



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Intervención en usuarios con demencia vascular mediante historias de vida.

Intervention in users with vascular dementia through life
histories.

Autor

Diego Romero Cabezudo

Director

Jesús Marta Moreno

Facultad de Ciencias de la Salud

2022

Resumen:

Actualmente en el denominado estado de bienestar se asiste a un proceso de mejoras en la economía, en la salud y en numerosos aspectos del día que se traducen en un aumento de la calidad de vida que conlleva el envejecimiento progresivo de la población y enfermedades asociadas a la vejez. Una de estas enfermedades es la demencia, y su conocimiento y las diferentes maneras de tratarla son un nicho de investigación fundamental para el terapeuta ocupacional que debe hacer frente a numerosas aproximaciones para lidiar con las particularidades de esta enfermedad. En este contexto, el presente Trabajo Fin de Grado tiene por objetivo tratar un tipo de demencia concreto, la demencia vascular y para ello hará uso de una metodología de trabajo basada en una terapia de intervención no farmacológica y con un fuerte carácter reminiscente y cognitivo a través de una serie de entrevistas guiadas y herramientas como la "*historia de vida*" a pacientes que padecen la demencia vascular con el objetivo de comprobar cuantitativamente, gracias a unos índices (Yesavage y escala moral de Piladelphia) si existe una mejoría sustancial en la mejora del estado de ánimo y los niveles de depresión en este tipo de pacientes. De esta forma se obtienen resultados que evidencian la existencia de una mejoría en la vida de las personas que sufren esta enfermedad tras las intervenciones planteadas.

Palabras clave: Demencia vascular, terapia ocupacional, reminiscencia, estimulación cognitiva, historia de vida.

Abstract:

Currently in the so-called welfare state we are witnessing a process of improvements in the economy, health and many aspects of the day that result in an increase in the quality of life that leads to the progressive aging of the population and diseases associated with old age. One of these diseases is dementia, and its knowledge and the different ways to treat it are a fundamental research niche for the occupational therapist who must face numerous approaches to deal with the particularities of this disease. In this context, this thesis aims to treat a specific type of dementia, vascular dementia, and for this purpose will make use of a working methodology based on a non-pharmacological intervention therapy with a strong reminiscence and cognitive character through a series of guided interviews and tools such as "life history" to patients suffering from vascular dementia in order to verify quantitatively, thanks to some indexes (Yesavage and Piladelphia moral scale) if there is a substantial improvement in the improvement of mood and depression levels in this type of patients. In this way, results are obtained that show the existence of an improvement in the lives of people suffering from this disease after the proposed interventions.

Key words: vascular dementia, Occupational therapy, reminiscence, cognitive stimulation, life story.

Agradecimientos:

Primero de todo, agradecer a todos los trabajadores y a la residencia Betania por la amabilidad y la disposición que han mostrado hacia mí. En especial a Bárbara Montero Herrero por haberme brindado todas las facilidades dentro de su horario de trabajo, dado el esfuerzo que ello supone.

Agradecer a M.R.B. y J.L.L. junto a sus familias por su tiempo y dedicación ya que sin ellos no habría podido realizar la investigación.

Por último, agradecer al tutor Jesús Marta Moreno por su cercanía, disponibilidad, consejos y sugerencias sobre la temática del trabajo.

Índice

1	Introducción: La demencia en la sociedad del estado de bienestar:	1
1.1	La demencia vascular:	2
1.2	La terapia ocupacional en el contexto de la demencia vascular:	5
1.3	Propósito de la intervención:	7
1.4	Dispositivo asistencial y entorno para la intervención de terapia ocupacional:	7
2.	Objetivos generales:	10
3.	Metodología:	11
3.1	Sesiones previas de reunión y evaluación inicial:	11
3.1.1	Casos clínicos de los pacientes:	13
3.2	Modelo de la terapia ocupacional en el que se basa la intervención: ..	14
3.2.1.	La intervención:	15
3.2.2:	Intervenir realizando la historia de vida:	16
3.2.3:	Intervenir mediante sesiones de reminiscencia:	18
4.	Resultados:	21
4.1	Definición del proceso de Reevaluación del Caso.	22
5.	Discusión:	26
6.	Conclusiones:	27
7.	Bibliografía	29
8.	Anexos:	33

1 Introducción: La demencia en la sociedad del estado de bienestar:

En la sociedad actual, y en el denominado estado del bienestar, se asiste a un continuo avance en la calidad de vida de los países occidentales que se traduce en última instancia en unos cambios en las dinámicas de la población en cuanto a salud se refiere. Esto se refleja, entre otras muchas cosas, en el aumento de la esperanza de vida que, a su vez conlleva la aparición de una serie de problemáticas que hay que paliar y de consideraciones que hay que tener en cuenta ya que tradicionalmente no eran objeto de estudio.

Considerada la idea del creciente aumento de la esperanza de vida y, por lo tanto, el progresivo envejecimiento de la población, se asiste en la actualidad a la aparición y la generación de un aumento paulatino de las enfermedades y síndromes progresivos como la demencia. La demencia es un síndrome progresivo que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva más de lo que se consideraría normal en el anciano y esta enfermedad está causada por una serie de factores entre los cuales destaca sobre todo la pérdida de conexiones cerebrales producida por el daño o pérdida en las células nerviosas. Las funciones cognitivas son los procesos mentales mediante los cuales podemos realizar las actividades de la vida diaria (1). Comprendido el concepto de función cognitiva, se enumeran a continuación cuales se ven afectadas por la demencia (**tabla 1**):

Función cognitiva	Afección por la demencia
Memoria	<i>Búsqueda y recogida de información dentro del cerebro.</i>
Comprensión	<i>Capacidad para entender lo que ocurre alrededor.</i>
Lenguaje	<i>Capacidad para comunicarse eficazmente. Expresión, vocabulario y fluidez.</i>
Orientación	<i>Consciencia de uno mismo y el entorno y contexto que lo rodea.</i>
Cálculo	<i>Capacidad para realizar operaciones simples con números.</i>
Atención	<i>Capacidad para dirigir nuestros recursos hacia una tarea concreta un determinado tiempo.</i>

Tabla 1: Funciones cognitivas afectadas por la demencia. Fuente: Realización propia.

El mal funcionamiento de estas funciones lleva al usuario que sufre de demencia a un deterioro emocional, social y motivacional que puede llegar a causar problemas como la depresión o la ansiedad, dos problemas que nuevamente están experimentando, junto a la demencia, un aumento paulatino en la sociedad del bienestar actual. Poniendo el foco de atención sobre la demencia, es necesario destacar que esta se manifiesta de numerosas formas y por ello, en la actualidad los tipos más comúnmente manifestados de demencia son la enfermedad del Alzheimer y la demencia vascular (2,3). Pese a que el Alzheimer es una enfermedad muy extendida y una problemática real y tangible que afecta a un amplio espectro poblacional, es en la demencia vascular en la que se va a focalizar el estudio debido a que ambos casos clínicos sobre los que se realizará la intervención, sufren de este tipo de demencia concreta.

1.1 La demencia vascular:

La demencia vascular es un síndrome causado por la falta de riego sanguíneo en el cerebro y se origina o produce debido a la existencia de daños en los vasos sanguíneos que allí conducen, dañando de esta manera las fibras y nervios que necesitan un continuo flujo de riego. Pese a que en este estudio se haga hincapié en esta demencia vascular, es necesario destacar que se distinguen 3 fases o etapas comunes a todas las demencias: *Temprana*, *intermedia* y *tardía*, y según en qué estado está la progresión del síndrome y los niveles de afectación en sus ocupaciones se dará una u otra en un determinado paciente (3). Por esta razón, se detalla muy brevemente a continuación cual sería la dinámica que llevaría la demencia vascular en cada una de estas fases (**tabla 2**):

Fase de la demencia	Descripción de la etapa
Temprana	<i>Esta etapa suele no ser detectada ya que comienza paulatinamente y su entorno más próximo la achaca a la edad. Tendencias a olvidar y desubicarse en espacio y tiempo.</i>
Intermedia	<i>Todos los signos se vuelven más evidentes y limitadores.</i>
Tardía	<i>En este último estadio la persona ya sufre dependencia e inactividad prácticamente totales debido a la enfermedad.</i>

Tabla 2: Fases de la demencia. Fuente: Realización propia.

Todo esto se traduce en última instancia en una afección humana, económica y psicológica, ya que, en primer lugar, la proliferación de estas enfermedades supone un grave problema de salud pública debido a que su tratamiento conlleva un cuantioso gasto de dinero y recursos por parte del estado (4,5). Pero no solo esto, ya que esta proliferación y arraigo de la demencia también supone un gran impacto en la vida diaria de la persona que lo sufre y no solo del usuario en sí mismo, sino de sus familiares y cuidadores que tienen una implicación emocional directa (6).

Además, es necesario recalcar que este síndrome es uno de los más comunes entre las personas con discapacidad, y si en numerosas ocasiones estas personas pueden estar en un estado de dependencia, esta demencia cardiovascular puede acrecentar aún más esta situación y esto a la larga puede suponer un problema pues España tiene una marcada tendencia a la proliferación de la dependencia, ya que nuevamente es necesario recalcar que España es un país mediterráneo con una sanidad y un modo de vida que es extremadamente compatible con una salud longeva.

Continuando con la idea del párrafo anterior, en el siguiente gráfico (**ilustración 1**), se muestra la tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticada demencia, con el foco de atención puesto en las comunidades autónomas. En concreto, se muestran las demencias de Alzheimer y otras demencias, siendo el color azul para el Alzheimer y el color naranja para otras demencias (7) en las que se incluye la que actúa como centro de la investigación, la vascular. Se observa como independientemente del tipo de demencia, ambos grupos de demencias presentan un peso de lo más relevante, pese a que existan disparidades en cuanto a las diferentes comunidades autónomas. Esto por otra parte es lógico ya que casos como el de Galicia frente a una comunidad autónoma como la de Madrid, que tiene muchos más habitantes, ponen de manifiesto como el desarrollo de estas demencias no sigue, aparentemente, un patrón de cantidad de población.

Pero lo que sí sería relevante en el estudio de las demencias, es la comprobación de cuál es la esperanza de vida y el índice de envejecimiento ya que probablemente será mayor en la comunidad autónoma Galicia que en la Madrid, debido a que esta última al actuar como capital del estado y posibilitar la atracción de numerosas empresas, termina por facilitar servicios

a los jóvenes, lo que es más que probable que se traduzca en una variación sustancial de su pirámide poblacional.

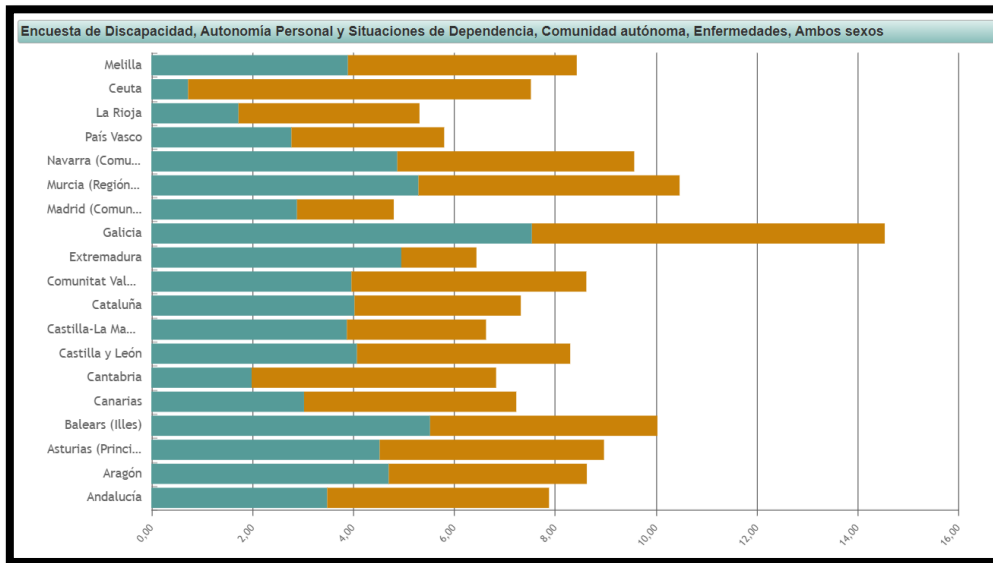


Ilustración 1: Tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticada demencia por CCAA. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Comprendida la demencia cardiovascular y su peso actual en nuestro país, mirando al futuro, organismos como la Organización Mundial de la Salud estimaron que, si en el año 2015, más de 47 millones de personas sufrían demencia en el mundo, llegaron a la conclusión y previeron que para el año 2050 el número ascienda hasta aproximadamente 132 millones de personas, triplicando así la población que sufre este problema y siendo la causa los avances en la calidad de vida. Poniendo de nuevo el foco en el Trabajo Fin de Grado, en España, los datos del Programa Integral de Alzheimer y otras Demencias del Gobierno de Sanidad para el período 2019-2023 indican que la prevalencia de demencia aumenta significativamente con la edad, tal y como se recoge en la **tabla 3** (4).

EDAD	PREVALENCIA
40-65	0,05
65-69	1,07
70-74	3,4
75-79	6,9
80-84	12,1
85-89	20,1
90	39,2

Tabla 3: Prevalencia de demencia según la edad. Fuente: Elaboración propia a través de datos del Programa Integral de Alzheimer y otras Demencias del Gobierno de Sanidad.

En la tabla se comprueba como a mayor edad, mayor es la prevalencia, por esta razón, en España actualmente se centran los esfuerzos en detectar los primeros signos de deterioro cognitivo leve ya que del 8% al 15% de usuarios que presentan deterioro acaban materializando una demencia (8). El tratamiento utilizado para paliar los efectos de la demencia es el farmacológico, aplicando medicamentos para la regulación de la conducta, la cognición y las complicaciones derivadas. Pero no solo los fármacos son importantes, sino que un recurso destacado para el tratamiento de la demencia son las denominadas "terapias no farmacológicas", como la que se va a llevar a cabo en el presente estudio de caso clínico y que se concretará en apartados posteriores.

En definitiva, mediante esta breve introducción y consideración se puede comprobar como la demencia es un problema real y tangible que tiene una fuerte afección en el presente y unas claras tendencias marcadas hacia el futuro, por lo que su estudio desde la terapia ocupacional resulta de lo más relevante tal y como se comprobará a continuación.

1.2 La terapia ocupacional en el contexto de la demencia vascular:

La Terapia Ocupacional es una profesión socio sanitaria que, a través de la evaluación y valoración de las capacidades físicas, mentales, sociales y sensoriales trabaja mediante diferentes tipos de intervenciones para que los usuarios logren la máxima independencia funcional posible y se adapten a sus discapacidades. Por esta razón, el fin último de esta profesión es lograr mediante su práctica, la máxima calidad de vida (9).

Como se ha introducido con anterioridad una de las terapias que se va a utilizar como pilar fundamental de este Trabajo Fin de Grado, es la terapia no farmacológica, un tipo de terapia que está recomendada por guías internacionales y que, desde la Terapia Ocupacional, se tiene en cuenta como una rama de actuación traduciéndose en la existencia de gran capacidad y espacios para su puesta en práctica. En concreto, dentro de los numerosos tipos de terapia no farmacológica, uno de los que se llevan a cabo desde la terapia ocupacional, es la terapia de reminiscencia.

Diferentes estudios declaran el impacto positivo de este tipo de terapia. El estudio de Thomas J. Et Al llega a la conclusión de que la Terapia de Reminiscencia en grupo en pacientes institucionalizados con demencia tiene un efecto positivo sobre la depresión y la agitación y que el uso de historias de vida genera una buena relación terapéutica con los cuidadores. Además, sugiere que intervenir mediante apoyos gráficos como imágenes y vídeos sería preferible a una clásica charla (10).

Por otro lado, el estudio de Syed Elias S. Et Al obtiene leves resultados positivos sobre soledad, ansiedad y depresión y destaca cierta dificultad en intervenciones grupales y propone que debería estandarizarse una línea de intervención (11). Otros estudios destacan la mejoría en la calidad de vida, disminución de niveles de depresión y afirman que el uso de música en las sesiones facilita el proceso (12) (13) (14) (15).

En definitiva, hay una buena base de investigaciones que en inicio ponen de manifiesto que la terapia de reminiscencia es una herramienta útil desde nuestra profesión para retrasar el progreso de los síntomas de la demencia y, por consiguiente, mantener cuanto sea posible la independencia funcional de los usuarios y mejorar su calidad de vida, que tal y como se citaba con anterioridad, es el fin último desde la TO debido a que desde la posición del terapeuta se tiene la versatilidad de poder actuar con los usuarios en instituciones, centros de día y domicilios.

Con estos conceptos, y esta base bibliográfica expuesta, se constata como la terapia de reminiscencia puede llevarse a cabo de muchas maneras distintas. Pero lo que está claro es que la no actuación sobre el usuario, desde la perspectiva del terapeuta ocupacional, puede derivar en demencia y una de las mayores consecuencias de dicha demencia son las emocionales y las mentales que, a menudo, derivan en depresión, que es un problema más que sumar al usuario y a sus cuidadores o a su familia.

En conclusión, se puede comprobar gracias a los estudios consultados y a la información previa, como la terapia ocupacional juega un papel relevante en el estudio de la demencia, y por esta razón se va a realizar, tal y como se comprobará a continuación, una intervención no farmacológica del tipo terapia de reminiscencia.

1.3 Propósito de la intervención:

Teniendo en cuenta la bibliografía consultada, y el estado de la cuestión respecto a la demencia, con este estudio se pretende realizar una intervención de terapia no farmacológica mediante la realización de la "historia de vida de vida" de dos usuarios de la residencia Betania. Esta historia de vida no es más que la recopilación de información del recorrido vital de un ser humano y se realiza con el objetivo de llevar a cabo sesiones de la anteriormente citada terapia de reminiscencia con los usuarios a modo de estimulación cognitiva.

Mediante esta práctica el fin último que se persigue va a ser el de la realización de una comprobación de cuáles son los resultados obtenidos tras la aplicación de esta metodología de trabajo en materia de depresión, la ansiedad y la memoria a corto plazo en este tipo de usuarios.

1.4 Dispositivo asistencial y entorno para la intervención de terapia ocupacional:

La decisión en cuanto al entorno para la intervención ha sido tomada en cuenta tomando como base el estudio sobre la prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados en residencias que constató que las mujeres tienen una mayor frecuencia del síndrome, y que por otro lado, declara respecto a la demencia vascular que es un 60% superior en hombres que en mujeres (16). Por lo tanto, tras comprobar que en estos entornos es donde prevalece más la demencia, se optó por la realización del estudio en una residencia de la tercera edad.

En concreto, la intervención se realizó en Zaragoza, en la residencia Betania. En el estudio citado con anterioridad, se llega a la conclusión de que dos tercios de los usuarios de residencias españolas sufren demencia vascular por lo que se ha optado por poner el foco de atención en estos espacios para comprobar si hay usuarios que se ajusten a las características de la intervención. Además es necesario destacar que las residencias están cobrando cada vez más importancia en la asistencia de las personas mayores y especialmente en España debido al gran envejecimiento de nuestra población (**ilustración 2**) y a la esperanza de vida, tal y como se comprobó en el apartado introductorio.

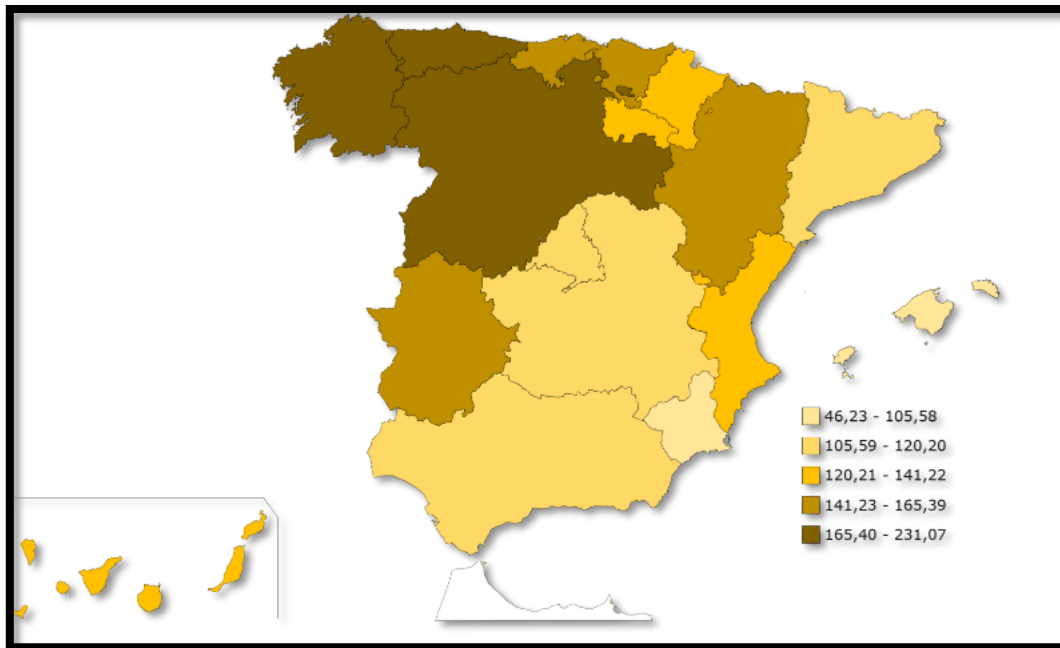


Ilustración 2: Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En la presente cartografía se muestra la distribución por comunidades autónomas del índice de envejecimiento de la población que a excepción de la Región de Murcia y de las Islas Baleares, es superior a 100 en todas las comunidades autónomas poniendo de manifiesto como este envejecimiento demográfico tiene un profundo arraigo en el territorio nacional. Esto es relevante y se relaciona con la **ilustración 1** vista con anterioridad en la que se podía comprobar como existían diferencias sustanciales de demencia (entre ellas la vascular) en diferentes comunidades y esos mismos resultados se relacionan con el envejecimiento de la población que es muy generalizado, aunque presente diferencias, y que en Aragón ocupa una posición de lo más destacada. Por lo tanto, varias son las consideraciones a tener en cuenta:

- En España existe un alto grado de dependencia.
- En España se asiste a un progresivo envejecimiento de la población motivado por el aumento de la calidad de vida y por una sanidad pública efectiva y de calidad.
- Esta longevidad del ser humano hace que la demencia vascular se instale entre las enfermedades del siglo XXI.

Por lo que, teniendo estas consideraciones en cuenta, abordar un análisis en los centros de la tercera edad resulta un paso lógico si se quiere

comprender la dinamica de la demencia y sus efectos posteriores en dichos centros. (5)

2. Objetivos generales:

Se parte de la hipótesis de que este tipo de terapias que no usan fármacos y que se basan en dar compañía y estímulo al usuario pueden generar una respuesta positiva en él. Son varios los estudios que, tal y como se ha comprobado en la introducción, avalan este tipo de resultados, pero en concreto en este se hace uso de la herramienta de "historias de vida" como recurso terapéutico para lograr este efecto deseado. En definitiva, la hipótesis de partida es que estos recursos junto a este tipo de terapias permitirán la obtención de mejoras en los test de depresión y ansiedad o ánimo (*escala moral de Philadelphia y escala de depresión geriátrica de Yesavage*).

El objetivo principal que se persigue con este Trabajo Fin de Grado es la comprobación de un método de terapia no farmacológica, más concretamente la terapia de reminiscencia en pacientes de residencias de la tercera edad con el objetivo de verificar si existen diferencias entre los resultados que se obtienen antes y después de la intervención y que estas diferencias se traduzcan en una mejora sustancial de los niveles de ansiedad y depresión de la residencia de ancianos donde se lleva a cabo el estudio.

Por lo tanto, a modo de resumen el gran objetivo principal se puede dividir en dos apartados:

- *Comprobar los efectos beneficiosos de la Terapia de reminiscencia sobre la ansiedad y la depresión en el anciano.*
- *Comprender como las experiencias vitales y la lectura social moldean a las personas.*

A su vez, es necesario destacar a parte del objetivo principal, existen una serie de objetivos específicos:

- *Comprobar como una intervención individual personal y conversacional favorece la formación de una buena relación terapéutica.*
- *Proporcionar a las familias pautas sobre cómo trabajar con las historias de vida realizadas.*

3. Metodología:

La metodología de trabajo fundamentalmente se ha basado en la elección de un método adecuado para la comprobación de los niveles de ánimo, ansiedad y depresión junto con la elección de dos usuarios que sufriesen demencia vascular entre otros factores para aplicar una historia de vida y finalmente una terapia de reminiscencia y conocer los resultados. La metodología queda resumida en el presente cuadro resumen (**ilustración 3**) que se puede resumir en tres grandes apartados, uno previo y dos de intervención:

- 1) Sesiones previas de reunión y evaluación inicial.
- 2.1) Entrevistas para historias de vida.
- 2.2) Terapia de reminiscencia y evaluación final.

Sesiones	Fecha	Contenido	Duración
Reunión	31/12/2021	Primer contacto con ellos y elección para la intervención.	10 min.
Evaluación	18/02/2022	Se les administra la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala Moral de Filadelfia	20 min.
Entrevista 1	12/04/2022	De la niñez a la boda.	25-30 min.
Entrevista 2	13/04/2022	Desde la boda a la jubilación.	20-25 min.
Entrevista 3	18/04/2022	Desde la jubilación hasta el momento actual viendo su vida en perspectiva.	20-25 min.
Entrevista 4	20/04/2022	Recuperación de la sesión perdida el día 12.	20-25 min.
Sesión 1	09/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos de la niñez a la boda.	15-20 min.
Sesión 2	11/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos desde la boda a la jubilación.	15-20 min.
Sesión 3	13/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos desde la jubilación hasta el momento actual.	15-20 min.
Sesión 4	16/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos los momentos de más interés para ellos.	15-20 min.
Sesión 5	18/05/2022	Mediante el uso de la herramienta Google Maps recorremos el pueblo de M.R.B. y con él visionado de reportaje de la expo de 1992.	15-20 min.
Sesión 6	20/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos vacaciones y viajes significativos.	15-20 min.
Sesión 7	23/05/2022	Con apoyo de fotografías repasamos sus actividades de ocio más significativas.	15-20 min.
Sesión 8	25/05/2022	Mediante la manipulación de objetos explican sus actividades de ocio más significativas.	15-20 min.
Sesión 9 y reevaluación	27/05/2022	Leemos juntos la historia de vida realizada con fotografías incluidas y al finalizar, realizamos la reevaluación.	15-20 min.

Ilustración 3: Metodología cuadro resumen. Fuente: Elaboración propia.

3.1 Sesiones previas de reunión y evaluación inicial:

Para llevar a cabo la intervención, desde la residencia Betania escogieron a una serie de posibles candidatos que entraban dentro de una serie de parámetros que se establecieron previamente tras conocer cuál iba

a ser la temática del Trabajo Fin de Grado. En concreto dichos parámetros eran los siguientes:

- Padecer demencia vascular.
- Tener afectación de la memoria a corto plazo.
- Tener nivel cognitivo suficiente como para llevar una conversación sin problemas.

Con estos factores delimitados el proceso de trabajo tuvo comienzo el día 31 de diciembre de 2021 cuando se acudió por primera vez a la residencia para la realización de una pequeña entrevista con los pacientes que se habían designado con el objetivo de realizar un primer contacto, conocerlos y crear un ambiente afable y de confianza. De esta manera se podría conocer cada caso particular y realizar una toma de decisión sobre que dos de los tres pacientes iniciales iban a ser seleccionados. Tras la entrevista, se escogió a dos usuarias por el contraste notable entre su nivel cognitivo, para así poder comparar luego resultados ya que en un inicio esto resultó una idea de interés.

El 18 de febrero de 2022 se realizó una reunión con la Terapeuta con el fin de acudir a realizar la evaluación inicial, y se observó como una de las pacientes había sufrido una caída severa y su nivel cognitivo había descendido tanto como para que la intervención no resultase eficiente, así que optó por la elección del tercer usuario para la continuación del proyecto. Para la evaluación inicial se consultó bibliografía para encontrar una metodología que cuantificase adecuadamente la ansiedad, el ánimo y la depresión (17) (18).

Teniendo esto en cuenta se optó por la utilización de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala Moral de Filadelfia, ambas fuentes directas de información y empleadas en la terapia ocupacional. Su lógica y funcionamiento se describe a continuación:

- **Escala de depresión geriátrica de Yesavage:** En este caso usamos la versión larga que consta de 30 preguntas. Trata temas emocionales, de satisfacción y de calidad de vida. 0-10 normal. 11-14 depresión. Mayor de 14 aumenta la especificidad.
- **Escala Moral de Filadelfia:** Mide la satisfacción del usuario anciano en cuanto a su soledad, el envejecimiento y su

inquietud. Diseñada por Lawton en 1972. Menor o igual a 5 nivel bajo. 6-11 regular y mayor de 11 alto.

Los resultados tras la aplicación inicial de los dos índices descritos fueron los siguientes:

	Philadelphia. Ánimo.	Yesavage. Depresión.
Evaluación del Usuario.	10 (regular)	9 (riesgo de depresión)
Evaluación de la Usuaría.	8 (regular-riesgo de bajo)	14 (Depresión)

Tabla 4: *Primeros resultados tras la aplicación de las dos escalas. Fuente: Realización propia.*

En la **tabla 4**, atendiendo a los resultados se observa que él presenta un ánimo regular y una puntuación que indica riesgo de depresión y, por otra parte, se observa que ella tiene peor ánimo y más puntuación sobre depresión. De manera que pese a que los resultados son similares existen diferencias entre ambos pacientes y será relevante ver cómo evolucionan tras la terapia de reminiscencia.

Cabe destacar que un resultado de depresión en la escala de Yesavage tan solo sugiere que esta pueda estar presente (sensibilidad y especificidad entre 80 y 95%) y que es un médico especializado el que deberá diagnosticar esta enfermedad (18).

3.1.1 Casos clínicos de los pacientes:

Conocidos los pacientes y los métodos de evaluación se presentan a continuación los casos clínicos (con nombres ficticios para facilitar su lectura) que muestran la descripción de los pacientes y como ambos están afectados por la demencia vascular:

Caso clínico Juan. (Historia de vida con nombre ficticio en anexo)

Juan es un hombre nacido el 7 de septiembre en Zaragoza en 1941, tiene 83 años. Su padre murió cuando él tenía 3 años y se crió con su madre y su tío, fue a la escuela hasta los 14 años, desde entonces trabajó hasta los 38 años en una empresa llamada Izuzquiza. En ese periodo se casó y tuvo dos hijas. Tras finalizar en la empresa acabó trabajando de portero hasta que falleció su mujer, en ese momento decidió jubilarse. Vivió solo durante muchos años con las visitas de sus hijas hasta que se le diagnosticó demencia vascular y por decisión propia decidió ingresar en la residencia. Actualmente presenta afectación de la memoria a corto plazo, aunque todavía no es incapacitante para las Actividades de la Vida Diaria. A nivel motor es totalmente funcional. Presenta cataratas en el ojo derecho, por el cual apenas tiene visión. Está a gusto en la residencia y tiene ganas de realizar todo lo que le proponen.

Caso clínico María. (Historia de vida con nombre ficticio en anexo)

María es una mujer de 85 años nacida el 15 de abril de 1937, durante la guerra, en Jadraque. Vivió en Matillas y allí fue a la escuela hasta los 14 años, sus padres tenían bar y carnicería y ella ayudaba allí. Se casó, tuvo dos hijas y se dedicó a criarlas. Cuando falleció su marido fue a vivir a Zaragoza y tras presentar problemas de memoria fue diagnosticada de demencia vascular y sus hijas decidieron internarla en la residencia. Realiza la marcha con bastón. Presenta un rango articular funcional y leves problemas de visión. No tiene ningún problema con estar en la residencia y es proactiva.

3.2 Modelo de la terapia ocupacional en el que se basa la intervención:

La intervención se basa Modelo de Ocupación Humana (MOHO), un modelo basado en la persona, que la pone en el centro de la intervención y que propone que es única y sus características, pensamientos y acciones van a ser los mecanismos que se van a utilizar en la intervención. Se centra en una comprensión del usuario en lo que refiere a sus valores, sus hábitos, sus roles, su desempeño, sus creencias y sus intereses, entendiendo todos estos

procesos como fluidos dinámicos dentro de cada persona y como el mecanismo de cambio terapéutico. Por lo tanto, comprende a la persona en tres subsistemas relacionados entre sí y que se citan a continuación (19) (9):

- Subsistema Volitivo: Se definiría como la motivación por las ocupaciones destacando procesos de experiencia, interpretación, anticipación y elección de actividades y ocupaciones.
- Subsistema de Habitación: Se entiende por los patrones de ejecución que se repiten formando hábitos y roles internalizados.
- Subsistema de Capacidad de Desempeño: Capacidad de realizar lo anterior, teniendo en cuenta los aspectos físicos, mentales y subjetivos de la persona.

En las personas mayores estos sistemas comienzan a deteriorarse, sobre todo el de habitación a causa de problemas en el de desempeño debido a problemas físicos, mentales y cognitivos propios de la edad. Además, esto es incluso aún más relevante en enfermedades progresivas como la demencia.

Antes de detallar la intervención planteada, es necesario destacar que esta se lleva a cabo bajo el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, de manera que el estudio esta estructurado en evaluación, intervención y resultados (20).

3.2.1. La intervención:

La intervención que se va a llevar a cabo es íntima y personal, y para llevarla a cabo, tal y como se ha explicado con anterioridad, es necesario conocer la historia de vida de estas personas. En este sentido, las entrevistas llevadas a cabo han incluido preguntas de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional-II con el fin de conocer las ocupaciones, elecciones, eventos críticos, rutinas roles, contextos y entornos de los dos pacientes. En concreto, esta serie de elementos quedan descritos en la primera fase de la intervención ya que, como las acciones realizadas van encaminadas a la evocación de recuerdos y experiencias, se considera que se está evaluando a la vez que se interviene y con los resultados de estas entrevistas se realizarán las sesiones de reminiscencia.

En último lugar, es necesario destacar que las historias de vida quedan redactadas de forma completa en los anexos con nombres ficticios para facilitar la lectura.

Nuevamente, haciendo alusión a la **ilustración 3** que mostraba el resumen del proceso metodológico, se puede comprobar como la intervención se realiza en dos fases diferenciadas y que ya se han ido describiendo:

- Fase 1: Intervenir realizando la historia de vida.
- Fase 2: Intervenir mediante sesiones de reminiscencia.

A continuación, se describen brevemente estas fases.

3.2.2: Intervenir realizando la historia de vida:

Una vez escogidos los dos usuarios, pasadas las escalas de evaluación inicial, conocido su caso clínico y comprendido el modelo desde la perspectiva de la terapia ocupacional, se dio comienzo a la primera fase de la intervención.

Esta fase consiste en realizar la historia de vida de ambos y estas historias de vida fundamentalmente son una serie de sesiones que comprenden un proceso de evocación y recuperación de recuerdos almacenados por parte del paciente mediante una narrativa oral en la que se expresa como ha concebido su vida esta persona, como la ha organizado en su memoria y el sentido que les ha dado a los sucesos. Esto acaba resultando en un gran beneficio, especialmente para personas mayores, ya que están en la etapa final de su vida y realizar esto les ayuda a formar un orden estable de su trayectoria de vida, haciendo hincapié en los aspectos positivos de la misma. De esta forma se termina por lograr la aceptación de uno mismo y se refuerza su confianza, seguridad y autoestima (21).

Por otro lado, en la intervención no se pudieron decidir directamente las fechas en las que se iba a trabajar puesto que, desde la residencia, la terapeuta del centro habilitó los días en los que sería posible acudir para realizar la intervención. En concreto, estos días fueron el 12, 13, 18 y 20 de abril de 2022.

No hubo ningún tipo de dificultad añadida en cuanto a la realización de las sesiones y solo hubo que realizar algún pequeño cambio de ajustes de

fechas como cuando el día 12 unos familiares se habían llevado a un usuario a comer y solo se pudo realizar la intervención con uno de ellos, por lo que se optó por la realización de una recuperación de la sesión el día 20 de abril para que los resultados finales fueran homogéneos y se trabajase con ambos sujetos en igualdad de condiciones.

En cuanto a donde tuvieron lugar estas sesiones, las sesiones tuvieron lugar en las estancias libres de la residencia en ese momento, es decir, desde la residencia se facilitaba amablemente un espacio de trabajo donde poder llevar a cabo los cometidos de la investigación sin interferir con los quehaceres de otros usuarios de la residencia. En concreto los espacios que se utilizaron fueron la capilla, el despacho de trabajo social y el despacho de administración.

Por otro lado, el material del que se hizo uso para la realización de este tipo de intervención fue fundamentalmente una mesa, dos sillas y un aparato para grabar las conversaciones, en este caso, un ordenador portátil personal que permitiese transcribir luego la información requerida de una manera ágil. En cuanto a la dinámica de las grabaciones, una vez se empezaba a grabar se comenzaba con una entrevista semiestructurada que recorría toda la vida del usuario, fueron necesarias tres sesiones que se detallan a continuación (**tabla 5**):

Número de sesión	Recorrido de vida
Primera sesión	De la niñez a la boda.
Segunda sesión	Desde la boda a la jubilación pasando por el nacimiento de sus hijos, crianza, juventud, boda de sus hijos, su propio trabajo y ocio.
Tercera sesión	Tercera sesión: Desde la jubilación hasta el momento actual viendo su vida en perspectiva.

Tabla 5: Sesiones de la historia de vida. Fuente: Realización propia.

3.2.3: Intervenir mediante sesiones de reminiscencia:

Tras la realización de la primera fase de la intervención se procedió a transcribir cada una de las grabaciones con el objetivo de recabar la información, ordenarla y redactar las historias de vida de los dos usuarios. Con este objetivo realizado, se procede a la extracción de la información necesaria con el fin último de poder realizar y guiar las intervenciones de reminiscencia y saber que fotografías, y de que momentos del recorrido vital del usuario, serían de gran utilidad y, por lo tanto, sería necesario pedir a los familiares de los usuarios. Con las consideraciones oportunas realizadas y comunicadas a la residencia, se ponen en contacto con las familias de los usuarios para lograr estas imágenes, materializándose la petición el 4 de mayo de 2022 cuando se acude al centro tan solo para observar las fotografías que han sido facilitadas por dichas familias y con el objetivo claro de escoger cuales van a ser empleadas en el desarrollo de las intervenciones. Ante todo, es necesario recalcar que dichas imágenes quedan única y exclusivamente almacenadas en el ordenador personal donde se realiza la investigación y son completamente borradas tras la finalización de la intervención completa para respetar la privacidad de los usuarios y sus familias que tan amablemente facilitaron el material.

En cuanto a los lugares donde se llevaron a cabo las intervenciones de la terapia de reminiscencia, estos coinciden con los lugares en los que se llevó a cabo las historias de vida. Su dinámica fue la siguiente:

- Fueron siempre a solas para mantener la privacidad de los usuarios y que se sintiesen cómodos.
- La duración fue de entre 15 y 20 minutos para evitar la fatiga de los usuarios.
- Se apoyaron sobre las fotografías escogidas previamente.

Al tener información de las historias de vida como paso anterior a la intervención de reminiscencia, se puede facilitar la información cuando se considere necesario y guiar u orientar de una mejor manera las sesiones. Todo ello con el objetivo último de la creación de un espacio que les resulte agradable y propicio para la meditación, la reafirmación de su vida y que esto

se traduzca en última instancia en la generación de sentimientos positivos acerca de su persona.

En cuanto a las fechas de la intervención de reminiscencia solo hubo un pequeño problema y es que la intervención iba a comenzar la semana del 2 de mayo de 2022 pero debido a la aparición de un brote de SARS-CoV-2 o COVID-19 en el centro se tuvo que realizar un pequeño ajuste en las fechas. De esta manera se optó por comenzar el día 9 de mayo y se extendió durante los siguientes días: 9, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 25 y 27 de mayo de 2022. Las sesiones tenían un orden y un propósito final por lo que no fueron similares y en líneas generales, se estructuran de la siguiente manera:

- Las **cuatro primeras sesiones** consistieron en revisar por etapas su vida tal y como se ha descrito anteriormente en la fase 1, solo que esta vez se hace de una manera distinta ya que se tiene apoyo de documentos gráficos suyos (los aportados por los familiares) que apoyan la fluidez de la conversación y la evocación de nuevos recuerdos, ampliando enormemente la información obtenida y generando sentimientos en los usuarios.
- **Quinta sesión:** En esta sesión se ha hecho uso de las nuevas tecnologías para la realización de este tipo de terapias, en concreto se ha utilizado el visor geográfico de Google Maps que posibilita al usuario estar en cualquier parte del mundo a solo un clic. El objetivo que se perseguía utilizando esta herramienta era el de recorrer, por ejemplo, el pueblo de la usuaria femenina, "Matillas" y pasar por algunos de los lugares que marcaron su infancia y su juventud mediante el apoyo conjunto de las diferentes fotografías de la época. Con el usuario masculino, por ejemplo, se optó por la revisión de su viaje favorito, la expo de Sevilla de 1992, reviviendo el viaje realizado con información sobre el evento y reportajes del reciente 30 aniversario evocando así recuerdos diversos.

Con esta sesión se constata la importancia del aprovechamiento de los avances tecnológicos que produce la sociedad con el fin último de poder encontrar maneras de implementarlos en este tipo de terapias, ya que la manera de capturar recuerdos y acceder a información se hace ahora de una manera tan inmediata y visual que permite generar fuertes

estímulos en los pacientes sin obligarlos a tener que realizar grandes ejercicios mentales posibilitando la evocación de recuerdos inmediatos.

- **Sexta sesión:** En esta sesión se siguió una metodología similar y fundamentalmente, se repasaron las vacaciones y viajes más significativos de nuevo con el uso de imágenes.
- **Séptima sesión:** Esta sesión fue dedicada al ocio de sus vidas, en el caso masculino al baloncesto, para ello se mostraron fotografías del equipo del que formaba parte en la empresa y se mostraron videos antiguos del CAI Zaragoza del que el usuario masculino había sido socio durante muchos años; en el caso de la usuaria femenina, se realizó una charla sobre los bordados que realizó en sus colchas, un hecho de grandísimo orgullo para ella.

Es necesario recalcar que gran parte del trabajo que se realiza en estas sesiones de intervención viene determinado por las fotografías e información que a veces solo puede facilitar la familia por lo que nuevamente se agradece su colaboración y se pone de manifiesto la importancia que tienen en el desarrollo cognitivo del usuario.

- **Octava sesión:** En esta sesión se realizó un cambio de método y la sesión fundamentalmente fue realizada con el apoyo y el manejo de objetos y herramientas que representaban su ocio en el pasado, es decir, objetos que podían evocar en ellos recuerdos de hobbies o actividades que les hacían felices y los motivaban. En el caso del usuario masculino, este mostró y enseñó sus belenes y como los hizo de manera manual y la usuaria femenina, por otro lado, comenzó a enseñar a bordar con bastidor, aguja e hilos que se decidieron traer a la sesión puesto que conocían sus gustos personales.
- **Novena sesión:** Finalmente, en la última sesión se les da la historia de vida impresa, con imágenes y se realiza una lectura conjunta. Una vez terminada dicha lectura, tiene comienzo la reevaluación.

4. Resultados:

La reevaluación era el objetivo final al que era necesario llegar a través del proceso metodológico de la terapia de reminiscencia. Este es uno de los puntos más importantes del estudio realizado ya que de los resultados respondidos depende la comprobación de si este tipo de terapias tienen algún impacto real y tangible sobre el ánimo y la depresión en las personas con demencia vascular.

Pero antes de entrar en esos resultados, adicionalmente es necesario tener una serie de consideraciones en cuenta que se han ido comprobando a lo largo de la intervención y que son resultados en sí mismos, enriqueciendo el estudio realizado.

En primer lugar, es necesario destacar que la respuesta obtenida mientras se realizaba la lectura de la historia de vida fue de emoción y máximo agradecimiento por parte de los usuarios que se mostraron profundamente conmovidos reviviendo sus recuerdos y admirando sus vidas a través de las fotografías.

En segundo lugar, durante la terapia con el usuario masculino, se comenzó con preguntas y cuestiones más abiertas, y tras observar que a través de estas preguntas no recordaba gran parte de las cosas y se frustraba al enfrentarse a su deterioro, enseguida se optó por la realización de un cambio a un modo de conversación y evocación de recuerdos más simple y basado fundamentalmente en preguntas cerradas. Es importante recalcar, a la vez que resulta de especial interés comprobar como el paciente masculino presenta mejor memoria en lo que refiere a nombres propios de personas y vínculos sociales respecto a momentos de la vida, en los que se observan más dificultades. Es una persona que ha valorado enormemente las relaciones personales y sociales.

Por otro lado, la usuaria femenina ha presentado un discurso que, de no haber sido guiado mediante preguntas, habría acabado siempre en el mismo lugar: De joven en Matillas, en el bar de sus padres, en el salón y finalmente en su novio. Estos momentos han sido vitales para ella, los más felices, y es por ello que vuelve reiteradamente a ellos da igual lo que se le pregunte.

En definitiva, la circunstancia personal de cada paciente es distinta, ningún ser humano es igual a otro y las personalidades de cada persona difieren enormemente pese a que dos personas sufran demencia vascular, como es el caso de los usuarios del estudio. Esto se traduce en que este tipo de terapias tengan que ser “adaptadas al vuelo constantemente” independientemente del resultado de la evaluación a través de las escalas citadas con anterioridad. El terapeuta ocupacional debe ser ágil y versátil en el psicoanálisis de los pacientes para reorientar el tratamiento de una forma que resulte beneficiosa para el usuario, consiguiendo así evocar recuerdos y sensaciones en él.

Finalmente, es necesario destacar que otro de los resultados materiales de esta intervención son las propias historias de vida que pese a que se han utilizado como una herramienta para la realización de la intervención también han surgido como resultado del proceso metodológico que se ha empleado en el presente Trabajo Fin de Grado, pero para no saturar con información el documento de la investigación y con el fin de que resulte una lectura amena, fluida y didáctica se ha optado por situar ambas historias de vida en el anexo correspondiente.

4.1 Definición del proceso de Reevaluación del Caso.

Tal y como se ha descrito con anterioridad, al finalizar la última sesión se les entregó a los usuarios su historia de vida personal, pero también a la residencia y a los familiares para que lo conservasen el recuerdo y observaran uno de los frutos del trabajo realizado. En cuanto al diseño del estudio, se recalca de nuevo, que este se basaba en una evaluación pre- intervención, la citada al comienzo del apartado metodológico, y una evaluación post - intervención, que es la que se realizó en el día 9 de la terapia de reminiscencia. En este estudio no hubo evaluaciones de seguimiento ya que al plantearlo no se consideró oportuno su realización de cara a los resultados que se pretendían obtener.

En cuanto a cómo fue la dinámica del proceso de reevaluación, hay que destacar en primer lugar, que esta reevaluación se ha llevado a cabo en los momentos posteriores a la realización de la última sesión de la intervención de la terapia de reminiscencia. Las razones que han motivado esta decisión

vienen determinadas por el propio historial clínico de los pacientes en los que se indica que existe una afección de la memoria a corto plazo, uno de los muchos síntomas producidos por la demencia vascular. De esta manera, los resultados de esta investigación resultan de utilidad para comprobar y validar los resultados a corto plazo de este tipo de intervenciones y observar si en el tiempo que transcurre durante la intervención y al término de la misma, se logran bajar sustancialmente los niveles de ansiedad y depresión.

En primer lugar, antes de entrar en el análisis cuantitativo de los datos obtenidos tras la aplicación de nuevo de las dos escalas, lo primero que hay que destacar es que, tras una semana y media de intervención, los dos usuarios ya comenzaron a mostrar signos de reconocimiento del entrevistador de manera notable, y ya no era necesario realizar de nuevo una presentación ni indicar cuales eran los motivos de la visita o el propósito llevado a cabo en el rol de investigador. Pese a ello, los usuarios no tenían claro el contenido de las sesiones pasados unos días, pero sabían quién era el entrevistador y sabían que su cometido era "*hacer unas preguntas y charlar*", dicho textualmente por ellos mismos, lo cual les generaba un cierto grado de tranquilidad y comodidad.

Por lo tanto, en un primer momento, independientemente del resultado cuantitativo de las escalas, se produce un cambio en el paciente, que muestra reconocimiento y alegría frente al entrevistador y la actividad que va a realizar, llegando a identificarla como algo cotidiano y ameno, como una "charla". Por lo que, de manera independiente al resultado cuantitativo, ya se puede atisbar un cambio en el estado de ánimo.

Pero nuevamente, tal y como se describió en el apartado metodológico, es importante realizar las afirmaciones sobre los posibles efectos de estas terapias, de una manera cuantitativa, es decir, con un resultado que tenga una significación en un contexto determinado, en este caso en dos escalas diferenciadas. Por lo tanto, tras la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de moral de Filadelfia, fuentes directas de información.

A continuación, se van a mostrar los resultados desglosados para cada uno de los pacientes. Estos resultados se presentan una serie de sencillas

tablas que sintetizan toda la información que los pacientes han respondido de nuevo y que fundamentalmente son 30 preguntas en el test de Yesavage y 16 preguntas en la escala moral de Piladelphia. La totalidad de las preguntas podrá ser consultada en el anexo correspondiente y es necesario destacar la crudeza de algunas de las preguntas a las que los dos usuarios han tenido que hacer frente, pues los temas que se tratan son de suma delicadeza.

En el caso del paciente masculino, los resultados tras aplicar de nuevo las diferentes escalas fueron los siguientes (**tabla 6**):

	Philadelphia. Ánimo.	Yesavage. Depresión.
Evaluación inicial	10 (regular)	9 (riesgo de depresión)
Reevaluación	12 (Alto)	6 (normal)

Tabla 6: Resultados tras la reevaluación del paciente masculino. Fuente: Realización propia.

Tras la observación del caso del paciente masculino se puede comprobar como si se pone el foco de atención en la sesión previa frente a la posterior a la intervención se observa una mejoría notable en el ánimo y un descenso de la depresión. Pero para comprender de una manera más eficaz estos cambios es necesario atender a cuáles han sido las preguntas en las que se han producido respuestas muy diferentes respecto a ambos momentos. En este caso son las siguientes:

- ¿Tiene tanta energía como el año pasado?
- ¿Se siente solo?
- ¿Es tan feliz como cuando era joven?
- ¿Tiene muchas razones para estar triste?
- ¿Se encuentra a menudo aburrido?
- ¿Se siente inútil en el medio en el que está?

Si bien el análisis cuantitativo que se puede obtener de estas escalas es algo limitado al propio significado y rangos que definen dichas escalas, bajo los cambios en las respuestas a estas preguntas subyacen una serie de aspectos que merecen ser tenidos en cuenta. En primer lugar, el paciente se siente revitalizado y la compañía del entrevistador le ha hecho sentirse menos

solo y valorado ya que se siente útil pues está contribuyendo a ayudar a un joven investigador.

Pero no solo eso, sino que gracias a esta terapia es consciente de la vida que ha tenido de joven y eso le ayuda a recordarla, valorarla, añorarla y darse cuenta de que es un ser afortunado y querido. En definitiva, se produce un estímulo, una reflexión que lleva al paciente a estar más consciente de su situación real y a valorar ciertos aspectos de su vida que quizás no recordaba o simplemente no tenía en cuenta. Se produce un cambio en la perspectiva de la vida a través del recuerdo y de la fotografía que se traduce en una mejora de calidad del ánimo y en un descenso de la depresión inmediato.

Por otro lado, en el caso de la paciente femenina, los resultados tras aplicar de nuevo las diferentes escalas fueron los siguientes (**tabla 7**):

	Philadelphia. Ánimo.	Yesavage. Depresión.
Evaluación inicial	8 (regular-riesgo de bajo)	14 (Depresión)
Reevaluación	10 (regular)	11 (Depresión)

Tabla 7: Resultados tras la reevaluación de la paciente femenina. Fuente: Realización propia.

En cuanto a los resultados observados en la tabla 7, nuevamente la dinámica es similar al del paciente masculino, es decir, existe una clara mejoría. Pero pese a la mejoría y a que los resultados de ella son similares en cuanto a la variación de las puntuaciones en subidas y bajadas, los datos son un claro indicativo de que la usuaria se encuentra en peor estado de salud mental y ánimo puesto que, aunque ha mejorado, sigue dentro de los baremos de ánimo regular y depresión de las escalas. Esto pone de manifiesto la importancia que el estado previo del paciente juega en el resultado final, pero a pesar de todo se puede comprobar como la terapia ha funcionado ya que al final los niveles han mejorado.

Nuevamente del conjunto de preguntas mostradas en el anexo, existen algunas que son especialmente relevantes debido a que son en las que se ha producido un cambio respecto a la evaluación previa:

- ¿Piensa que la vida es maravillosa?
- ¿Tiene esperanza en el futuro?
- ¿Se siente lleno de energía?
- ¿Se ponen las cosas peor para usted con la edad?

En este caso nuevamente las respuestas ponen de manifiesto una mejora sobre la percepción de la vida, es decir, se valora más lo cotidiano y se ve con positividad el futuro lo que al final repercute en el estado de ánimo y en la mejora de la actitud frente a la vida que finalmente se traducen en un descenso de la depresión, la ansiedad y un aumento del ánimo.

5. Discusión:

Tras analizar los resultados y el impacto social que la intervención ha tenido en los usuarios, se ha llegado a la conclusión de que son igual de positivos que los observados en la bibliografía consultada y expuesta en los apartados introductorios. Al contrario que varios estudios leídos previamente, la intervención del presente Trabajo Fin de Grado era individual, y esto ha favorecido enormemente la relación terapéutica y, en consecuencia, las sesiones han consolidado una fuerte relación terapéutica.

Además, en este estudio no se ha limitado la metodología planteada únicamente a la conversación apoyada en fotografías, sino que se ha hecho uso de nuevas tecnologías y manipulación de objetos, hecho que se resalta en otras investigaciones como el estudio de Thomas J. (10) como una metodología de trabajo que podría ser interesante implementar y por ello, a través de este Trabajo Fin de Grado queda comprobada su utilidad.

Pese a todo, la consideración que hay que tener en cuenta es que todos los estudios examinados, incluyendo el del Trabajo Fin de Grado, resultan en un impacto positivo en la vida de los usuarios intervenidos. Sin embargo, como afirma Sied Elias S. es de gran importancia que la comunidad científica de esta materia se ponga de acuerdo para estandarizar una línea de intervención mediante el uso de Terapia de Reminiscencia. (11)

6. Conclusiones:

En este Trabajo Fin de Grado se ha podido observar como una intervención individualizada basada en la reminiscencia de una historia personal tiene efectos positivos sobre las personas objeto de estudio, reduciendo en ambas sus niveles de depresión y ansiedad. Esto teniendo en cuenta que este tipo de usuarios están internados y se encuentran bajo intervenciones multiprograma. Por lo tanto, aún pudiendo afirmar que se ha cumplido el objetivo principal del proyecto y que la hipótesis de partida sobre la que se fundamenta el presente estudio queda confirmada, hay que dejar claro lo anteriormente dicho.

Además, se ha podido comprobar como sus situaciones sociales como la posguerra, su situación geográfica, su situación económica, su género y sus ocupaciones han determinado y moldeado su carácter, su forma de ser, su manera de relacionarse, sus expectativas y sus elecciones a lo largo de su vida. Estos aspectos no pueden ser ignorados a la hora de tratar con un usuario, ya que cada ser humano es único y tiene sus particularidades, por lo que desde Terapia Ocupacional es necesario contemplar este aspecto como la base/esencia del rol o profesión del terapeuta y de las intervenciones que lleva a cabo.

Teniendo en cuenta las consideraciones planteadas con anterioridad, se está asistiendo a la cimentación de una relación terapéutica saludable y adecuada a la intervención, hecho que se ha podido observar dado que, pese a su afectación en la memoria a corto plazo, a la semana y media de intervención se acordaban del investigador y entrevistador con alegría y ganas de “charlar” proactivamente.

Otro gran punto a tener en cuenta es que, si bien es cierto que en centros de día y residencias geriátricas los planes de actividades incluyen a menudo sesiones de reminiscencia, estas se realizan de manera grupal, tocando temas comunes del pasado de todos los usuarios favoreciendo el contacto social, la comunicación y el lenguaje. Al hacerlas en grupos debería dividirse a los usuarios por nivel cognitivo, aunque hay veces que por temas de horario y calendario esta situación no siempre llevarse a cabo.

Pero incluso dejando de lado esta cuestión de crear diferentes grupos en base a capacidades, el propio trabajo en grupo presenta una serie de limitaciones que es necesario tener en cuenta tales como usuarios que hablan por encima de los demás, que presentan verborrea o que simplemente estando en grupo deciden no participar. En este estudio se ha observado que en sesiones individuales se logra cumplir con los objetivos propuestos, por lo que una posible línea de intervención podría ser no eliminar los grupos, pero si valorar si se podrían realizar las intervenciones en grupos de 2 o 3 usuarios.

Con estas consideraciones, se les ha dado a las familias, junto con la historia de vida de sus familiares, una serie de consejos y pautas que convendría que siguieran en caso de querer recrear estas sesiones con ellos ya que una parte del trabajo puede ser realizado por la familia de una forma natural.

Finalmente, independientemente del resultado de cada uno de los pacientes y habiendo comprobado los resultados tras el proceso metodológico, una de las líneas de actuación lógicas podría ser la comprobación de cuáles son los efectos a largo plazo de la aplicación de este tipo de terapias de reminiscencia e incluso la realización de evaluaciones periódicas con el objetivo de comprobar si el uso reiterado de este tipo de tratamientos se traduce en una mejora progresivamente la calidad de vida de las personas que padecen este tipo de enfermedades.

7. Bibliografía

- 1 *Demencia*. (n.d.). Retrieved March 13, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- 2 Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235–249.
- 3 de Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., Rodríguez-Laso, A., Reñé, R., Pérez De Las Heras, S., Mateos, R., Martínez-Martín, P., Manubens, J. M., Mahillo-Fernandez, I., López-Pousa, S., Lobo, A., Reglà, J. L., Gascón, J., García, F. J., Fernández-Martínez, M., ... Luis Del Barrio, J. (2009). *Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008*. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-9-55>
- 4 María González I., Vicente Fuentes F., Martínez-Lage P., Rodrigo Ramos J., & Lleó Bisa A.. (2019). *Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019*. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- 5 70.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A70/28 Punto 15.2 del orden del día provisional 3 de abril de 2017. (n.d.). Retrieved May 30, 2022, from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/ministerial_conference_2015
- 6 Larramendi, N. E., & Canga-Armayor, A. (2011). Rincón científico COMUNICACIONES 1. *GEROKOMOS*, 22(2), 56–61. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n2/comunicacion1.pdf>
- 7 *Tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticadas determinadas enfermedades crónicas según la enfermedad por CCAA y sexo*. (n.d.). Retrieved March 7, 2022, from <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/l0/&file=04028.px#!tabs-grafico>
- 8 Vega Alonso, T., Miralles Espí, M., Mangas Reina, J. M., Castrillejo Pérez, D., Rivas Pérez, A. I., Gil Costa, M., López Maside, A., Arrieta

- Antón, E., Lozano Alonso, J. E., & Fragua Gil, M. (2018). Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de Caso study in health sentinel networks. *Neurologia*, 33(8), 491–498. <https://doi.org/10.1016/J.NRL.2016.10.002>
- 9 Simó Algado S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [25-40]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>.
- 10 Thomas, J. M., & Sezgin, D. (2021). Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 42(6), 1497–1506. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2021.10.014>
- 11 Syed Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372–380. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2015.05.004>
- 12 (Engelbrecht, R., Bhar, S., & Ciorciari, J. (2021). Planting the SEED: A model to describe the functions of music in reminiscence therapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101441. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2021.101441>
- 13 Zhou, L., & Sun, H. (2021). The effect of reminiscence therapy-involved care on anxiety, depression, life quality and survival in colorectal cancer patients. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 45(3), 101546. <https://doi.org/10.1016/J.CLINRE.2020.09.007>
- 14 van Vreeswijk, M. F., & de Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 731–743. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00194-3)
- 15 Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Montañés, J. (2005). Life review therapy based on retrieval of specific autobiographical memories in elderly individuals with depression. In *Revista Espanola de Geriatria y*

- Gerontologia* (Vol. 40, Issue 4, pp. 220–227). Ediciones Doyma, S.L.
[https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(05\)74858-7](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(05)74858-7)
- 16 López Mongil, R., López Trigo, J. A., Castrodeza Sanz, F. J., Tamames Gómez, S., León Colombo, T., Muñoz Rivero, T., López Trigo, J. A., San Juan Cuartero, R. M., Fernández Marcos, A., López Oblare, B., Acosta Morales, C. D., Peña Sarabia, N., Barroso Pascual, L., Valerio, J. M., Pérez Rodrigo, A., García, M. R., Vázquez Piñeiro, A., Mañas Martínez, C., Herrador Martínez, P., ... García Gollarte, F. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: Estudio RESYDEM. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 44(1), 5–11.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.06.001>
- 17 MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. (2002). *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación*. 12(10), 620–630.
https://www.researchgate.net/profile/Rogelio-Luque/publication/240845786_Version_espanola_del_cuestionario_de_Yesavage_abreviado_GDS_para_el_despistaje_de_depresion_en_mayores_de_65_anos_Adaptacion_y_validacion/links/0f3175394bf462c145000000/Version-espanola-del-cuestionario-de-Yesavage-abreviado-GDS-para-el-despistaje-de-depresion-en-mayores-de-65-anos-Adaptacion-y-validacion.pdf
- 18 M., Miralles, R., Garcia-Caselles, M. P., Arellano, M., Aguilera, A., Pi-Figueras, M., & Cervera, A. M. (2004). OBSERVATIONAL SCALE AND GERIATRIC DEPRESSION SCALE OF YESAVAGE TO IDENTIFY DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER PATIENTS. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(SUPPL.), 437–442.
<https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2004.04.056>
- 19 Kielhofner, G. (2011). *Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación* (4th ed.). Médica Panamericana.
- 20 T., Tapia, B., Burgos, F., Beltrán, H., Castro, L., Figueroa, N., Alegría, O., Gajardo, R., Paz, M., Barría, R., Neira, V., & Muñoz, V. (n.d.). Marco de Trabajo para la Practica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso Cuarta Edición-2020 American Occupational Therapy Asociation (AOTA). Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

21 Martínez Rodríguez, T. (2012). *Entrenar la Memoria e Intervenir en Reminiscencia. Dos guías desde dos miradas*. (Médica Panamericana, Ed.). Medica Panamericana.

8. Anexos:

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por ___ (nombre estudiante) ___, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

La meta de este Trabajo de Fin de Grado es

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además, el investigador/estudiante podrá participa como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación es este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas al cuestionario y a las entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono (teléfono del estudiante) _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
Fecha

Firma del Participante

(en letras de imprenta)

Historia de vida de María.

María nació el 15 de abril de 1937 en Jadraque y vivió en Matillas, un pueblo a 8 km. Sus padres tenían un bar y una carnicería y en el mismo edificio, en la parte superior, vivían los tres.

Trabajaban muy duro y ella los ayudaba en lo que podía. Se portaban muy bien con ella. Era hija única, hecho que le generaba una envidia sana cuando sus amigas se iban con sus hermanos. De niña salía a dar paseos con sus amigos todos juntos y al salón del pueblo en el que se celebraban bailes. Al no tener la edad para poder entrar, se quedaban fuera donde escuchaban igualmente la música y ahí bailaban. Cuando jugaba sola lo hacía con la pelota, la cuerda para saltar, las muñecas y además le encantaba bordar. Las muñecas le gustaban mucho y siempre las pedía a los reyes magos.

La escuela a la que acudió en Matillas estaba dividida entre chicos y chicas, había un profesor que impartía todas las materias y alguna vez bajaba algún otro de otro pueblo a enseñar bordado entre otras cosas. María no fue muy buena estudiante y tuvo un profesor particular que trabajaba en las oficinas de la fábrica del pueblo. Estuvo en la escuela hasta los 14 años.

Su día preferido en la escuela era el día de Jueves Lardero en el que cada uno traía su merienda e iban todos chicos y chicas al campo y lo pasaban estupendamente. En esa época se unió mucho con sus amigas y cuando va al pueblo todavía queda con ellas a dar paseos, charlar y recordar los buenos momentos.

Cuando acabó la escuela ayudaba en el negocio de sus padres. Tenía como norma de sus padres estar a las 10 en casa. Iban al baile del salón ya que ya tenían edad y en ocasiones de fiesta especial sus padres les dejaban volver después de cenar al baile.

Comenzó a salir con su futuro marido Paco con 17 años, era dos o tres años mayor y del grupo de amigos, su padre era ingeniero y el jefe de la fábrica. Iban juntos a los bailes, aunque a él se le daba muy mal bailar y se cambiaban las parejas de baile. Iba con él todas las tardes de paseo y a la estación de

ferrocarril, que era costumbre juntarse todos allí y a las 10 le acompañaba de nuevo a casa.

Estuvieron 4 años de novios y sucedió que quedó una casa de la fábrica libre y decidieron casarse e ir a vivir allí. La gente del pueblo siempre la casaba con todos los carniceros de la zona, pero su madre siempre decía que se casará con quien fuera feliz y así lo hizo.

Se casaron en la catedral de Sigüenza. Ella iba con un traje blanco, largo, con velo y corona y él iba de traje oscuro. De viajes de novios se fueron al País Vasco ya que la madre de él era de allí. También fueron a Sevilla, destino que gustó mucho a María.

Al poco de casarse tuvo dos hijas: Clara y Laura. El primer parto fue doloroso pero el segundo fue mucho mejor. Ella era la que cuidaba de las niñas en casa, a veces se la dejaba a su madre para que se las llevara un rato, pero era principalmente ella ya que su marido trabajaba en la oficina. Los abuelos de las niñas eran muy buenos por ambos lados materno y paterno.

A las niñas les gustaban mucho las muñecas que tenían pelo para jugar a peinarlas, Mercedes les regalaba muñecas y también jugaban con las que ella tenía cuando era niña. Si se portaban mal, esta las castigaba sin jugar esa tarde o sin ir a los columpios.

Cuando crecían las dejaban ir al baile y al cine, pero muchas veces su marido salía a dar a una vuelta a vigilar que estuvieran haciendo y las 10 a casa. Cuando tuvieron edad se fueron a vivir a Zaragoza para estudiar allí. Tenían familia en zaragoza por parte de Agustín. Aun así, decidieron internarlas e ir a por ellas los fines de semana y devolverlas el domingo. Ambas hijas se casaron en Sigüenza. A María le gustó mucho como todo el mundo se divertía y se conocía en las bodas de ambas.

María nunca dejó de hacer ganchillo y bordados en su vida adulta (hizo todas sus colchas y mantelerías ella misma) y le gustaba ir a Madrid y Guadalajara con las amigas de vez en cuando, entre otros de sus viajes se encuentran Sevilla y San Sebastián.

Cuando María perdió a su marido y vivía en Zaragoza sus hijas iban a visitarla a menudo o la invitaban a las suyas y la llamaban siempre muy atentas. Ahora que está en la residencia la visitan frecuentemente.

Las tres satisfacciones más grandes de su vida han sido los padres tan extraordinarios que ha tenido, su marido y su alegría más grande sus hijas.

El período más feliz fue cuando conoció a su marido, estaba feliz haciendo cualquier plan con él.

Actualmente lo que más valora y más considera importante es tener salud para no molestar a sus hijas y que sus hijas y nietos tengan salud y trabajo.

Historia de vida de Juan.

Juan nació el 7 de septiembre en zaragoza en 1941. Su padre murió cuando él tenía 3 años por lo que se crió con su madre Marta y su Tío Antonio, que fue como un padre para él ya que vivió siempre con ellos, se portaba muy bien con él y lo llevaba a donde necesitara. Había buen ambiente en casa, su madre era muy buena y le influyó mucho para ir a la parroquia. Tenía un hermano llamado Sergio, que era mayor que él por 4 años y que ejerció como sacerdote en Daroca y Argentina. Cuando su hermano volvió del extranjero, este dejó su trabajo. José Luis nunca tuvo mucha relación con él.

Juan fue monaguillo en San Valero hasta los 10 años, y siempre ha estado involucrado con la parroquia. Cuando no tenían que salir a misa el sacerdote les enseñaba a jugar al ajedrez, a las damas y al dominó. Fue a la escuela Rosenjo en la calle San Antonio del barrio de las Delicias y allí estuvo hasta los 14 años, esta era una escuela dividida entre chicos y chicas y en el recreo jugaban con pelotas de trapo que hacían ellos. En ocasiones tenían pelotas de goma que les regalaban por reyes e incluso, el profesor del colegio jugaba con ellos alguna vez. Salía más con sus amigos de la parroquia que con los de la escuela e iban a pasear, al cine o a merendar. Lo que más le gustaba eran las excursiones que realizaba con la parroquia a cogullada, al parque grande, al cine...

A los 14 años, un señor de la parroquia que tenía una tienda fue un domingo a su casa y le pregunto qué pensaba hacer al acabar el colegio, ya que necesitaban un aprendiz en la empresa. Juan hizo la prueba y lo cogieron. La empresa se llamaba Izuzquiza. Repartía paquetes, cartas, manejaba el archivo desde la oficina y tenía un pequeño despacho. Estuvo hasta los 38 años trabajando en aquella empresa y llegó a ser apoderado. Su jornada era de 8 a 1 y de 5 a 7.

Comenzó a jugar baloncesto en el equipo de la empresa durante varios años, jugando como alero llegando a ganar el campeonato de empresas de Zaragoza y fueron a jugar contra el Aismalíbar Montcada, entonces equipo de primera división y 4 veces subcampeón de la copa de España. Perdieron 117-

12 y Juan anotó 9 puntos. Es un gran recuerdo de Juan. Más tarde se haría anotador durante una temporada.

Juan conoció a su pareja en la parroquia, se veían a menudo en reuniones y actos de la misma. Estuvieron 5 años de novios y se casaron el 15 de septiembre de 1967 en San Valero, ella con vestido blanco con velo y él con un traje negro.

Tuvieron dos hijas: Sara y Mónica. Una gran alegría. Su mujer cuidaba de las niñas mientras él trabajaba. Las educaron entre los dos y las llevaron a escolapios. Fue una época muy buena en su vida. Cuando se hicieron mayores las niñas salían al cine y a pasear con sus amigos y su madre se encargaba de ponerles una hora para llegar a casa.

Juan y su familia han pasado por muchas casas. De la casa en la que se crio en la calle Graus en Delicias tuvieron que irse porque el dueño la vendió para edificar. Compraron un piso en la calle Capitán Piña y fueron a vivir allí al casarse junto con su madre y su tío, allí estuvieron unos años y luego se fueron a un piso de la empresa donde estuvo 15 años. Entonces llegó el hijo del dueño de la empresa y al cabo de un año la cerró, lo veían venir así que para entonces ya habían comprado otro piso y tuvieron que marchar allí junto con sus suegros.

Después de cerrar la empresa, por medio de amistades encontró trabajo durante un tiempo en el restaurante Gallare en la carretera del aeropuerto, limpiando hasta mediodía mientras por las tardes estuvo durante un mes en unas oficinas de Malpica. Tras esos trabajos comenzó a vender productos de limpieza con el marido de una prima suya, y a la vez que lo hacía, le surgió otro trabajo de también de vendedor que aceptó. Finalmente, por medio de un amigo consiguió un trabajo de portero en paseo de la constitución y estuvo allí hasta que se jubiló con 64 años al fallecer su mujer. Jubilarse le sentó genial, reorganizó su tiempo y se centró en sus hobbies y sus roles más significativos como el de la parroquia y pasar mucho tiempo con sus amigos.

Conserva muy buena relación con su cuñado que le llama casi todos los días. También pasó mucho tiempo con su amigo Jesús, que es el padrino de su hija pequeña. Juntos hacían muchos viajes en verano junto a su pareja. Iban muchas veces al Valle de Pineta con tienda de campaña, a la playa de

Tarragona, a la Costa Brava y Tenerife. El mejor viaje para él fue el que realizaron a la expo de Sevilla de 1992 cuando hacían 25 años de casados. Fueron a casa de un primo hermano de su mujer e iban del puerto a la expo y cada día veían varios pabellones. Estuvieron entre 8 y 10 días.

Las grandes aficiones de Juan han sido el baloncesto, que practicó cuando era joven y más tarde fue socio del CAI Zaragoza durante mucho tiempo. También le gusta el fútbol y fue socio durante unos años del club. En la parroquia ha pasado muchas horas durante toda su vida y lo ha pasado genial en todas las actividades que organizaban entre ellos, por ejemplo, preparar cartas para felicitar el cumpleaños a todos los miembros de la parroquia. Destaca su pasión por realizar Belenes en miniatura que comenzó al jubilarse y actualmente tiene hechos más de 100. Los realiza con pequeñas figuras que compra en Calle Alfonso en botijos, botellas, frascos de colonia e incluso en un huevo. También le ha gustado conducir y ha tenido un 600 de segunda mano, un Seat 133, un Renault R12 de segunda mano y por último un Hyundai.

Las satisfacciones más grandes de su vida han sido cuando nacieron sus hijas Ana y Belén, y por supuesto, el casarse con su mujer. Considera que el periodo más feliz fueron los primeros años de casado con su mujer y el viaje de la expo de Sevilla de 25 años de casados.

Actualmente valora la tranquilidad que tiene y la falta de preocupaciones. Hoy en día lo más importante para él es el estar bien con la familia, los nietos y que ellos estén bien.

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

ESCALA MORAL PILADELPHIA Lawton, 1972

(Adaptación de I. Montoso. UAM. Dpto. Psicología biológica y de la salud)

Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que "uno tiene un sitio en esta vida" y la aceptación de lo que no se puede cambiar.

	ITEMS	PUNTOS	
		1	0
1	¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?	NO	SI
2	¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	SI	NO
3	¿Se siente usted solo?	NO	SI
4	¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	NO	SI
5	¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	NO	SI
6	¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	NO	SI
7	¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR, PEOR, IGUAL que lo que usted pensó que serían?	MEJOR/ IGUAL	PEOR
8	¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	NO	SI
9	¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	SI	NO
10	¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	NO	SI
11	¿Tiene miedo de muchas cosas?	NO	SI
12	¿Se siente más irascible que antes?	NO	SI
13	¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	NO	SI
14	¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?: SATISFECHO o NO SATISFECHO	SATISFECHO	NO SATISFECHO
15	¿Se toma las cosas a pecho?	NO	SI
16	¿Se altera o disgusta fácilmente?	NO	SI

Se suma la puntuación para valorar el nivel de satisfacción de vida:

PUNTOS	NIVEL SATISFACCIÓN
Menos o igual a 3	Alto
6-11	Regular
Menor o igual a 5	Bajo

SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Puntuación en la escala de Filadelfia: _____

Nivel de satisfacción: _____