

TRABAJO FIN DE GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE
TERAPIA DE REMINISCENCIA**

CURSO 2011/2012

AUTORA: NURIA MOSQUERA PERALES

TUTOR: FRANCISCO LEÓN PUY

**PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE
TERAPIA DE REMINISCENCIA**

AUTORA: NURIA MOSQUERA

RESUMEN

Se sabe que los trastornos depresivos y ansiosos constituyen los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en el mayor y que pueden ocasionar consecuencias muy graves para las personas que pertenecen a este grupo de edad. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los mayores que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias. Frente a esta situación es necesario buscar abordajes alternativos que mejoren el estado emocional de los usuarios de residencias. Diferentes intervenciones han sido utilizadas, por ejemplo, el tratamiento grupal con reminiscencia es un tipo de intervención frente a la depresión en mayores institucionalizados que ha demostrado su eficacia en otros países. La reminiscencia es un tratamiento potencialmente efectivo para la reducción de la sintomatología depresiva en ancianos, en el mismo nivel que la psicoterapia o la farmacoterapia tradicional. También por su bajo coste y porque permite la psicoestimulación de las funciones de lenguaje y memoria principalmente, estableciendo conexiones entre pasado, presente y futuro personal; promoviendo la sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales; confirmando un sentido de identidad y reforzando sentimientos de autoestima, valía personal, coherencia y continuidad.

OBJETIVOS: -Medir prevalencia de síntomas depresivos en 7 centros geriátricos. -Evaluar si un programa de terapia de reminiscencia es efectivo para disminuir la prevalencia de síntomas depresivos en mayores usuarios de centros geriátricos

INTRODUCCIÓN

Se sabe que los trastornos depresivos y ansiosos constituyen los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en el mayor y que pueden ocasionar consecuencias muy graves para las personas que pertenecen a este grupo de edad¹. Además, es también conocido que en la población general, sólo una de cada tres personas con depresión es diagnosticada y recibe un tratamiento adecuado¹. Esta proporción es aún menor cuando se trata de mayores. Por otro lado, las consecuencias de la depresión no tratada, son más graves entre las personas mayores, ocasionando más comorbilidad, tasas más altas de mortalidad y de deterioro funcional con aumento de la dependencia, y el riesgo de suicidio también es mayor². En el mayor, la depresión suele manifestarse de forma clínicamente menos florida que en los más jóvenes, y además muchas veces, con sintomatología diferente, influyendo en ello no sólo los cambios psicológicos inherentes al envejecimiento, sino también los múltiples cambios que se ocasionan en los diferentes órganos y sistemas, y también las enfermedades crónicas que suelen multiplicarse en los mayores. Además, cuando a todo lo anterior, se asocia el deterioro cognitivo o la demencia, dificulta aún más el reconocimiento de los signos y síntomas de la depresión.

Es precisamente en las residencias de mayores, donde encontramos mayor porcentaje de pacientes muy mayores que reúnen criterios de mayor frágil o de paciente geriátrico y dónde además la prevalencia de demencia es más alta. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los mayores que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias³. Para ello son especialmente útiles las pruebas estandarizadas de detección de semiología depresiva diseñadas específicamente para pacientes mayores. Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el cuestionario *Geriatric Depression Scale* de Yesavage (GDS)⁴. Un reciente estudio⁵ confirma que la depresión en los mayores que viven en residencias, es un fenómeno habitual que a menudo pasa inadvertido, o es diagnosticado sin que se prescriban los fármacos necesarios para su tratamiento.

El diagnóstico de la depresión en las personas mayores, es un tema complicado que lleva a muchos errores. Es frecuente que los síntomas de la depresión sean tomados como algo normal en el mayor y no se les preste la atención suficiente. Las personas al envejecer tienden a no expresar sus sentimientos, por lo que podemos encontrar síntomas somáticos como pérdida de apetito, cefalea..., a menudo tan variados que nunca son achacados a una depresión.

Diferentes estudios han llegado también a la conclusión de que los mayores que viven en residencias, tienen con más frecuencia depresión que aquellos que están en sus casas^{6,7,8,9}. Parece que en este tipo de pacientes, los médicos tienden a restringir al máximo los fármacos, y a menudo no consideran la depresión como un proceso a tratar farmacológicamente por miedo a interacciones entre medicamentos, reacciones adversas^{10,5} y porque la eficacia incluso de los nuevos antidepresivos es muy modesta ¹¹.

Frente a esta situación es necesario buscar abordajes alternativos que mejoren el estado emocional de los usuarios de residencias. Recientemente, se ha puesto de manifiesto que es necesario que el personal que trabaja en residencias sepa utilizar intervenciones psicosociales y conductuales para realizar intervenciones efectivas frente a la depresión¹².

No existe un tratamiento psicoterapéutico que haya demostrado una eficacia clara y manifiesta, incluso los usuarios de las residencias prefieren programas puestos en marcha en la propia residencia a los tratamientos psicoterapéuticos¹³.

Diferentes intervenciones han sido utilizadas. Así por ejemplo, el **tratamiento grupal con reminiscencia** es un tipo de intervención frente a la depresión en mayores institucionalizados que ha demostrado su eficacia en determinados países¹⁴, del mismo modo trabajar la autoestima ha puesto de manifiesto que es una terapia fácil de utilizar y útil en este mismo colectivo¹⁵.

A la vista de todo lo comentado anteriormente, se puede comprender que existe todavía un vacío considerable en el abordaje de la depresión en residencias y que el estudio de la prevalencia de depresión en mayores institucionalizados, junto con el estudio de los factores de riesgo asociados es un buen punto de partida para desarrollar, llevar a la práctica y evaluar programas de intervención en los centros geriátricos.

Justificación

Se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia de depresión y se ha analizado si hay algún factor o característica que influya en la incidencia de depresión en 7 centros geriátricos de Zaragoza, ya que se considera que es un factor poco estudiado e investigado, para la buena adaptación en los centros, y considerar actuaciones con el usuario, como programas desde la terapia ocupacional, encaminados a disminuir las puntuaciones en la escala Yessavage.

Porqué la reminiscencia

La reminiscencia, se basa en la memoria autobiográfica y resulta ser un recurso útil de psicoestimulación y prevención de sintomatología depresiva en el envejecimiento. En un estudio reciente, se ha evidenciado que la reminiscencia es un tratamiento potencialmente efectivo para la reducción de la sintomatología depresiva en ancianos, en el mismo nivel que la psicoterapia o la farmacoterapia tradicional¹⁶. También por su bajo coste y porque permite la psicoestimulación de las funciones de lenguaje y memoria principalmente, estableciendo conexiones entre pasado, presente y futuro personal; promoviendo la sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales; confirmando un sentido de identidad y reforzando sentimientos de autoestima, valía personal, coherencia y continuidad.

El valor terapéutico de la Terapia de Reminiscencia ha sido respaldado en muchas y variadas investigaciones, cuyo objetivo medía su usabilidad y eficacia en el uso del recuerdo sobre la calidad de vida del adulto mayor¹⁷.

En ámbitos asistenciales e institucionales, la práctica de esta técnica arroja interesantes resultados que la sitúan como un ejercicio útil, fácil en el montaje, planificación y curso, altamente generosa en la obtención de resultados satisfactorios en un adecuado ajuste psicológico, social e incluso beneficioso en el estado anímico y funcionamiento cognoscitivo¹⁸. Queda definido este proceso como la evocación de recuerdos, acontecimientos, hechos, vivencias, sucesos de la vida como un elemento de reflexión, de componente emocional y motivador, unido a un trabajo cognitivo que agrupa bajo unos elementos o materiales pasados, una vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

El nacimiento de la técnica viene de manos de Butler¹⁹, con trabajos denominados "revisión de vida", desde su punto de vista, se trata de un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se recuperan de la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver.

Los estímulos habitualmente utilizados para facilitar el recuerdo son:

- Visuales: fotografías, libros, revistas, álbumes.
- Auditivos: música, grabaciones radiofónicas, canciones.
- Táctiles: manipulación de objetos y texturas.
- Gustativos: saborear antiguos platos,...
- Olfativos: desde flores, aromas, perfumes,...

La revelación de experiencias proporciona al sujeto un enlace social con los demás participantes en la sesión, el que recuerda, somete sus experiencias a un escrutinio, a una valoración que posibilita un juicio en el individuo, aquellos logros, destapa puntos en común, expone hechos significativos y una mejora anímica en virtud de la felicidad que supone la rememoración de experiencias simbólicas.

La temática abordada en estas intervenciones ayudada de material del recuerdo, puede ser sostenida por una serie de temas que dan cabida a la presentación de recuerdos. Algunos de los temas asociados son: eventos importantes en la vida de la persona, graduación, la boda, trabajo, festividades, episodios infantiles, familias, lugares geográficos, juventud, nacimiento de hijos, amistades, tendencias, viajes, décadas etc.

-Objetivos terapéuticos básicos-

1) permite la psicoestimulación de las funciones de lenguaje y memoria principalmente, estableciendo conexiones entre pasado, presente y futuro personal; 2) promueve la sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales; 3) confirma un sentido de identidad y refuerza sentimientos de autoestima, valía personal, coherencia y continuidad; 4) transforma la naturaleza de las relaciones de poder tradicionales terapeuta-paciente promoviendo la validación del conocimiento personal del adulto mayor y favoreciendo la comunicación y la comprensión empática y, según se ha observado en los últimos años, 5) la mayoría de las personas disfrutan y obtienen beneficios de la reminiscencia^{20,21}.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar si un programa de terapia de reminiscencia es efectivo para disminuir la prevalencia de síntomas depresivos en mayores usuarios de centros geriátricos.

MATERIAL Y MÉTODO

- **Estudio de prevalencia de depresión**

- *Población de estudio-*

Se realizó un estudio descriptivo observacional cuya población objeto fueron 620 usuarios de 7 centros sociosanitarios, representativos de los distintos distritos de Zaragoza. Estos centros fueron elegidos por su disposición para poner en marcha un programa para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los mismos. *Los criterios de inclusión fueron:* mayores de 65 años, tuvieran o no un diagnóstico previo de depresión y con un MEC>15. *Los criterios de exclusión fueron:* usuarios con alteración psiquiátrica grave no depresiva o con déficit motor y/o sensorial severo que impidiese la evaluación prevista, usuarios que no han dado su consentimiento para participar en el estudio y usuarios que no se encontraban en el centro, los días de entrevistas.

Todos los pacientes que cumplían estos criterios fueron informados a nivel verbal y por escrito sobre el mismo y se obtuvo el consentimiento informado previo al inicio del estudio.

El estudio fue aprobado por los comités éticos de los centros. La información fue recogida por una única entrevistadora entrenada al respecto.

Una vez aplicados estos criterios 311 usuarios fueron objeto del estudio. La edad media fue de 83,18, con un rango entre 65 a 101 años, el 74,9% son mujeres y el 25,1% hombres.

- *Material-*

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

--Para la valoración de depresión: la escala geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage- es la más utilizada como screening de depresión en población anciana.

--Para la valoración del estado cognitivo: el Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC).

--Para la valoración de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales- escala de Barthel de actividades de la vida diaria, y el Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody).

Se tuvieron en cuenta los siguientes factores identificados en la bibliografía como factores de riesgo o consecuencias de la depresión en mayores: el deterioro cognitivo²², enfermedades crónicas²³, aumento de la discapacidad²⁴, acontecimientos vitales^{25,26}, la falta de apoyo social²⁷, y tiempo en la institución²⁸

Se elaboró una ficha donde se recogió información de las historias clínicas en relación con las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de permanencia en el centro, presencia de familia, conflictos en el centro, pérdidas recientes, patologías invalidantes, y antecedentes personales de depresión.

- Conclusiones-

Los síntomas depresivos son muy frecuentes en centros geriátricos, según los resultados de mi estudio, la prevalencia de sintomatología depresiva (GDS>10) alcanza un 43,7%, cifras ligeramente superiores a las que da Falck²⁹ en un estudio piloto donde se reconoció el 39% de residentes con síntomas depresivos, y similares a las que dan Carrie³⁰ y Jongelines²⁷ también en residencias. Estudios similares realizados en centros de Taiwán⁶ y en Australia⁷ indican que existe en Australia hasta un 75% y un porcentaje todavía más elevado, el 81,8% en Taiwán.

Con respecto a los factores asociados, en mi estudio se observa asociación significativa, en un análisis global de hombres y mujeres, entre la presencia de sintomatología depresiva (GDS>10) con los factores sexo, mayor en mujeres que en hombres, presencia de episodio depresivo previo, deterioro cognitivo y dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estos datos están en concordancia con los estudios en los que el sexo femenino³¹, el deterioro cognitivo²², y el aumento de la discapacidad ²⁴, son factores de riesgo de la depresión.

Por el contrario, no he encontrado asociación entre depresión y un mayor número de enfermedades crónicas³¹, circunstancia que ha sido puesta de manifiesto en otros estudios²⁴. Existen estudios que han demostrado asociación entre sintomatología depresiva y acontecimientos vitales^{25,26}, pero esto no se ha podido demostrar en mi estudio.

Tampoco se ha puesto de manifiesto la asociación entre la falta de apoyo social, como el no tener familia cercana (esposo e hijos) y tener conflictos en el centro, con la sintomatología depresiva; la falta de apoyo social si es factor de riesgo en residencias en el estudio Aged (Holanda) ²⁷. Por último, si se ha podido identificar en mi estudio, asociación entre depresión y tiempo en la institución²⁸.

Un dato de gran interés en mi estudio, es la diferencia en la distribución de los factores de riesgo de sintomatología depresiva entre sexos. En las mujeres es un factor de riesgo el no tener familia, lo que en nuestro medio se aproxima mucho a no tener apoyo social, y como factores protectores menor dependencia tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales. Por el contrario, en los hombres el único factor de riesgo es la presencia de deterioro cognitivo.

- **Diseño del programa de reminiscencia**

-Descripción-

Tras conocer la prevalencia de depresión y los factores asociados a la misma, se propone un programa de intervención desde terapia ocupacional, basado en la terapia de reminiscencia. Este programa se diseña en base a una revisión sistemática de programas que han demostrado mayor eficacia y que respondan al perfil de usuario de los centros motivo de estudio.

No existe ningún programa específico que en la actualidad se esté utilizando con tal fin en estos centros.

Consiste en un ensayo clínico controlado y aleatorio, siguiendo las indicaciones del grupo Consort³², con un protocolo de intervención con terapia de reminiscencia, para estudiar los efectos clínico terapéuticos en 2 grupos de intervención y control de mayores institucionalizados con síntomas depresivos. Se propone un diseño con preprueba- posprueba en los 2 grupos antes mencionados. El profesional que participe en el grupo de intervención recibirá formación específica para la realización del programa mientras que el profesional del grupo control no recibirá ningún tipo de formación.

-Participantes-

Se pondrá el programa en marcha en los dos centros del total de siete estudiados donde la prevalencia de depresión ha sido más alta. En ambos centros habrá grupo de intervención, con sesiones de terapia de reminiscencia, y grupo control, sin ningún tipo de intervención, que serán aleatoriamente seleccionados. Los participantes serán reclutados durante un periodo de un año en los centros anteriormente comentados. El reclutamiento será activo por parte de la trabajadora social de estos centros entre aquellos usuarios con una puntuación en la escala Yesavage igual o superior a 11 puntos. A los usuarios interesados en participar en esta intervención se les explicará la finalidad del estudio tanto verbal como por escrito. En esta entrevista se valorarán los criterios de exclusión y se solicitará el consentimiento informado. En el caso de que acepten su inclusión se realizará una recopilación de los siguientes datos: Características sociodemográficas y clínicas, Escalas de Yesavage, Mec, Barthel y de Lawton y Brody.

-Procedimiento-

El programa de reminiscencia construido se organizará en 12 sesiones grupales, una sesión de 90 minutos a la semana, delimitadas y semiestructuradas. En cada sesión se trabajará un tema distinto: a) biografía: infancia, juventud, madurez, matrimonio, hijos..., b) fechas señaladas: navidades, carnaval...; c) temas varios: música, trabajos,...d) presente, futuro y sentido de la vida e) identidad y autorretrato. Para cada sesión existen cuestiones tipo que estimulan reminiscencias alrededor del tema. Cada sesión seguirá una estructura establecida, un ejemplo se muestra en el anexo 1 y 2.

Mediante los recuerdos autobiográficos evocados se estimula que la persona realice reminiscencias instrumentales y/o de integración de éstas, debido a la relación entre este tipo de reminiscencias y el bienestar¹³. En las sesiones se permite que el sujeto recuerde situaciones de distintas valencias emocionales, tanto positivas como negativas. Durante la intervención, el terapeuta explícitamente estimula la evocación de los recuerdos positivos y se termina cada sesión con la recuperación de un recuerdo autobiográfico positivo.

De esta manera se pretende que el sujeto genere estrategias de recuperación de los recuerdos que reduzcan la sintomatología depresiva²⁰.

-Objetivo-

Disminuir la sintomatología depresiva en mayores que acuden a centros geriátricos.

-Aleatorización-

Los participantes serán aleatoriamente seleccionados por una persona que no esté involucrada ni en la realización del programa de intervención ni en el reclutamiento de los participantes. Cogera de un recipiente donde estarán las fichas de cada una de las personas con puntuaciones en la escala de Yesavage igual o mayor de 11 y las colocará alternativamente en dos sobres separados. Estos sobres se entregarán mas tarde a la persona que realiza el programa .

-Análisis Estadístico-

Se evaluará las diferencias en las características basales, demográficas y de niveles de depresión y de deterioro cognitivo de los sujetos de los grupos de intervención y control, mediante la prueba de la t de Student o la de Kruskal-Wallis si es necesario, si es necesario para las variables cuantitativas, y mediante la prueba de Chi cuadrado para el análisis de las variables categóricas.

- Resultados-

En los resultados se hará constar el **flujo de participantes** a través de cada etapa mediante un diagrama (reclutamiento, asignación, seguimiento y análisis).

Para cada grupo se informará específicamente el número de participantes asignados de forma aleatoria, los que reciben la intervención establecida, los que completan la misma, así como las desviaciones de la misma y las razones de tales desviaciones.

Se explicitarán las fechas de reclutamiento y seguimiento, los datos demográficos basales y las características clínicas de cada grupo.

Los datos sobre la efectividad del programa se darán en primer lugar en números absolutos.

Los resultados esperados primarios serán un descenso igual o superior al 20% en la Escala Yesavage y como resultados secundarios un mejoría de cómo mínimo dos puntos en el Mec y en la escala de Barthel y de Lawton y Brody.

-CONCLUSIONES-

Una amplia revisión a la literatura del tema, emplaza a conocer los beneficios y mejoras de la terapia de reminiscencia, que produce en los mayores que residen en entornos institucionales, siendo significativos sus aspectos positivos sobre la salud mental y la satisfacción vital^{18, 30, 38}

En el trabajo en grupos desde el punto de vista psicológico, se han registrado importantes mejoras en el estado anímico¹⁶, y en la mejora del trastorno depresivo^{33,34,35,36}. Del mismo modo, se han registrado buenos resultados frente a la ansiedad, y el aumento de la autoestima³⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Gregorio P, Martín Carrasco M, Agüera Ortiz L, Francés Román I, Gayoso Orol MJ, Sánchez Pérez M et al. Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Depresión y Ansiedad. SEGG y Scientific Communication Manegement 2004.
2. Santiago Gómez P. Prevalencia de depresión en pacientes nonagenarios institucionalizados. Informaciones Psiquiátricas 2007; 188.
3. López Trigo JA. La depresión en el paciente mayor. Centro municipal tercera edad. Área de bienestar social. Ayuntamiento de Málaga 2001 www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf
4. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M^aC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R .Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12(10): 26-40.
5. Brown M, Lapane K, Luisi A. The management of depression in older nursing home residents. JAGS 2002; 50:69-76.
6. Lin PC, Wang HH, Huang HT. Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. J Clin Nurs 2007; 16(9):1719-25.
7. Abrams RC, Teresi JA, Butin DN. Depression in nursing home residents. Clin Geriatr Med 1992; 8(2):309-22.
8. Ames D. Depressive disorders among elderly people in long-term institutional care. Aust N Z J Psychiatry 1993; 27 (3):379-91.
9. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36(12):613-20.
10. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard JC, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20(5):471-8.
11. Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS. Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. American Journal of Geriatric Psych 2008; 16(7):558-567.
12. Choi NG, Wyllie RJ, Rasom S. Risk factors and intervention programs in nursing home residents: nursing home staff interview findings. J Gerontol Soc Work 2009; 52(7):668-85.
13. Choi NG, Rasom S, Wyllie RJ. Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping and acceptance of group and individual therapy. Aging Ment Health 2008; 12(5):536-47.
14. Hsu YC, Wahq JJ. Physical, affective and behavioural effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. Nurs Res 2009; 58(4):294-9.
15. Tsai YF, Wong TK, Tsai HH, Ku YC. Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. J Adv Nurs. 2008; 64(5): 488-94.
16. Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2003; 18: 1088-94.
17. Chin, A.M.H. Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A Meta Analysis of controlled trials. HKJOT 2007; 17(1):10-22
18. Hsieh, Ch-J, Chang Ch, Su S-F, Hsiao Y-L. Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to moderate dementia. J Exp Clin Med 2010; 2(2):72-78
19. Butler R.N. The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry. 1963; 26, 65 – 76

20. Gibson, F. *Reminiscence and Recall. A guide to good practice.* London: Age Concern. 1998. Care Professional Handbook Serie
21. Gibson, F. *The Past in the Present. Using Reminiscence in Health and Social Care.* 2004. Illinois: Health Professions Press
22. Fichter MM, Bruce ML, Schröppel H, Meller I, Merikangas K. Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in US communities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;245: 319– 25
23. Lindeman S, Kaprio J, Isometsa E, Poikplainen K, Heikkinen M, Hamalainen J, et al. Spousal resemblance for history of major depressive episode in the previous year. *Psychol Med.* 2002;32: 363–7.
24. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. *J Community Health* 1990; 15:93–104
25. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events predicting onset of major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(4):582–6
26. Prigerson HG, Reynolds 3rd CF, Frank E, Kupfer DJ, George CJ, Houck PR. Stressful life events, social rhythms, and depressive symptoms among the elderly: an examination of hypothesized causal linkages. *Psychiatry Res* 1994; 51(1):33–49.
27. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004 ;83:135-42
28. Watson LC, Garrett JM, Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S. Depression in assisted living: results from a four-state study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003 Sep-Oct; 11(5):534-42.
29. Falck RP, Pot AM, Braam AW, Hanewald GJ, Ribbe MW. Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients; a pilot study. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 1999 ; 30:193-9
30. Carrie A. Levin, PhD, Wenhui Wei, PhD, Ayse Akincigil, PhD, Judith A. Lucas, EdD, Scott Bilder, MS, and Stephen Crystal, PhD. Prevalence and Treatment of Diagnosed Depression among Elderly Nursing Home Residents in Ohio. *J Am Med Dir Assoc.* 2007 November; 8(9): 585–594
31. Zarit, Femia, Gatz, Johansson. Prevalence, incidence and correlatos of depression in the oldest old: The OCTO study. *Aging and Mental Health* 1999.
32. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I et al . Mejora de la calidad de los informes de los ensayos clínicos aleatorio controlados. Recomendaciones del grupo de trabajo CONSORT. *Rev Esp Salud Publica* 1998; 72(1): 5-11.
33. Cappeliez P., Watt L. M. Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging and mental health.* 2000; 4, 166-177
34. Serrano J. P., Latorre J. M., Gatz M., Montañes J. Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging.* 2004; 19, 272-277.
35. Westerhof G, Bohlmeijer E., Valenkamp M., Smit F., Cuijpers P. Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. *Aging and Mental Health.* 2005;9, 302-304
36. Afonso R, Bueno B. Efectos de un programa de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva en una muestra de población portuguesa. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(6):317-322

37. Chao SY, Liu HY, Wu CY, Jin SF, Chu TL, Huang TS, Clark MJ. The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *J Nurs Res* 2006 Mar; 14(1):36-45
38. Karimi H, Dolatshahee B, Momeni K, Khodabakhshi M, et al. Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging and Mental Health* 2020; 14(7):881-87

ANEXO 1

TEMA DE REMINISCENCIAS:

LOS TRABAJOS

ESTÍMULOS ELICITADORES:

- **Fotografías**
- **Aperos y objetos de los ámbitos laborales**
- **Decoración relacionada con el tema**

PUNTOS PARA EL RECUERDO:

- **El inicio del trabajo. ¿A qué edad empezaron a trabajar? ¿Cuál fue el primer trabajo?**
- **Los trabajos que desempeñaron:**
 - **En qué consistía**
 - **Cuánto duraba la jornada**
 - **Qué era lo mejor del trabajo**
 - **Qué era lo peor del trabajo**
- **Las condiciones del trabajo entonces:**
 - **Los descansos: ¿cada cuanto descansaban o tenían permiso?**
 - **Las pagas o jornales ¿era suficiente para vivir bien?**
- **El sentimiento hacia el trabajo ¿Les gustaba ese trabajo? ¿Se sentían bien haciendo ese trabajo?**
- **Incidentes en el trabajo ¿hubo algún suceso especial que recuerden?**
- **Los compañeros de trabajo ¿quiénes eran? ¿tenían buena relación? ¿cómo se sentía con ellos?**
- **Los jefes del trabajo ¿quiénes eran? ¿cómo era la relación con ellos? ¿cómo se sentía con ellos?**
- **Cuando dejaron de trabajar ¿cuándo se jubilaron o dejaron de trabajar? ¿cuál fue el motivo? ¿cómo se sintieron al dejar de trabajar?**

CONEXIÓN CON EL PRESENTE:

- **El trabajo hoy día: profesiones de mayor impacto en la actualidad**
- **Las principales avances y ventajas del trabajo hoy día: mayor preparación académica, menor dureza física, mejores condiciones laborales**
- **Los principales inconvenientes: los problemas de encontrar trabajo para los jóvenes**
- **La mujer y el acceso al trabajo**

Fecha de la sesión:
Duración:
Conductor/a de la sesión:
Participantes:

Observaciones y valoración del desarrollo de la sesión:

ANEXO 2
TRABAJO
ESTÍMULOS VISUALES: FOTOGRAFÍAS









