeres y 50% hombres. La población de estudio escogida se divide en tres grupos que han sido denominados A, B, C:

- Grupo experimental (A) n=8: Residentes con depresión (distimia o depresión mayor) que participan en el programa de reducción de síntomas.
- Grupo acompañamiento (B) n=8: Residentes con depresión que no participan en el programa, pero, sin embargo, hacen acompañamientos. En caso de obtener resultados en el programa, este grupo está destinado a descartar la opción de que el efecto sea debido a la compañía aportada y no al contenido del programa.
- Grupo sin programa (C) n=8: Residentes depresivos que no participan en ninguna de las dos actividades comentadas en los grupos anteriores.

Todos los participantes de esta muestra presentan algún tipo de trastorno depresivo como característica común, y al mismo tiempo, no presentan ningún deterioro cognitivo. Será importante tener en cuenta sus características individuales para poder llevar a cabo un análisis más completo de los efectos del programa. Por esta razón, se ha recopilado información de cada participante sobre las características personales que se consideraron más relevantes.

Tabla 2*Grupo experimental*

Grupo Experimental (A)					
Participantes	Género	Edad	Diagnósticos y datos importantes	Aislamiento	Motivo de ingreso
1A	M	78	Trastorno depresivo mayor.	NO	Riesgo de caída.
2A	M	83	Trastorno depresivo persistente.	NO	Para estar en compañía.
3A	F	75	Trastorno depresivo mayor.	SÍ	Cierre de su residencia.
4A	F	75	Trastorno depresivo mayor y antecedentes de suicidio	NO	Intentos de suicidio.
5A	F	98	Trastorno depresivo mayor.	NO	Falta de familia.
6A	F	88	Trastorno depresivo mayor.	NO	Muerte del cónyuge.
7A	M	93	Trastorno depresivo mayor.	SÍ	Depresión.
8A	M	86	Trastorno depresivo mayor y adicción al alcohol.	NO	Control adicción.

Tabla 3*Grupo acompañamiento*

Grupo Acompañamientos (B)					
Participantes	Género	Edad	Diagnósticos y datos importantes	Aislamiento	Motivo de ingreso
1B	F	97	Trastorno depresivo mayor.	NO	Cierre de su anterior residencia.
2B	F	81	Trastorno depresivo mayor	Sí	Dependencia.
3B	M	88	Trastorno depresivo mayor	NO	Depresión.
4B	M	80	Depresión neurótica .	NO	Descontrol de alimentación y medicación.
5B	M	94	Trastorno depresivo mayor.	Sí	Depresión
6B	F	88	Trastorno depresivo mayor con conducta psicótica.	NO	Relación tóxica con familiares.
7B	M	91	Trastorno depresivo mayor.	SÍ	Para no estar sola.
8B	F	90	Trastorno depresivo persistente.	NO	Dependencia.

Tabla 4*Grupo sin programa*

Grupo Sin programa (C)					
Participantes	Género	Edad	Diagnósticos y datos importantes	Aislamiento	Motivo de ingreso
1C	F	83	Trastorno depresivo mayor	Sí	Depresión.
2C	M	78	Trastorno depresivo mayor y adicción al alcohol	NO	Compañía y control adicción
3C	M	92	Trastorno depresivo mayor.	Sí	Por intentos de suicidio.
4C	F	86	Trastorno depresivo mayor	SÍ	Porque no salía de casa.
5C	M	87	Trastorno depresivo mayor.	NO	Relación tóxica con la familia.
6C	F	93	Trastorno depresivo mayor.	Sí	Relación tóxica con familiares.
7C	M	80	Trastorno depresivo mayor	Sí	Depresión
8C	F	76	Trastorno depresivo persistente.	NO	Para compañía.

También se debe tener en cuenta que no todos los participantes son igual de activos, ya que no realizan la misma cantidad de actividades. Algunos participan en todas, mientras que otros no en tantas. Esto puede llegar a influir en los síntomas depresivos aumentándolos de manera considerable. Es posible que se noten más mejoras en aquellos que hacen más actividades

que en aquellos que hacen menos, por eso se realizará una recogida de datos sobre el nivel de actividad de cada participante.

Las actividades que imparte la residencia son: Gimnasia, memoria, Musicoterapia, Cinema, yoga, cultura, lectura, relajación, costura, bingo, actualidad y terapia de perros. A continuación, se presenta una tabla que refleja el nivel de participación de cada participante de la muestra:

Tabla 5

Asistencia en las actividades impartidas por la residencia

Participante	Gim.	Memoria	T. Música	Cinema	Yoga	Cultura	Lectura	Relajación	Costura	Bingo	Actualidad	T. perros	Total
1A	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	5
2A	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	5
3A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4A	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
5A	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
6A	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
7A	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	5
8A	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	5
1B	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
2B	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
3B	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5
4B	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
5B	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
6B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7B	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	5
8B	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1C	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2C	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	6
3C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5C	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
6C	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
7C	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	5
8C	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4

3.2 Instrumentos

3.2.1 Actividades del programa de intervención

El instrumento principal de este proyecto es el programa que se ha impartido, que tiene como objetivo la mejora de los síntomas depresivos. Este programa está compuesto de una variedad técnicas escogidas de distintos enfoques, que presentan una eficacia demostrada sobre personas con depresión. La razón por la que se ha escogido una combinación de enfoques son varias.

Primeramente, se pretenden trabajar distintos aspectos como la flexibilidad psicológica, la reconstrucción psicológica, mejora del estado anímico, comprensión y aceptación de emociones, clarificación de valores, etc. Para abordar todas estas facetas se deben escoger las terapias dirigidas al tratamiento de cada uno de estos aspectos. Una segunda razón se fundamenta en la creencia de que combinar enfoques terapéuticos diversos proporcionará sesiones más variadas y dinámicas, evitando la monotonía. Se considera que esta estrategia ayudará a mantener la atención de los participantes y crear una experiencia enriquecedora para ellos. Además, una misma sesión puede estar compuesta de diferentes enfoques terapéuticos, para así trabajar distintos puntos en un mismo día.

Es importante destacar que estas técnicas están adaptadas teniendo en cuenta la edad y necesidades de los participantes. A continuación, se expondrán las terapias escogidas para las sesiones del programa y sus objetivos:

Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Como ya se ha mencionado anteriormente en el marco teórico, la ACT ha sido ampliamente respaldada por su eficacia en el tratamiento de la depresión y, además, forma parte de las nuevas terapias de tercera generación. En este programa se ha seleccionado la ACT como base principal debido a su capacidad para aumentar la flexibilidad psicológica y promover la aceptación de emociones y cogniciones. Por esta razón, varias de las sesiones están compuestas de esta técnica, en especial las primeras. Esto se debe a que se ha considerado que, para hacer frente a la depresión, sería importante empezar trabajando las emociones y cambiando la perspectiva desde la cual se ven las cosas. Después de toda la información recogida se ha asumido que esta es la mejor técnica para ello. Cabe tener en cuenta también que estamos trabajando con una población anciana, que ha vivido en una época en la cual las emociones se dejaban de lado y es mucho más habitual la mala gestión de ellas y, por tanto, es un grupo que especialmente es de gran importancia aportarles estas herramientas.

Terapia cognitivo conductual (TCC): Se ha incorporado este enfoque en el programa como complemento de la ACT, ya que, si bien el exceso de

control de los pensamientos puede ser desfavorable, en algunos casos puede resultar beneficioso reconstruir los pensamientos para permitir a las personas ver las situaciones desde una perspectiva diferente. El objetivo es utilizar la TCC de manera complementaria a la ACT, priorizando la aceptación y flexibilidad psicológica, pero también reconociendo la importancia de trabajar patrones de pensamientos y comportamientos negativos. Como se ha mencionado en la recogida de información, la TCC ha sido la terapia más utilizada estos últimos años para abordar la depresión obteniendo efectividad en los estudios.

Terapia de reminiscencia: Esta técnica es una manera de transportar a las personas a su pasado y recordar aquellos aspectos más importantes de su vida. Se ha decidido integrar esta terapia en el programa para promover en el grupo un ambiente de apoyo mutuo y fomentar el sentido de pertenencia, esto puede ser beneficioso para aquellas personas que se sienten solas y no tienen vínculos emocionales. El objetivo principal de la integración de esta terapia al programa es mejorar el estado de ánimo reduciendo los síntomas depresivos al proporcionar un espacio seguro donde compartir sus emociones asociadas a experiencias pasadas.

Terapia ocupacional: Esta psicoterapia consiste en mejorar la autonomía de las personas mediante la participación en las actividades diarias. Esto se puede hacer mediante actividades de ocio, autocuidado o tareas del día a día. En este programa se ha escogido trabajar con la terapia ocupacional mediante el ocio, con el objetivo de ayudar a los participantes a encontrar nuevas formas de disfrutar su día a día y, de esta manera, mejorar su estado de ánimo y bienestar psicológico. Estudios como Lazcano et al. (2019) abalan su eficacia en la reducción de la depresión.

Aromaterapia: Aunque aún no existe evidencia científica de su eficacia en personas con depresión, algunos autores hablan de la capacidad que puede tener para mejorar el estado mental, así como reducir la apatía y síntomas depresivos. Explican la relación que existe entre los olores y las emociones, concluyendo que la estimulación del olfato con la aromaterapia puede tener efectos beneficiosos sobre las emociones, las cuales están estrechamente

ligadas a la depresión (Brown, 2005). Autores como Damian et al. (1997) explican en sus libros la conexión que tienen el sistema límbico y los estímulos olfativos, razón por la cual la estimulación olfativa podría tener efectos beneficiosos sobre las emociones. Como ya ha sido mencionado anteriormente, en la población anciana es de vital importancia trabajar las emociones y por esta razón se ha escogido implementar esta terapia en el programa, con el objetivo de fomentar el reconocimiento y aceptación de emociones.

3.2.2 Evaluación de la eficacia

Este estudio se compone de varias técnicas de evaluación dirigidas a medir distintas variables. En primer lugar, para la valoración de la variable dependiente “mejora de síntomas depresivos”, se ha usado el método test-postest mediante la versión abreviada del Geriatric Depression Scale (GDS-VE) de Yesavage et al. (1982), o también conocida como Escala Yesavage, que es una de las escalas más utilizadas actualmente para la evaluación de la depresión en mayores de 65 años, con una alta fiabilidad según varias investigaciones, como por ejemplo, 0,83 en el estudio de Rodríguez-Vargas et al. (2022). Esta elección se debe a la recomendación de este cuestionario por parte de la psicóloga del centro donde se ha impartido este programa. Se ha optado por la versión abreviada para evitar la fatiga y desconcentración.

Otro instrumento utilizado ha sido una tabla de observación sistemática (*anexo 2*), que ha sido diseñada y adaptada para cumplir con el objetivo de evaluar las variables, motivación, participación en las actividades del programa, habilidades sociales (interacción) y asistencia. A su vez, también se ha implementado una encuesta de satisfacción (*anexo 3*) que los participantes han respondido, de manera oral al final de cada sesión, con el objetivo de conocer su visión respecto al programa, así como adaptarse a sus gustos y preferencias.

Con la ayuda de la psicóloga del centro, se ha llevado a cabo una recogida de datos sobre los participantes, con el objetivo de obtener información sobre características como el grado de aislamiento presentado, participación en las

actividades impartidas en la residencia, edad, diagnóstico, etc. Información que ha sido de gran importancia para el estudio de las características que influyen sobre la eficacia del programa.

Como último, después de la finalización del programa, se ha llevado a cabo una evaluación que incluía la valoración del autoconcepto, percepción subjetiva del estado de ánimo y aprendizajes obtenidos. Esta evaluación se ha efectuado mediante una entrevista individualizada, utilizando como base un dibujo del autoconcepto que los participantes habían realizado en la primera sesión del programa.

3.3 Procedimiento

El primer paso realizado ha consistido en el diseño del programa y la planificación de sus actividades. Posteriormente, en colaboración con la psicóloga de la residencia, se procedió a seleccionar de manera cuidadosa la muestra a estudiar. La duración total del estudio abarcó un período de nueve semanas donde se han realizado las siguientes acciones:

Semana 1: Se llevó a cabo la aplicación del pretest a todos los individuos que conformaban la muestra, con el propósito de obtener una medida inicial de su estado en cuanto a la depresión.

Semana 2 a 8: Des de la segunda semana hasta la octava, se han aplicado las intervenciones en los respectivos grupos. En el grupo experimental se ha seguido la temporalización cronológica planificada de manera inicial. Las intervenciones se han programado para una duración media de 60 minutos, en los cuales se estimó realizar entre dos y tres actividades. Estos datos se pueden contemplar con más detalle en la *tabla 6* de la página siguiente.

Para la observación sistemática del programa se ha contado con la colaboración de Carla Reverté. Quien se encargó de realizar la observación mientras se llevaba a cabo el taller. Al principio y final de cada sesión, Reverté solicitaba a los participantes una palabra que describiera el estado de ánimo que experimentaban en ese momento. Una vez iniciada la sesión, se ocupaba de observar el nivel de participación, interacción y motivación de cada participante, así como otras informaciones que puedan ser relevantes para el

estudio. Además, al final de cada sesión, realizaba una encuesta valorativa que los participantes respondían de manera oral, con tal de conocer su valoración respecto a la sesión.

Tabla 6

Temporalización cronológica

	SESIONES	Enfoque	Actividades	Duración
13/04	Sesión 1 Psicoeducación + autoconcepto.	Terapia de aceptación y compromiso.	1. <u>Psicoeducación sobre la depresión:</u> - Qué es la depresión, diferenciación de la depresión de la tristeza, tratamiento y caso práctico.	20 min
			2. <u>Ejercicio de aceptación de pensamientos con arteterapia:</u> Plasmar autoconcepto sobre una silueta.	40 min
20/04	Sesión 2: Taller de emociones con música.	Terapia de aceptación y compromiso + Terapia de reminiscencia.	1. <u>Psicoeducación sobre las emociones:</u> - Emociones básicas y sus funciones.	15 min
			2. <u>Ejercicio de aceptación de pensamientos:</u> Identificación de emociones vividas con canciones y melodías (de su época y actuales) que presentaré.	45 min
27/04	Sesión 3: Taller de identificación de emociones y cambio de visión sobre la vida.	Terapia de aceptación y compromiso + Terapia cognitivo conductual.	1. <u>Aceptación de pensamientos:</u> taller de identificación de emociones donde, de manera aleatoria, a cada uno le tocará un papel con una emoción. Deberán explicar cómo viven aquella emoción, que les produce, y en que parte de su cuerpo la identifican.	30 min
			2. <u>Ejercicio de reestructuración cognitiva:</u> Jugaremos al juego de los buenos momentos del día, cada persona deberá escribir 2 buenos momentos de su día a día, después los compartiremos y reflexionaremos sobre ellos (con esto haré una metáfora , sobre que los momentos bonitos están solamente hay que saber encontrarlos y valorarlos).	30 min
4/05	Sesión 4: Sesión de exploración de logros, pensamientos y valores.	Terapia de reminiscencia + Terapia de aceptación y compromiso	1. <u>Terapia de reminiscencia:</u> Cada persona escribirá en un pósit algún logro de su vida, algo por lo que se sienta orgulloso o una experiencia bonita. Todos pegaran su frase en un mural y los compartiremos y comentaremos.	25 min
			2. <u>Difusión cognitiva:</u> Completarán una sopa de letras donde deberán encontrar las palabras positivas entre las negativas, con esta actividad también haré una metáfora parecida a la de la sesión anterior.	15 min
			3. <u>Clarificación de valores:</u> Presentaré una serie de dilemas morales de manera grupal, tendrán que plantear una solución y/o decir que piensan al respecto.	20 min
11/05	Sesión 5: Juego	Terapia ocupacional	1. <u>Bingo musical:</u> Bingo con música de su época. El que tenga todas las canciones en su cartulina gana.	60 min
18/05	Sesión 6: Ejercicios para revivir momentos de la vida pasada a través de los sentidos.	Aromaterapia + Terapia de reminiscencia	1. <u>Recuerdo de vida pasada mediante aromas:</u> Presentaremos distintos aromas a cada residente, deberán explicar si les transmite algún recuerdo, si ese olor les transporta a algún lugar o persona.	20 min
			2. <u>Recordar la vida pasada con música:</u> Cada uno escogerá una canción para escuchar a nivel grupal, esa persona nos explicará que recuerdos le trae la canción.	40 min
25/05	Sesión 7: Ocio	Terapia ocupacional	1. <u>Taller de cocina:</u> Realizaremos una receta fácil.	60 min

Semana 9: Esta última semana ha sido destinada a la aplicación del post-test, con el objetivo de realizar una comparación entre los resultados obtenidos antes y después de las sesiones. Al mismo tiempo, también se han llevado a cabo las entrevistas individuales con cada participante del grupo experimental.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

4.1 Análisis cuantitativo

4.1.1 Análisis de los resultados obtenidos mediante pretest y postes

Como primer paso para el estudio de los resultados obtenidos, se ha llevado a cabo una verificación de la homogeneidad de la muestra seleccionada. Este paso ha sido fundamental, ya que es importante que no se presenten diferencias significativas entre los tres grupos al inicio del estudio. Esta homogeneidad facilitará la identificación de las diferencias que puedan surgir como resultado de la intervención realizada.

El objetivo principal de este procedimiento es minimizar la influencia de variables confusas o preexistentes que puedan sesgar los resultados del estudio. Al verificar la igualdad de la muestra, se reduce la posibilidad de que las diferencias observadas posteriormente puedan atribuirse a factores iniciales y se potencia la capacidad de identificar las verdaderas diferencias generadas por la intervención.

Tabla 7

Prueba de Kruskal-Wallis para observar diferencias entre los resultados de los tres grupos.

	Resultados del pretest	Resultados del postest
H de Kruskal-Wallis	,644	10,716
Gl	2	2
Sig. asin.	,725	,005

Se observa que en el pretest no hubo diferencias significativas (0,725) entre los grupos, lo que indica que se ha escogido una muestra homogénea donde todos los grupos no difieren mucho en cuanto al nivel de depresión. Sin embargo, en el postest, sí se observan diferencias significativas (0,005) con un margen de error menor al 1%, lo que indica que después de la intervención se han originado diferencias entre los grupos.

Como segundo paso, se pretende analizar cómo se han originado estas diferencias en cada grupo, para investigar las causas detrás de los cambios observados entre los grupos y evaluar si estas diferencias se traducen en mejoras o empeoramientos. El objetivo es determinar el impacto que ha tenido la intervención y la no intervención en los grupos.

Tabla 8

Comparación de los resultados obtenidos por los tres grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

	Grupo	N	Rango promedio
Resultados del pretest.	Experimental	8	12,00
	Acompañamientos	8	11,56
	Sin programa	8	13,94
	Total	24	
Resultados del postest.	Experimental	8	6,56
	Acompañamientos	8	12,94
	Sin programa	8	18,00
	Total	24	

Se observa que el grupo experimental en el momento del pretest presentaba un rango promedio de depresión de 12, mientras que en el momento del postest ha obtenido una reducción significativa del nivel de depresión a 6,56. Este resultado apunta a que el programa ha sido efectivo y a conseguido reducir los niveles de depresión en el grupo.

El grupo sin programa ha pasado de una puntuación promedio de 13,94 en el momento del pretest a un 18 en el postest. Esto indica un aumento de los

síntomas depresivos después, lo que lleva a concluir que no llevar a cabo ningún programa conduce a un empeoramiento de los síntomas depresivos.

En cuanto al grupo acompañamientos, no se observa mucha diferencia en el promedio entre el pretest y postes, esto puede indicar que llevar a cabo un acompañamiento puede evitar un empeoramiento de los síntomas.

Además de examinar las diferencias en los niveles de depresión que se han originado entre los grupos, es también importante conocer las diferencias que han surgido dentro de cada grupo, para ello se han realizado análisis intragrupal mediante la prueba de Wilcoxon.

Tabla 9

Prueba de Wilcoxon para estudiar las diferencias entre pretest y posttest originadas por los participantes de dentro de cada grupo.

Grupo	Prueba	Media	Mínimo	Máximo
Grupo experimental	Pretest	6,88	6	10
	Posttest	3,38	2	9
Grupo acompañamientos	Pretest	6,63	6	8
	Posttest	5,13	3	7
Grupo sin programa	Pretest	7,38	6	10
	Posttest	8	5	14

Se observa, en el grupo experimental, que la puntuación media del pretest 6,88 es mayor que la media de los resultados del posttest 3,38. Esto sugiere que la intervención ha tenido un efecto positivo, ya que se puede ver una disminución en los niveles de depresión después de la intervención. También se observa que el valor mínimo y máximo de los resultados del pretest son 6 y 10, mientras que en el posttest el rango se reduce a un mínimo de 2 y un máximo de 9. Este dato también indica una disminución de los niveles de

depresión como resultado del programa. Se ha obtenido una significación de 0,011 que sugiere que las mejoras obtenidas mediante el programa de reducción de síntomas depresivos son significativas.

Respecto al grupo acompañamientos, la media de los resultados del pretest (6,63) es mayor que la media de los resultados del posttest (5,13). Esto indica que los participantes experimentaron una disminución de sus síntomas depresivos después de los acompañamientos. Según las puntuaciones del pretest, el valor mínimo obtenido en el grupo es de 6 y el máximo de 8. Mientras que en el posttest se presenta un rango más amplio, abarcando desde un mínimo de 3 hasta un máximo de 7. Con una significación de 0,024 se concluye que existe una disminución significativa de los síntomas depresivos gracias a los acompañamientos.

En cuanto al grupo sin programa, la significación obtenida ha sido de 0,395, por lo tanto, no se observan diferencias significativas. Esto indica, que los participantes que no han realizado ninguna intervención no han obtenido cambios relevantes en sus síntomas depresivos.

4.1.2 Análisis de los resultados obtenidos mediante recogida de datos

Además de analizar los resultados obtenidos mediante pretest y posttest, se ha querido evaluar si se han originado cambios en el estado de ánimo de los participantes durante cada sesión, poniendo como foco de atención el estado de ánimo inicial y final de cada participante en las sesiones. Los datos para la evaluación se han obtenido a través de la percepción subjetiva del estado de ánimo de los participantes. Al inicio y final de cada sesión, se les solicitó que describiesen cómo se sentían en ese momento utilizando una sola palabra (*Anexo 4*).

Para una evaluación más precisa, los resultados obtenidos han sido convertidos a una escala de Likert, utilizando rangos del 1 al 5. En esta escala el valor 1 representa un estado de ánimo muy malo, mientras que 5 indica un estado de ánimo muy bueno. De esta manera, se ha asignado una

puntuación numérica a cada descripción del estado de ánimo, lo que ha permitido una medición cuantitativa y comparativa de los resultados que posteriormente ha sido analizada mediante la prueba de Wilcoxon.

Tabla 10

Prueba de Wilcoxon para observar si se han originado cambios significativos en el estado de ánimo dentro de cada sesión

	S1: Inicial - final	S2: Inicial - final	S3: Inicial - final	S4: Inicial - final	S5: Inicial - final	S6: Inicial - final	S7: Inicial - final
Z	- 1,890 ^b	- 1,841 ^b	-2,060 ^b	- 2,070 ^b	-2,449 ^b	-2,000 ^b	-2,333 ^b
Sig. asin. (bilateral)	,059	,066	,039	,038	,014	,046	,020

Se observa que a partir de la tercera sesión se han comenzado a obtener diferencias significativas en los estados de ánimo de los participantes del programa de mejora de síntomas depresivos. Esto indica que la intervención ha tenido efecto sobre los estados de ánimo de los sujetos de estudio, y además estos cambios empezaron a hacerse notorios por los participantes a partir de la tercera semana, y, por tanto, indica que la frecuencia del programa juega un papel importante en su efectividad.

Para conocer si estos cambios en el estado de ánimo han sido mejoras o empeoramientos, se han analizado las diferencias entre las medias del estado inicial y final de cada sesión, que podemos observar en la *tabla 11* de a continuación.

Tabla 11

Media de los estados de ánimo inicial y final de cada sesión, obtenida con la prueba de Wilcoxon

	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
S1: Estado de ánimo inicial	8	3,75	,886	2	5
S1: Estado de ánimo final	8	4,38	,744	3	5
S2: Estado de ánimo inicial	5	3,00	1,414	1	4
S2: Estado de ánimo final	5	4,40	,548	4	5
S3: Estado de ánimo inicial	5	2,80	,837	2	4
S3: Estado de ánimo final	7	4,71	,488	4	5
S4: Estado de ánimo inicial	7	3,57	,535	3	4
S4: Estado de ánimo final	5	4,40	,548	4	5
S5: Estado de ánimo inicial	6	4,00	,000	4	4
S5: Estado de ánimo final	6	5,00	,000	5	5
S6: Estado de ánimo inicial	7	4,00	,000	4	4
S6: Estado de ánimo final	7	4,57	,535	4	5
S7: Estado de ánimo inicial	8	4,00	,926	2	5
S7: Estado de ánimo final	8	4,88	,354	4	5

Según el análisis de estos datos, en general, los puntajes finales del estado de ánimo tienden a ser más altos que los puntajes iniciales en la mayoría de las sesiones, lo que indica que las diferencias encontradas anteriormente son debidas a una mejora en el estado de ánimo de los participantes.

Otro aspecto importante que estudiar es el efecto de la frecuencia del programa. Hay que tener en cuenta que al trabajar con personas depresivas es muy normal que se presenten faltas de asistencia por parte de los participantes. Se ha querido convertir esta limitación en una ventaja, transformándola en una variable a estudiar, viendo si la asistencia ha tenido alguna relación con la efectividad del programa.

Tabla 12

Correlación de Pearson para estudiar si hay una relación entre el grado asistencia en el programa y los resultados del postest

	Resultados del postest	Asistencia al programa
Resultados del postest	1	-,813
		,014
	8	8

Se observa que existe una asociación significativa entre los resultados del postest y la asistencia al programa, con un valor de correlación -0,813 y una significancia de 0,014. Esto indica que hay una relación inversa entre la asistencia al programa y los resultados del postest. A medida que la asistencia al programa aumenta, los resultados del postest tienden a disminuir.

Además de la asistencia también se ha de tener en cuenta que existen otras variables que pueden tener alguna relación con la efectividad de la intervención, tales como el género o la presencia/ausencia de aislamiento presentado por los participantes. Por esta razón se realizará un estudio de cómo pueden influir en cuanto a la mejora o empeoramiento de los síntomas depresivos.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para determinar si hay diferencia entre los géneros en los resultados del grupo experimental

	Género de los participantes	N	Rango promedio	Suma de rangos
Resultados del pretest	Hombre	4	3,00	12,00
	Mujer	4	6,00	24,00
	Total	8		
Resultados del posttest	Hombre	4	3,25	13,00
	Mujer	4	5,75	23,00
	Total	8		

Por un lado, se observa que, tanto en el momento del pretest como del posttest, el nivel promedio de depresión en mujeres es más alto que en hombres. Por otro lado, también se puede ver que son las mujeres las que obtienen más mejoras en los síntomas depresivos.

Una vez encontradas estas diferencias, se ha evaluado su nivel de significación:

Tabla 14

Prueba de U de Mann-Whitney para evaluar la significación de las diferencias encontradas entre géneros

	Resultados del pretest	Resultados del posttest	
Se	U de Mann-Whitney	2,000	3,000
	W de Wilcoxon	12,000	13,000
	Z	-1,984	-1,548
	Sig. asin. (bilateral)	,047	,122
	Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,114 ^b	,200 ^b

observan diferencias significativas en el momento del pretest (0,47), pero no en el momento del posttest (0,122). Este resultado sugiere que las diferencias

entre hombres y mujeres han disminuido en el momento del postest gracias a la efectividad del programa.

En cuanto al estudio de la relación entre la ausencia o presencia de aislamiento social con la efectividad del programa. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para determinar si hay una relación entre presencia o ausencia de aislamiento social y los niveles de depresión presentados

	Presencia/ausencia de aislamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
Resultados del pretest	No presenta aislamiento	4	4,00	16,00
	Presenta aislamiento	4	5,00	20,00
	Total	8		
Resultados del postest	No presenta aislamiento	4	2,50	10,00
	Presenta aislamiento	4	6,50	26,00
	Total	8		

Podemos observar que aquellos participantes que no presentan aislamiento social son los que han obtenido más mejoras en el postest. Con una significación del 0,013 podemos concluir que el programa tiene más efecto sobre aquellas personas que no presentan aislamiento social.

Otro objetivo planteado en este estudio es investigar si el nivel de participación en las actividades de la residencia influye en el grado de depresión presentado. Por ello, como ya se ha expuesto en la tabla 5 del apartado participantes, se ha realizado una recogida de datos, respecto al nivel de participación en las actividades impartidas por la residencia, de cada

miembro de la muestra. Con estos datos se ha llevado a cabo un estudio de correlación entre el grado de participación en dichas actividades y el nivel de depresión presentado por los sujetos de investigación.

Tabla 16

Correlación de Pearson entre el grado de participación en las actividades impartidas por la residencia y el nivel de depresión presentado

		Resultados del pretest	Resultados del postest
Asistencia a las actividades impartidas por el centro	Correlación de Pearson	-,825**	-,664**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001
	N	24	24

Se observa que los resultados obtenidos muestran una correlación negativa significativa entre la asistencia a las actividades impartidas por el centro y los resultados del pretest (-0,825) y postest (-0,664). Esto significa que a medida que aumenta la asistencia a las actividades, los resultados de los participantes en el postest y pretest tienden a disminuir. Esto sugiere que la participación en las actividades impartidas por el centro está relacionada con grados de depresión inferiores.

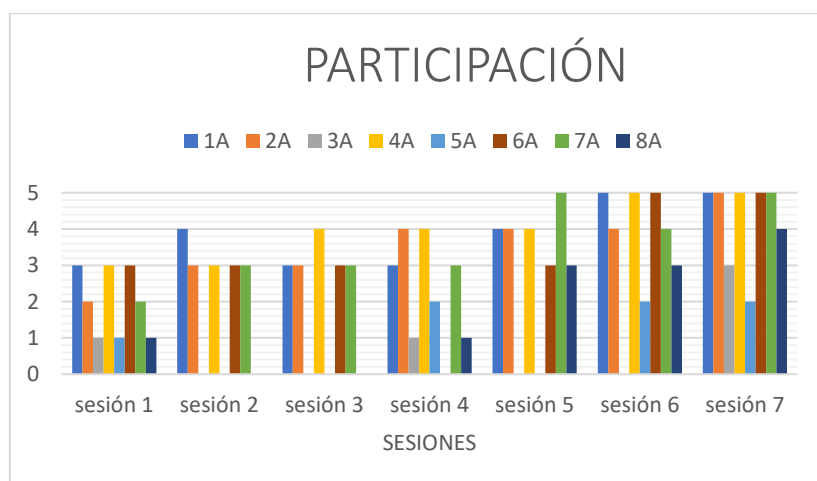
4.1 Análisis cualitativo

4.2.1 Análisis de los datos obtenidos mediante observación sistemática

Durante cada sesión se ha llevado a cabo una observación sistemática en la cual se evaluaban, mediante una escala de Likert, variables como la participación en las actividades impartidas en la sesión, la motivación presentada y la interacción con los compañeros. El objetivo es evaluar si el programa ha tenido efectos de mejora sobre dichas variables.

Figura 1

Evolución de la participación en las actividades impartidas.



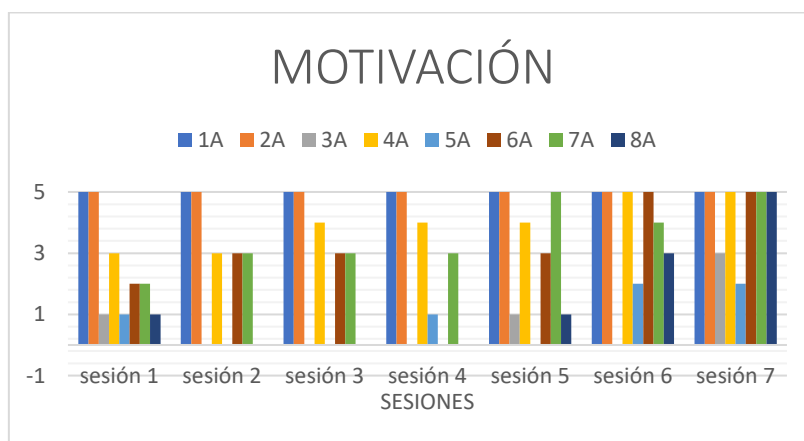
En este estudio la participación se entiende como el grado de involucración que un individuo tiene frente a las actividades propuestas, por tanto, una persona participativa es aquella que quiere llevar a cabo las actividades, expone su punto de vista cuando se le es pedido, etc. Para su evaluación se han tenido en cuenta la cantidad de acciones que ha llevado a cabo el individuo con tal de participar en las actividades impartidas en la sesión.

En general, se observa que la participación en las actividades ha ido aumentando a medida que iban avanzando las sesiones. Este aumento se ha originado sobre todo en aquellas personas que han sido más constantes y

han asistido a todas las sesiones, mientras que aquellas personas que presentan absentismos no han aumentado su nivel de participación o si lo han hecho ha sido de manera mínima. Por tanto, se puede concluir que la frecuencia de las sesiones tiene un impacto importante en la mejora del grado de participación de las personas. La asistencia regular y continua a las sesiones parece estar relacionada con un mayor nivel de participación.

Figura 2

Evolución de la motivación en las actividades impartidas.



En este estudio la motivación se entiende como la actitud presentada en las sesiones. Por tanto, una persona que se muestra apática, desganada y desinteresada en la sesión es una persona con baja motivación.

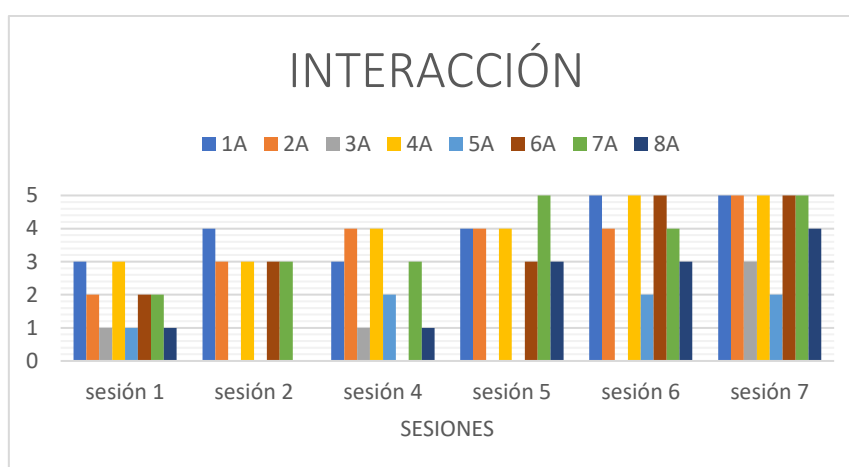
En los resultados presentados se observa que aquellas personas que presentaban un grado de motivación inicial muy alto (5) lo han mantenido a lo largo de las sesiones. Por otro lado, aquellos participantes que presentaban un nivel inicial medio (3) o bajo (2) y asistieron de manera constante al programa experimentan un aumento en su motivación a lo largo del tiempo. Sin embargo, aquellos participantes que no fueron constantes en la asistencia al programa mostraron mejoras mínimas en su motivación.

En conclusión, se observa que la asistencia regular a las sesiones está relacionada con una mayor motivación en los participantes. Aquellos que

asisten consistentemente muestran mejoras en su motivación, mientras que aquellos que faltan a las sesiones o tienen una motivación inicial baja presentan un progreso menos consistente. Estos resultados resaltan la importancia de la participación y la asistencia regular para obtener resultados en el programa.

Figura 3

Evolución de la interacción con los compañeros.



En este estudio la interacción está enfocada a la interacción con los compañeros. Para su evaluación se ha centrado en evaluar el grado de diálogo con los compañeros, consultas mutuas, compartición de anécdotas, todas aquellas características relacionadas con el desarrollo de habilidades sociales. El objetivo ha sido observar si el programa ha generado mejoras en las habilidades sociales de los participantes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este análisis tiene limitaciones, ya que sería necesario evaluar las habilidades sociales de manera más precisa utilizando una prueba específica de habilidades sociales.

Observando los datos, se puede ver que la mayoría de los participantes han experimentado un aumento gradual en su nivel de interacción a medida que avanzaban las sesiones. Por ejemplo, el participante 1A ha mostrado un incremento constante en sus habilidades sociales, alcanzando un nivel máximo en las últimas sesiones. Lo mismo ocurre con los participantes 2A, 4A, 6A y 7A, que también han mostrado una tendencia creciente.

Sin embargo, también se puede observar que algunos participantes han presentado ausencias en algunas sesiones, como los participantes 3A, 5A y 8A. Estos participantes muestran una interacción más variable y en algunos casos más baja en comparación con los participantes más constantes.

En conclusión, el programa tiene efectos positivos en la mejora de la interacción con los compañeros entre los participantes. Sin embargo, las personas que han presentado ausencias no han podido adquirir grandes mejoras, lo que indica que la asistencia y constancia son esenciales para la mejora de las habilidades sociales.

4.2.2 Análisis de datos obtenidos mediante entrevista

Una vez finalizado el programa, se ha realizado una entrevista individual con todos los participantes del grupo experimental, con tal de evaluar la percepción subjetiva que tienen de su estado de ánimo después de haberse sometido a la intervención. El objetivo es observar si los participantes sienten haber obtenido aprendizajes y mejoras gracias al programa impartido.

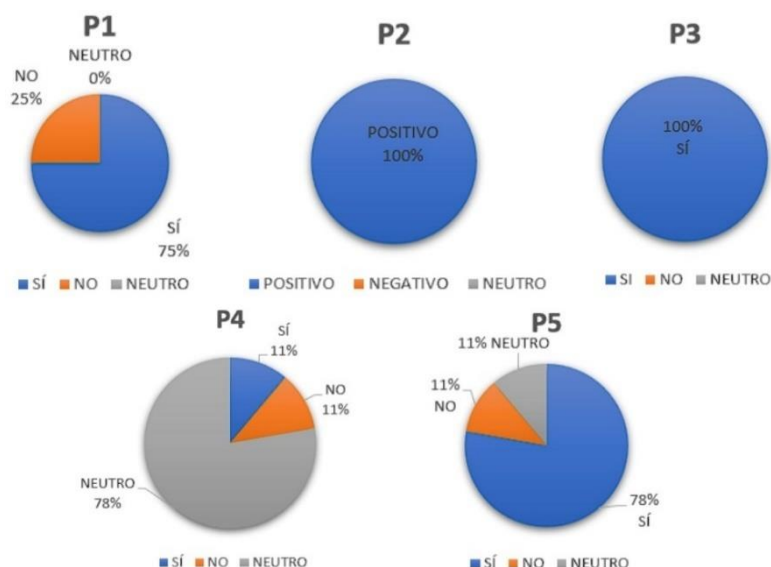
Esta entrevista se ha llevado a cabo de manera estructurada con preguntas abiertas, que se pueden observar a continuación:

1. ¿Sientes que tu estado de ánimo ha cambiado respecto a hace 2 meses?
2. ¿Crees que este cambio ha sido positivo o negativo?
3. ¿Consideras que estos cambios pueden ser debidos al programa en el que has participado?
4. ¿Ahora mismo te sientes identificada con el autorretrato que hiciste el primer día del programa?
5. ¿Consideras que el programa al que has asistido te ha brindado algún aprendizaje? ¿Sabrías explicarme cuáles han sido estos aprendizajes?

A continuación, se llevará a cabo un análisis de las respuestas obtenidas como método de evaluación de la percepción de mejoras y aprendizajes que han tenido los participantes:

Figura 4

Respuesta de los participantes a las 5 primeras preguntas



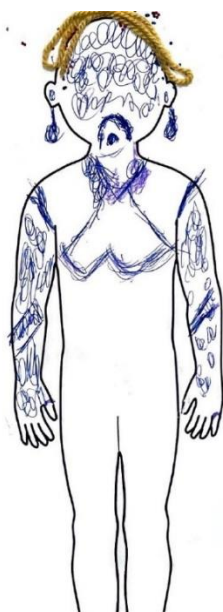
En la primera pregunta, se observa que el 75% de participantes manifiestan que han sentido variaciones en su estado en comparación con antes de participar en el programa y solo el 25% no observan variaciones. Del 75% de personas que observa cambios en su estado anímico, el 100% percibe que los cambios son positivos y además creen que es debido a su participación en el programa.

En cuanto a la cuarta pregunta, se puede observar que el 78% de participantes han aportado una respuesta neutra, esto puede deberse a que no han acabado de entender el contenido de la pregunta o que el retrato que han realizado para ellos solamente ha sido un dibujo sin más significado, hay que tener en cuenta que estamos tratando con personas de tercera edad y es normal que les cueste comprender conceptos altamente abstractos. Se observa que un 11% aún se sigue sintiendo identificado con su retrato. Mientras que otro 11% ya no se siente identificado, cabe remarcar que esta persona ha querido realizar otro dibujo con el cuál pueda sentirse más reflejada.

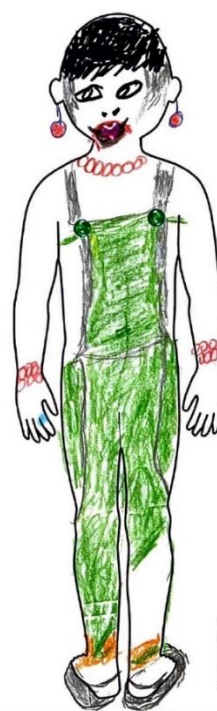
Figura 5

Cambio de autoconcepto del participante 4A

Semana 1:



Semana 8:



Esta participante, en el momento que realizó el primer dibujo, expuso que los garabatos de la cabeza representan lo “devastada” que se sentía en aquel momento. Siete semanas después, en la entrevista, expuso que ese dibujo era una “aberración” y que quería hacer otro con el que se sintiera más identificada. Como podemos observar, el cambio ha sido sumamente positivo. Cabe remarcar que este es el caso de una persona con dos antecedentes de suicidio.

En relación con las últimas preguntas, que buscaban indagar sobre los aprendizajes adquiridos por los participantes, se han obtenido una variedad de respuestas que se pueden observar a continuación (tabla 17).

Tabla 17*Respuestas de los participantes a la pregunta 5*

Pregunta 6: ¿Qué aprendizajes has obtenido del programa?	
1A	He aprendido a criticar menos las cosas. La vida es bonita, solo tengo que saber encontrar las cosas buenas de mi vida.
2A	He aprendido a tratar las cosas de una manera diferente, ya no me frustro cuando algo no me sale y lo dejo para más tarde cuando estoy más tranquila.
3A	Si hubiese ido a las sesiones quizás hubiera aprendido cosas, pero he ido poco porque no siempre tengo ganas.
4A	He aprendido que la depresión y la tristeza son diferentes, la depresión es muy mala pero la vida muy bonita. He empezado a valorar cosas como poder levantarme por las mañanas, la vida es bonita y hay que agradecerla.
5A	He aprendido a ser más domable y no ser tan brava. Es mejor tomarse las cosas con tranquilidad, todo llega en su momento.
6A	Me ha gustado la charla sobre las emociones. Me habéis aportado una felicidad interior muy grande, los psicólogos hacéis mucho bien.
7A	He aprendido a escuchar mis emociones y entenderlas. Me habéis enseñado que mi cuerpo habla, pero yo no le hacía caso. Hacen falta más talleres de emociones, me ha gustado aprender a encontrarlas.
8A	Yo odiaba el bingo, pero con la música es muy divertido. Me he llevado una experiencia bonita con gente bonita.

Basándonos en las respuestas de los participantes, se puede concluir que la mayoría de ellos han experimentado aprendizajes significativos a través del programa en el que participaron. Estos aprendizajes incluyen la capacidad de comprender y gestionar las emociones, cambiar perspectivas y actitudes, así como valorar aspectos positivos de la vida. Sin embargo, también es importante mencionar que hay un participante que no percibe haber obtenido aprendizajes significativos, posiblemente debido a su falta de asistencia regular en sus actividades. También, es importante destacar que la respuesta de la persona 4A es especialmente significativa considerando sus antecedentes de dos intentos de suicidio. En general, la conclusión es que la

intervención ha sido beneficiosa y ha generado aprendizajes en los participantes.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio experimental se han realizado diversos hallazgos y alcanzado todos los objetivos planteados. En primer lugar, según la prueba de *Kruskal-Wallis* (tabla 7), se pudo observar que, en una muestra compuesta por tres grupos homogéneos con una significación de 0,725 en el pretest, se produjeron diferencias significativas entre los tres grupos (0,005) en el momento del postest. Estos datos concluyen que las intervenciones aplicadas han tenido efectos sobre los grupos.

El estudio de las diferencias entre las puntuaciones medias de depresión obtenidas entre el pretest y postest (tabla 8), ha indicado que el grupo experimental ha obtenido las mejoras más significativas (de 12 a 6,56). Por otro lado, también se ha observado que el grupo acompañamientos no ha obtenido grandes cambios en sus niveles de depresión (de 11,56 a 12,94). Respecto al grupo sin programa, se ha visto un aumento en las puntuaciones, pasando de una media de 13,94 en el pretest a 18 en el postest. Estos datos concluyen que la realización del programa que se ha diseñado tiene efectos de mejora en los síntomas depresivos. Por otro lado, se ha visto que los acompañamientos pueden tener un efecto positivo evitando un empeoramiento de los síntomas, mientras que no realizar ningún tipo de intervención conduce a un empeoramiento de los síntomas depresivos. Los resultados obtenidos en el grupo experimental están de acuerdo con el estudio de Correa-Palacios (2016) respecto a la efectividad de las terapias grupales en mayores de 65 años.

En la prueba de Wilcoxon (tabla 9) realizada para observar las diferencias entre pretest y postest originadas intragrupalmente (dentro de cada grupo), se ha visto que en el grupo experimental han aparecido los cambios más significativos (0,011). En el grupo acompañamientos, aunque en menor medida comparado con el grupo experimental, los cambios también han sido significativos (0,024). En el grupo sin programa no se han observado cambios significativos (0,395) y, por tanto, no han experimentado cambios en los

niveles de depresión. Estos datos concluyen que el programa de mejora de síntomas depresivos es la intervención que más impacto ha causado sobre el nivel de depresión de los participantes.

Por tanto, considerando los datos analizados, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, quedando demostrada la primera hipótesis "La implementación del programa causará una mejora significativa en aquellos que hayan participado, reflejando niveles más bajos de depresión".

Además, también se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa en la segunda hipótesis "se observarán mejoras más significativas en el estado de ánimo de aquellos residentes depresivos que han participado en el programa de mejora de síntomas depresivos que en aquellos que únicamente han realizado acompañamientos".

Una vez comprobada la efectividad del programa se han realizado otros análisis que han recogido las siguientes conclusiones:

Según la prueba de Wilcoxon (*tablas 10 y 11*) a partir de la tercera semana de programa, entre el inicio y el final de cada sesión, el estado anímico de los participantes aumenta de manera significativa. Presentando diferencias significativas de a partir de 0,039 hasta 0,14. La conclusión que se extrae es que las sesiones tienen un impacto positivo en el estado de ánimo de los participantes y que estos beneficios están ligados a la frecuencia del programa. Por tanto, respecto a la tercera hipótesis del programa "En cada sesión se observará un cambio positivo entre el estado de ánimo inicial y el estado de ánimo final de los participantes", se acepta rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa de manera parcial, ya que no en todas las sesiones se han obtenido cambios significativos, sino a partir de la tercera.

En la correlación de Pearson (*tabla 12*), se ha observado que existe un valor de correlación de -0,813 con una asociación significativa (0,014) entre la asistencia al programa y los resultados del postest. Estos resultados indican que a medida que la asistencia al programa aumenta, los resultados del postest tienden a disminuir. Este hecho apunta a que la asistencia es crucial para una mejor efectividad del programa. Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa en la cuarta hipótesis de este estudio, "se observarán mejoras

más significativas en aquellos participantes que hayan sido más constantes y asistido en todas las sesiones”.

Para el estudio de la quinta hipótesis “Características como el nivel de aislamiento social y el género tendrán alguna relación con la efectividad del programa”, se ha llevado a cabo la prueba de U de Mann-Whitney para analizar la presencia de alguna asociación entre características como el género y la ausencia/presencia aislamiento social, con relación a la efectividad del programa. Respecto al género (*tabla 14*), se ha observado una diferencia significativa con relación al pretest (0,047), esto indica que existe una relación entre el género y el nivel de depresión inicial. En la *tabla 13* se ha podido observar que estas diferencias son debidas a que, de acuerdo con Metud et al. (2006), las mujeres tienden a padecer más depresión. Volviendo a la *tabla 14* se ha observado una relación no significativa entre el género y el postest, hecho que indica que debido a la efectividad del programa se han disminuido las diferencias entre géneros existentes inicialmente. En cuanto al estudio de la relación entre la ausencia o presencia de aislamiento social inicial y la efectividad del programa, en la *tabla 15*, se ha observado que el programa tiene más efecto sobre aquellas personas que no presentan aislamiento social, con una significación de 0,013. Este hallazgo confirma que el aislamiento social es un factor de riesgo de la depresión (Bordar, 2015; Aguirre,189). Finalmente, se rechaza la hipótesis nula, quedando aceptada la hipótesis alternativa.

Respecto al análisis de mejoras de habilidades sociales y motivación (*figuras 1,2 y3*) en general, se han podido observar mejoras significativas progresivas en la participación en las actividades del programa, en la motivación por las actividades realizadas y en interacción con los compañeros, estas mejoras han sido significativas en aquellas personas que han sido más constantes en el programa. Estos datos corroboran por segunda vez la cuarta hipótesis y, además, permiten rechazar la hipótesis nula, aceptando la sexta hipótesis de este estudio “Los participantes del programa a medida que vayan asistiendo a la actividad mejorarán su motivación, participación y habilidades sociales, mostrando así mayor disposición para interactuar con los demás”.

En cuanto a la séptima y última hipótesis “Las personas que más participan en las actividades impartidas por la residencia son aquellas que presentan niveles más bajos de depresión”, en la *tabla 16* se ha encontrado una correlación negativa significativa entre la asistencia a las actividades impartidas por el centro y los resultados del pretest (-0,825) y posttest (-0,664). La conclusión que se extrae es que el nivel de actividad de los individuos influye en el grado de depresión presentado, de manera que aquellos que más participan en las actividades impartidas por la residencia son los que presentan menores niveles de depresión. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, quedando aceptada la hipótesis alternativa.

La conclusión general que se obtiene de este estudio es que el programa diseñado resulta efectivo en cuanto a la mejora de síntomas depresivos, siempre y cuando se mantenga una constancia en las asistencias de las sesiones, ya que se ha demostrado el papel significativo de la frecuencia. Además, también aporta otros beneficios como el aumento de la motivación y habilidades sociales. Por otro lado, también se ha brindado aprendizajes por parte de los participantes, tales como la comprensión y gestión de emociones, cambios de perspectiva, valores y actitudes.

5.1 Limitaciones

Este estudio cuenta con algunas limitaciones que es importante tener en cuenta. El primero, y más significativo, se debe a la escasa muestra con la que se ha trabajado. Como ya se ha mencionado anteriormente, este estudio está compuesto por 24 individuos divididos en tres grupos de 8. Es importante tener presente que una muestra reducida puede reducir la fiabilidad de los resultados, por ello sería recomendable realizar en un futuro un estudio con una muestra más amplia.

Otra limitación sería el hecho de haber realizado solo una comparación cuantitativa entre el grupo experimental y acompañamientos. Hubiera sido apropiado aplicar en este segundo grupo todos los métodos de evaluación utilizados en el grupo experimental para obtener una comparación más amplia y precisa. También, considerando la información valiosa extraída del

autorretrato del participante 4A, sería ideal utilizar el autorretrato como material de análisis cualitativo, haciendo que los participantes realicen el dibujo antes y después de finalizar el programa, con tal de realizar una comparación del autoconcepto entre el momento inicial y final. En cuanto a la encuesta de satisfacción oral realizada al final de cada sesión, con el propósito de conocer sus intereses y preferencias, hubiera sido ideal realizarla de manera anónima para que puedan expresar y opinar sin restricciones. Brindar anonimato a los participantes les proporcionaría un ambiente seguro y confidencial para compartir sus opiniones de manera más abierta y sincera.

Además, es importante mencionar que existe margen de mejora en los métodos de evaluación empleados en el análisis de participación, motivación y habilidades sociales. Una evaluación cualitativa basada en una observación no sería suficiente para determinar la adquisición de dichas habilidades en el programa. Sería conveniente repetir esta evaluación en el futuro utilizando pruebas específicas de habilidades sociales y motivación.

6. REFERENCIAS

Aguirre, J. J. C. (1989). Depresión en la vejez. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. *Revista de servicios sociales*, (7), 3.

APA (2012). Resolution on Psychotherapy Effectiveness and Appropriateness of Outcomes. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Aravena, J. M. (2017). Estrategias de Terapia Ocupacional para el abordaje de la depresión en las personas mayores: una primera aproximación a partir de la evidencia. *UBO Health Journal*, 1(1), 108-125.

Ayala, G. A. (2007). La depresión en el anciano. *Offarm: Offarm: farmacia y sociedad*, 26(9), 80-94.

Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revistapuce*.

Brown, D.W. (2005). *Aromaterapia: remedios a través del aroma*. Editorial AMAT, 2005.

Bohlmeijer, E., Smit, F., Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(12), 1088-1094.

Bordal, A. D. C. (2013). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y Bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 109-132.

Brüning, K.; Mora, I. (2019). Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. *Pontificia Universidad de Chile*, 2019, vol. 3, p. 1-6.

Cannon, D.M., Ichise, M., Rollis D, Klaver J.M., Gandhi S.K., Charney D.S., Manji H.K., Drevets W.C. (2007). Elevated serotonin transporter binding in major depressive disorder assessed using positron emission tomography and [11C] DASB; comparison with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 62(8):870-7.

Damian, P., Damian, K. (1997). *Aromaterapia: El olor y la psique: Utilización de los aceites esenciales para el bienestar físico y emocional*. Inner Traditions/Bear & Co.

De la Rubia Ortí, J. E., Espinós, P. S., Iranzo, C. C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.

De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578.

Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalting, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670

Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Revista de Psicogeriatría*, 6(2), 51-59.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509-535.

Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.

Hasler, G. Van der Veen, J.W, Tumonis T., Meyers N, Shen J, Drevets WC. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and gamma-aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 193-200.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science + Business Media.

Hayes, S., Smith, S. (2011). Sal de tu mente entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso. Editorial desclée de Brouwer.

Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 63-76.

Hofmann, S. G. Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.

Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., Churchill, R. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

Instituto Nacional de Estadística (2023). Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=47280#!tabs-tabla>

Kendler, K.S., Karkowski L.M., Prescott, C.A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:837-841.

Korman, G. P, Sarudiansky, M. (2011). Theoretical And Clinical Models For The Conceptualization And Treatment Of Depression. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.

Lazcano-Ortíz, M., Del Ángel-Monzón, M., Huizache-Santos, N., Islas-Muñoz, J. A., Lozada-Flores, A., Sánchez-Escalona, R. A., Sánchez-Padilla, M. L. (2019). Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 7(14), 43-49.

Luciano, M.C., Rodríguez, M. Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.

Martínez de la Iglesia, J., Onís V. M., Dueñas, H.R., Albert, C. C., Aguado T.C., Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.

Matías, R. G., Guerrero, K., Matud, M. P. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.

Monforte, J. A, et al. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 33 (1),13-20.

Montes, J. M. G., & Álvarez, M. P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 161-196).

Muñoz C.R., Rodríguez M. M. (2015). Riesgo de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Madrid. *Metas enferm*, 49-54.

Nutt, D. J., Forshall, S., Bell, C., Rich, A., Sandford, J., Nash, J. Argyropoulos, S. (1999). Mecanismos de acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de trastornos psiquiátricos. *Neuropsicofarmacología europea*, 9, S81-S86.

- Nutt, D. J. (2002). The neuropharmacology of serotonin and noradrenaline in depression. *International clinical psychopharmacology*, 17, S1-S12.
- Orozco, W. N. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 495-501.
- Pang, D., Ruch, W. (2019). The mutual support model of mindfulness and character strengths *Mindfulness*, 10, 1545-1559.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Pérez, G. C. (2012). *De la tristeza a la depresión*. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4), 1310.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98
- Petty, F., Sherman, A. D. (1984). Plasma GABA levels in psychiatric illness. *Journal of affective disorders*, 6(2), 131-138.
- Peña-Solano, D. M., Herzo-Dilson, M. I., & Calvo-Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 347-355.
- Puerta Polo, J. V., Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Puig, J. S. (1995). ¿Qué es y donde está la terapia interpersonal? *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 141-159.
- Raison, C. L., Borisov, A. S., Majer, M., Drake, D. F., Pagnoni, G., Woolwine, B. J., Miller, A. H. (2009). Activation of central nervous system inflammatory pathways by interferon-alpha: relationship to monoamines and depression. *Biological psychiatry*, 65(4), 296-303.
- Real Academia Española (2022). *Diccionario de la lengua Española*. <https://dle.rae.es/depresi%C3%B3n>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Rodríguez-Vargas, M., Rodríguez-Ricardo, A. Rojas-Pupo, L. L. (2022). Confiabilidad de la versión española del cuestionario de Yesavage abreviado en adultos mayores cubanos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sánchez, L. J. R., Cangas, A. J., Rubio, A. B. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International journal of psychology and psychological therapy*, 14(1), 445-458

San Molina, L., Martí, B. A. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial AMAT.

Savitz, J., Lucki, I., Drevets, W. C. (2009). 5-HT_{1A} receptor function in major depressive disorder. *Progress in neurobiology*, 88(1), 17-31.

Schildkraut, J. J. (1965). *The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence*. *American journal of Psychiatry*, 122(5), 509-522.

Sullivan, M.J.L., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing, and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 555-568.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

7.ANEXOS

7.1 Métodos de evaluación

Anexo 1

Versión abreviada de la escala de depresión geriátrica Yesavage

YESAVAGE

1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?
3. ¿ Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

Anexo 2

Tabla observacional

Tabla observacional						
	Palabra inicial	Palabra final	Participación (1 a 5)	Interacción (1 a 5)	Motivación (1 a 5)	Otras observaciones
1A						
2A						
3A						
4A						
5A						
6A						
7A						
8A						

Anexo 3

Ejemplificación de la encuesta valorativa

Encuesta de satisfacción		
Participantes	¿Cuánto te ha gustado la sesión? Del 1 al 5	¿Crees que ha sido una sesión útil para ti? Del 1 al 5
1A		
2A		
3A		
4A		
5A		
6A		
7A		
8A		

Anexo 4

Ejemplo real del método utilizado para la recogida de información, que aportan los participantes, sobre la percepción subjetiva de su estado de ánimo

Estado de ánimo: sesión 2		
Participantes	Palabra inicial	Palabra final
1A	Bien	Muy contenta
2A	Muy bien	Feliz
3A	No se	bien
4A	Bien	Satisfecha
5A	Bien	requetebien
6A	normal	normal
7A	intrigada	Realizada
8A	chafada	Bien

7.2 Actividades diseñadas

En este apartado se anexarán algunas de las actividades que se han diseñado para el desarrollo del programa. No ha sido posible mostrarlas en su totalidad, ya que varias se han llevado a cabo de forma oral o bien mediante acciones, como por ejemplo el taller de cocina, psicoeducación, aromaterapia, etc.

Anexo 5

Plantilla del bingo musical


The background of the page features decorative musical notation, including treble clefs and various notes, scattered across the light blue and purple textured background.










BINGO MUSICAL	
1- TRACTOR AMARILLO-MANUEL CALDERÓN	
2- AMAPOLA- LOS PANCHOS	
3- TE QUIERO, TE QUIERO-NINO BRAVO	
4- PUERTA DE ALCALÀ-ANA BELEN Y VICTOR MANUEL	
5- BESO Y FLOR-NINO BRAVO	
6- CHICA YEYE-CONCHITA VELASCO	
7- EL EBRO GUARDA SILENCIO-SIERRA DE LUNA	
8- LA BAMBA	
9- MI CARRO ME LO ROBARON-MANOLO ESCOBAR	
10- CLAVELITOS -LA TUNA	
11- CORAZÓN CONTENTO-MARISOL	
12- ADIÓS CON EL CORAZÓN-OSCAR CHÁVEZ	
13- VIVA EL PASO DOBLE-ROCÍO JURADO	
14- RESISTIRÉ-DÚO DINÁMICO	
15- EL CHACACHÁ DEL TREN-EL CONSORCIO	
16- FLECHAS DEL AMOR-KARINA	
17- HIMNO A LA ALEGRIA-MIGUEL RIOS	
18- VOLARÉ-DOMENICO MODUGNO	
19- QUINCE AÑOS TIENE MI AMOR-DÚO DINÁMICO	
20- ESCÁNDALO-RAPHAEL	
21- COMO YO TE AMO-ROCÍO JURADO	
22- MEDITERRRANEO-JOAN MIGUEL SERRAT	
23- POROMPOMPERO-MANOLO ESCOBAR	
24- VIVIR ASÍ ES MORIR DE AMOR-CAMILO SESTO	

Anexo 6

Muestra del bingo musical

BINGO MUSICAL

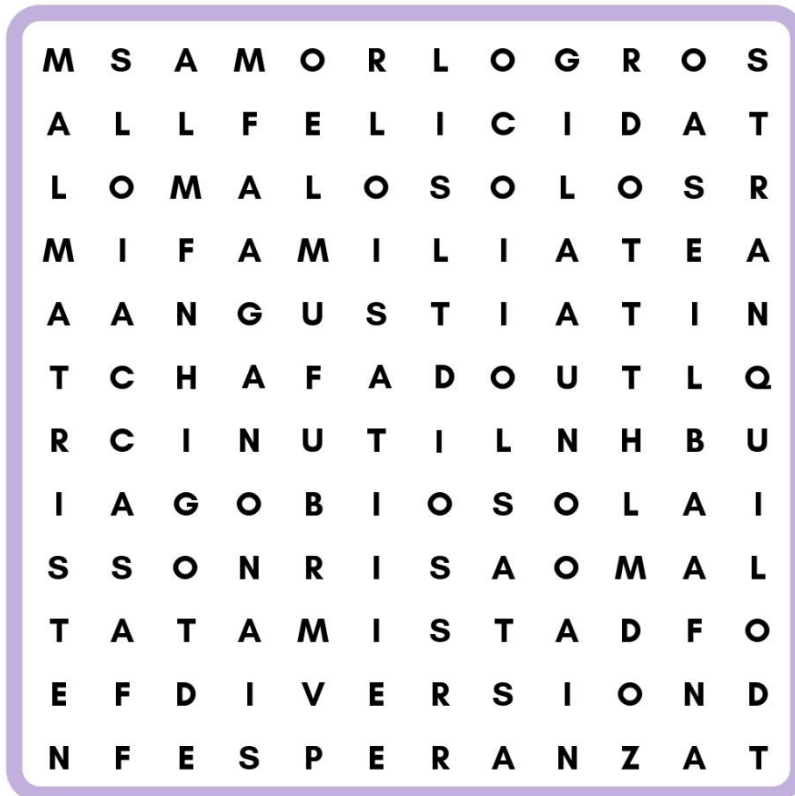


<p>EL EBRO GUARDA SILENCIO-SIERRA DE LUNA</p> 	<p>FLECHAS DEL AMOR -KARINA</p> 		<p>TE QUIERO TE QUIERO-NINO BRAVO</p> <p>Te  quero</p>
	<p>ADIÓS CON EL CORAZÓN-OSCAR CHÁVEZ</p> 	<p>CORAZÓN CONTENTO- MARISOL</p> 	<p>EL CHACACHA DEL TREN-EL CONSORCIO</p> 
<p>CLAVELITOS- LA TUNA</p> 	<p>MI CARRO ME LO ROBARON- MANOLO ESCOBAR</p> 		<p>RAPHAEL-ESCÁNDALO</p> 

Anexo 7

Sopa metafórica

EL LADO BONITO DE LA VIDA



FELICIDAD

FAMÍLIA

ESPERANZA

TRANQUILO

AMOR

LOGROS

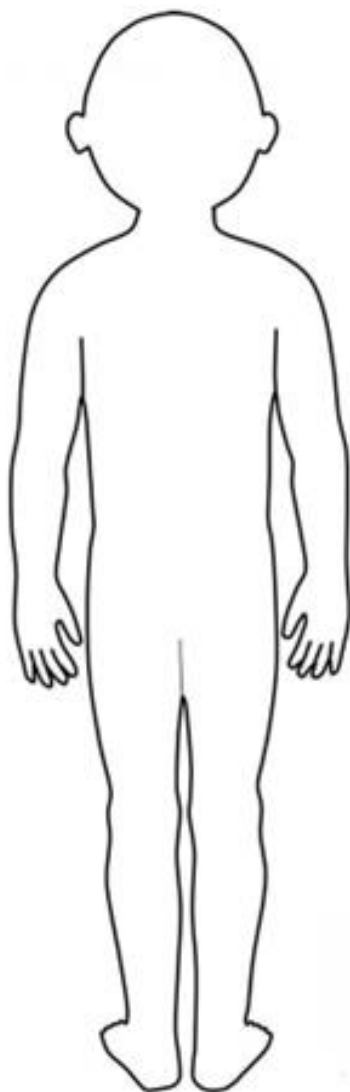
AMISTAD

SONRISA

DIVERSIÓN

Anexo 8

Plantilla autoconcepto



Anexo 9

Ejercicio de reestructuración cognitiva



Lista de los buenos
momentos de mi día a día:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____