



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2018 / 2019

TRABAJO FIN DE GRADO

Aplicaciones terapéuticas para hacer frente a la depresión en ancianos:  
una revisión bibliográfica

Literature review on therapy approaches to face with depression during  
the elderly

**Autora:** Nuria Gozalo Vallepuga

Directora: Ana Luisa Caballero Navarro



## Indice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Metodología.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Resultados y discusión.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Actividad física y ejercicio.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2. Actividades de interacción social.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3. Revisión y escritura de la historia de vida.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4. Musicoterapia.....</b>	<b>16</b>
<b>3.5. Huertoterapia.....</b>	<b>16</b>
<b>3.6. Terapia con animales .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7. Terapia cognitiva.....</b>	<b>17</b>
<b>3.8. Terapia grupal .....</b>	<b>18</b>
<b>3.9. Mindfulness y yoga .....</b>	<b>19</b>
<b>3.10. Terapia Ocupacional .....</b>	<b>20</b>
<b>3.11. Otros .....</b>	<b>22</b>
<b>3.12. Valoración conjunta.....</b>	<b>23</b>
<b>4. Conclusiones .....</b>	<b>26</b>
<b>5. Bibliografía .....</b>	<b>29</b>



**Resumen:** En este trabajo se ha llevado a cabo una breve revisión de las características e incidencia de la depresión en personas mayores y se revisan las principales prácticas terapéuticas aplicadas para hacer frente a los síntomas de la enfermedad. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a partir de la base de datos Scopus, centrada sobre todo en literatura internacional en revistas especializadas. Se han identificado las principales prácticas terapéuticas y se han indicado los resultados obtenidos por los estudios analizados. Los trabajos señalan posibilidades terapéuticas muy diversas que van desde el ejercicio físico, actividades de interacción social (por ejemplo el fomento del voluntariado), diferentes actividades de ocio, terapias grupales, musicoterapia, huertoterapia, mindfulness y Terapia Ocupacional, entre otras. La mayor parte de los estudios destacan la eficiencia de todas estas prácticas para hacer frente a la depresión, con una clara mejoría de los síntomas en el caso de los pacientes que llevan a cabo este tipo de terapias. La actividad más revisada es el ejercicio físico, seguida por el fomento de la actividad social. No se puede hacer una recomendación específica de una de las prácticas terapéuticas ya que el éxito de la aplicación de las mismas dependerá ampliamente de las preferencias de cada paciente. En todo caso, el desarrollo de intervenciones interdisciplinares y diversas resultan necesarias en el actual contexto de envejecimiento generalizado de la población, tanto por aspectos de salud pública y optimización de recursos como, sobre todo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Depresión, ancianos, Terapia Ocupacional, ejercicio físico, interacción social.



## 1. Introducción

La depresión es una enfermedad muy común durante la edad anciana y probablemente constituye el principal rasgo de desorden mental en este periodo, muy por encima de otras enfermedades. La depresión durante esta edad incluye un conjunto de sintomatologías que de forma individual o colectiva indican la presencia de este problema (1,2,3).

Entre los síntomas más frecuentes hay que destacar la existencia de tristeza o sentimientos de desesperación, dolores y molestias inexplicables, pérdida de interés en socializar y también en las aficiones previas, pérdida de peso o pérdida de apetito, falta de motivación y energía, trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir demasiado o tener sueño durante el día), pérdida de la autoestima (preocupaciones por ser una carga, sentimientos de inutilidad o autodesprecio), movimiento lento, mayor consumo de alcohol u otras drogas, fijación en la muerte y pensamientos de suicidio, problemas de memoria y descuido del cuidado personal entre otros.

Hay que señalar que los ancianos deprimidos pueden no sentirse "tristes" ya que aunque la depresión y la tristeza puede parecer que van de la mano, muchas personas mayores deprimidas afirman no sentirse tristes en absoluto. En cambio existen quejas de poca motivación, falta de energía o problemas físicos. De hecho, las quejas físicas, como el dolor de la artritis o el empeoramiento de los dolores de cabeza, suelen ser el síntoma predominante de la depresión en los ancianos.

A pesar de estos síntomas, la identificación de la depresión en los ancianos no resulta una tarea fácil. Para ello se realizan diferentes tipos de test psiquiátricos, como son la "Geriatric Depression Scale (GDS)", desarrollada específicamente para valorar la depresión en ancianos o el "*hospital anxiety and depression scale*", todos ellos muy sensibles a los síntomas habituales de esta enfermedad al ser comparados con diagnósticos por parte de psiquiatras (4,5,6). Fiske et al. (1)

desarrollaron un modelo conceptual en el que se muestran los principales factores y conexiones para desencadenar la depresión en ancianos (Figura 1).

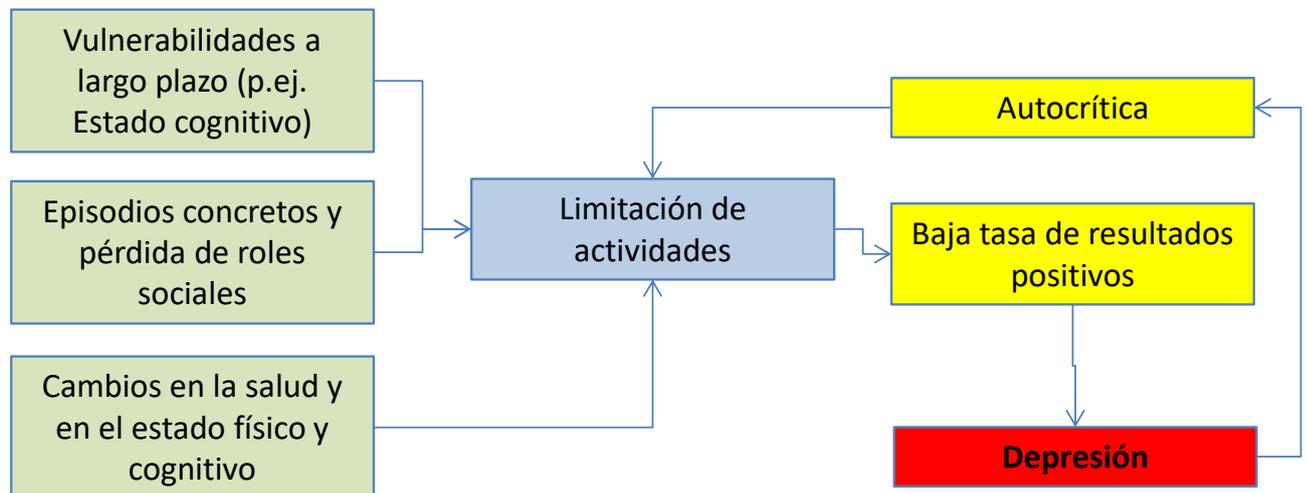


Figura 1: Modelo conceptual de desarrollo de la depresión en ancianos. Tomado de Fiske et al. (1).

La depresión presenta una muy elevada frecuencia en los ancianos. Volkert et al. señalaron que la depresión temporal (19.47%) y la depresión severa (16.52%) superan en frecuencia, dentro de los desórdenes mentales en ancianos, al tercero en importancia, que es alcoholismo con un 11.71% (7). Beekman et al. revisaron la prevalencia de la depresión en ancianos a partir de treinta y cuatro estudios e indicaron porcentajes muy variados, que pueden ir desde el 0.4 al 35% del total de la población (8).

Estos autores señalaron que en promedio la depresión severa es poco frecuente (en promedio un 1.8%), pero la depresión menor presenta unos porcentajes muy importantes de más del 10% de la población anciana (en torno al 13.5%). Beekman et al. llevaron a cabo un estudio epidemiológico en los Países Bajos en el que analizaron la prevalencia y riesgo de padecer depresión en la franja de edad entre 55 y 85 años (9). Comprobaron diferentes niveles de prevalencia en función de la severidad de la depresión. En el caso de la depresión severa fue de 2.02%, la depresión menor de un 12.9%, pero otro 14.9% de la población



mostraba niveles clínicamente relevantes de síntomas compatibles con la depresión. Niveles similares son aportados por estudios en el Reino Unido (10).

Otros estudios muestran que en los casos de ancianos que precisan de atención domiciliaria debido a limitaciones físicas, la prevalencia puede ser superior. Jongenelis et al. (11) indicaron una frecuencia del 8.1% en el caso de la depresión severa, un 14.1% de depresión menor y un 24% de pacientes con algunos signos de depresión en un estudio de atención domiciliaria en los Países Bajos, lo que sugiere que en aquellos ancianos aquejados por problemas de movilidad y que son el principal foco de la Terapia Ocupacional, la prevalencia de la depresión puede ser muy elevada.

La depresión tiene consecuencias muy negativas sobre la calidad de vida de los ancianos, y puede tener repercusiones mucho más graves, afectando al desarrollo de otras enfermedades e incluso acelerando el desarrollo de problemas cognitivos (12).

En general, los pacientes afectados por depresión tienden a informar de una peor calidad de vida que las personas asintomáticas y muestran un deterioro en todos los ámbitos de la calidad de vida.

Schulz et al. sugirieron que la depresión puede influir en el estado general de salud e incluso en la mortalidad de los ancianos afectados a través un complejo número de factores biológicos y de comportamiento (13). Estos autores llevaron a cabo una revisión de la literatura científica publicada entre 1997-2001 para examinar la relación entre la depresión y la mortalidad de carácter no suicida, e indicaron que el proceso de depresión parece afectar a toda una serie de aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud. Se produciría pues un proceso en cascada en el que la depresión afecta al modo de vida y al estado de salud física afectando al deterioro personal y al riesgo de mortalidad.



La elevada frecuencia de la enfermedad hace necesario llevar a cabo estudios que analicen en profundidad los factores condicionantes de esta enfermedad, además de conocer las posibles consecuencias con relación a la calidad de vida de las personas afectadas. Debido al envejecimiento acelerado de las sociedades occidentales es de esperar que en un futuro la cantidad de personas ancianas afectadas por la enfermedad resultará superior, pudiendo convertirse la depresión durante las etapas tardías de la vida en un problema de salud pública de gravedad, sobre todo por las implicaciones que tiene en la calidad de vida como por su conexión con otros problemas de salud más graves.

Por esta razón, resulta necesario establecer medidas de control de la enfermedad desde un ámbito multidisciplinar. En este sentido, las prácticas desde la Terapia Ocupacional se han mostrado muy útiles para hacer frente al problema durante la edad anciana (14,15,16).

En este trabajo se realiza una revisión de las principales actividades y tratamientos llevadas a cabo por parte de los profesionales de la Terapia Ocupacional, haciendo una evaluación previa e indicando los resultados obtenidos de dichas intervenciones. Los objetivos son realizar una revisión bibliográfica con el fin de caracterizar la problemática e ilustrar la variedad de tratamientos que desde la Terapia Ocupacional pueden abordar el problema (17,18,19,20).

## **2. Metodología**

Se he llevado a cabo una búsqueda de bibliografía internacional en la base bibliográfica **Scopus**, de la que se han extraído diferentes artículos científicos publicados en revistas de investigación. Se ha desarrollado una base de datos bibliográfica dentro del gestor de bibliografía **Mendeley**. Dada la ingente literatura científica publicada sobre la materia, se ha llevado a cabo una criba de acuerdo al número de citas recibidas por los trabajos y a su año de publicación.



A partir de ello se ha procedido a la lectura de los resúmenes (*abstracts*) para seleccionar aquellos más relevantes, de los cuales se ha procedido a su lectura y análisis.

Se han revisado alrededor de 75 trabajos científicos. A continuación se muestran los resultados de los mismos mediante un análisis sintético de los resultados más generales indicados en los mismos enfocados al tratamiento de la depresión en ancianos desde el ámbito de la Terapia Ocupacional.

### **3. Resultados y Discusión**

Hay que destacar la enorme importancia de los factores ambientales y personales para el desarrollo de la enfermedad, al igual que el modo de vida llevado durante las últimas etapas de la vida, aspectos que resultan esenciales para abordar el posible tratamiento de la enfermedad. Las condiciones de salud general y los factores ambientales y sociales pueden resultar mucho más determinantes (21).

Jongenelis et al. analizaron en detalle los variados factores que pueden llegar a desencadenar una depresión que afecte a una persona anciana durante largos periodos de tiempo o de forma crónica. Entre ellos incluyeron el dolor físico, las limitaciones funcionales, el déficit visual, accidentes con secuelas, la soledad, la falta de soporte social y la percepción de carencias en la atención (11).

Prince et al. llevaron a cabo una encuesta en todos los residentes de más de 65 años en un distrito electoral de Londres y comprobaron que la soledad es la variable más relacionada con la ocurrencia y severidad de la depresión en ancianos (22).

Heikkinen et al. sugirieron mecanismos de ocurrencia similares, dando un mayor peso a la soledad, pero también a un número de enfermedades crónicas, la autopercepción de problemas de salud y la poca visión. Pero aunque todas estas causas pueden de forma independiente o colectiva generar una depresión en la edad anciana, existen diferencias entre diferentes factores más o menos proclives a generar una depresión de carácter severo. De hecho, entre las causas



que provocan una depresión habría que diferenciarlas en función de los niveles de severidad de la depresión (23).

Mirowsky y Ross llevaron a cabo un estudio de más de 2500 casos en Estados Unidos en el que analizaron las causas externas que pueden conducir al desarrollo de la depresión en ancianos. Estos autores señalaron que la caída en una depresión está muy condicionada por fenómenos puntuales como la pérdida de la pareja o por problemas económicos, aunque en estos factores tienden a desencadenar una depresión de carácter menor (24).

Por el contrario, la ocurrencia de una depresión mayor resulta fundamentalmente de la intensificación de factores de carácter crónico relacionados con una vulnerabilidad personal de largo recorrido (9).

Este hecho fue perfectamente ilustrado en el estudio de Mirowsky y Ross (24), en el que comprobaron que el avance de la vida constituye un factor determinante en la ocurrencia de la depresión ya que la depresión alcanza su mayor incidencia en personas de más de 80 años debido a las disfunciones físicas, la escasa independencia personal y la pérdida de roles.

Además, la autocrítica que acompaña a la depresión puede exacerbar los síntomas y mantener el estado depresivo (1).

Diferentes estudios han relacionado diferentes características demográficas y socioculturales con la ocurrencia de depresión en los ancianos. Por ejemplo, Beekman et al., en una revisión de más de treinta estudios señalaron que a pesar de las diferencias metodológicas entre estudios parece existir una mayor prevalencia de casos en las mujeres y también en grupos con unas condiciones socioeconómicas adversas (8).

La integración social y las actividades parecen ofrecer un efecto protector sobre la ocurrencia de la depresión en ancianos. Entre estos factores hay que incluir la educación superior y el estatus socioeconómico, la participación en actividades

sociales (25), la participación religiosa o espiritual y la involucración en actividades de voluntariado (26). Estos aspectos fueron destacados por Musick y Wilson en su análisis sobre el papel de las actividades sociales de la gente anciana sobre la prevalencia de la depresión (27). Mostraron que el voluntariado aporta beneficios para la salud mental ya que mejora el acceso a recursos sociales y psicológicos. Analizando tres bases de datos en Estados Unidos, estos autores comprobaron unos niveles muy bajos de depresión entre los ancianos involucrados en tareas de voluntariado debido a la integración social que esto supone. Incluso la convivencia con mascotas, aspecto que representa asumir responsabilidades y llevar a cabo una mayor actividad, parece limitar la prevalencia de casos de depresión en ancianos (28).

Fische et al. mostraron diferentes alternativas de intervención terapéutica que se recogen en la Tabla 1 y a continuación se ilustran diferentes experiencias con relación a estas intervenciones y se incluyen otras aproximaciones sugeridas por otros autores (1).

Tabla 1: Prácticas terapéuticas para el tratamiento de la depresión en ancianos  
(Fische et al.)

<b>Intervenciones con resultados contrastados</b>
Terapia de comportamiento
Biblioterapia cognitiva
Terapia encaminada a la resolución de problemas
Terapia psicodinámica
Terapia encamina a la revisión de la vida del paciente
<b>Nuevas terapias</b>
Terapia interpersonal
Gestión integral del caso clínico
Terapia de construcción personal
Terapia de grupo
Asesoramiento interpersonal
Biblioterapia comportamental
Terapia encaminada a la obtención de logros

<b>Intervención para cuidadores</b>
Terapia cognitiva y de comportamiento
Intervenciones multidisciplinares
<b>Intervenciones para personas aquejadas también por demencia</b>
Terapia de comportamiento
Aproximaciones para la integración social
Terapia sensorial y ambiental

### 3.1. Actividad física y ejercicio

En primer lugar se muestran los resultados de prácticas terapéuticas que incentivan la actividad física como aproximaciones para mejorar las condiciones de los pacientes afectados. El ejercicio físico es muy beneficiosos para el aprendizaje y la memoria, protege de la neurodegeneración y mejora los síntomas de la depresión, particularmente en poblaciones ancianas (29,30).

Catalan-Matamoros et al. (17) y Rhyner y Watts (31) llevaron a cabo sendos meta-análisis de diferentes estudios previos que analizaban el efecto de la actividad física sobre la depresión en ancianos, comprobando claramente que el ejercicio físico reduce los síntomas de la depresión en ancianos.

En España, Salguero et al. (32) llevaron a cabo un estudio mediante una muestra de 436 ancianos (234 mujeres y 202 hombres entre 60 y 98 años), el 42% de ellos institucionalizados. El estudio concluyó con una correlación entre la función física y la salud mental, fundamentalmente en el caso de los ancianos institucionalizados.

Blake et al. llevaron a cabo una revisión sobre la eficacia del ejercicio físico para el tratamiento de los síntomas depresivos en adultos mayores (> 60 años). Para ello, en su revisión incluyeron once ensayos controlados con un total de 641 participantes, comprobando que el resultado positivo a corto plazo para la depresión aparecía en nueve de los estudios, aunque el modo, la intensidad y la duración de la intervención variaba entre los mismos, concluyendo que los programas de ejercicio físico obtienen resultados clínicamente relevantes en el



tratamiento de los síntomas depresivos en personas mayores. No obstante, también señalaron que son necesarias más investigaciones para establecer los efectos a medio y largo plazo (33).

El ejercicio aumenta la plasticidad, estructura y fuerza sináptica al afectar directamente la estructura sináptica y potenciar la fuerza sináptica, fortaleciendo la neurogénesis, el metabolismo y la función vascular. Además, el ejercicio reduce factores de riesgo periférico como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, que convergen para causar disfunción cerebral y neurodegeneración (34) e igualmente, se ha comprobado que el ejercicio físico disminuye el efecto de otros factores de estrés cuando se practica con una intensidad moderada, mejorando el funcionamiento cerebral (35), por lo que los diferentes estudios convergen en que el ejercicio físico puede ser la mejor actividad para disminuir los síntomas de la depresión durante la tercera edad.

### 3.2. Actividades de interacción social

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la importancia de la interacción con otras personas y la socialización para hacer frente a la depresión en los ancianos. Entre las actividades de interacción social analizadas destacan varias de ellas: las relaciones sociales, el voluntariado y las prácticas religiosas. Parece existir una clara relación entre las relaciones sociales y la salud mental en la edad anciana.

Antonucci et al. analizaron la contribución relativa de las redes sociales y el apoyo social a la sintomatología depresiva en ancianos en el suroeste de Francia y comprobaron que tanto las variables sociodemográficas, las variables de red social y el apoyo social contribuyen significativamente a los rasgos de depresión (36).

El apoyo familiar también resulta fundamental para explicar el desarrollo y gravedad de la depresión en los ancianos (37).

En el caso de no disponer de redes de apoyo familiares, existen evidencias de que la puesta en marcha de programas de interacción social y prevención de la soledad disminuyen el grado de depresión en los tests (38).

Además, la posibilidad de tener acceso a lugares de encuentro que facilitan las relaciones sociales durante la edad adulta resultan fundamentales. Culph et al. analizaron la importancia de estos lugares de encuentro en el caso de los hombres de Australia, comprobando que la visita de estos lugares de interacción y actividades comunes disminuye claramente los rasgos de depresión al permitir a los ancianos desarrollar actividades comunes, compartir experiencias, etc (39). Estos autores desarrollaron un esquema simplificado de cómo esta interacción social favorece la disminución de las condiciones de depresión (Figura 2).

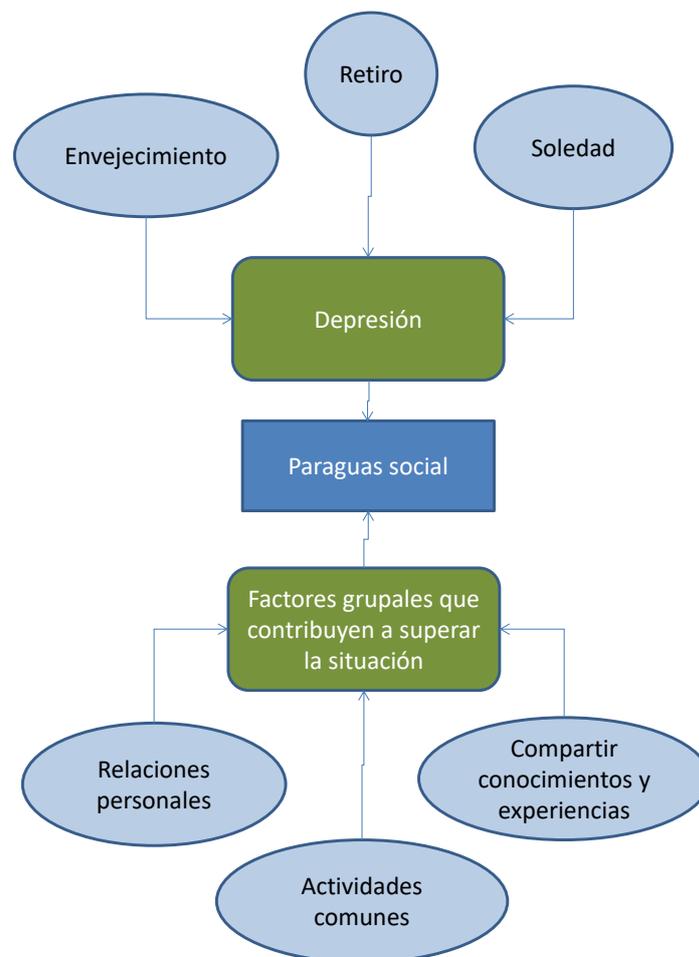


Figura 2: La interacción entre factores de la depresión y de interacción social que ayudan a la superación de los síntomas. Modificado de Culph et al.



En el caso de los ancianos con síntomas de discapacidad, el grado de asistencia y el apoyo social también resultan fundamentales para explicar el grado de depresión. De hecho, comprobaron que la discapacidad, el apoyo social y los síntomas depresivos son procesos fuertemente interrelacionados en la vida posterior (40).

Musick y Wilson destacaron el papel de las actividades de voluntariado para hacer frente a la depresión durante la edad anciana. Estos autores argumentaron un conjunto de razones para ello, como que el trabajo voluntario mejora el acceso a los recursos sociales y psicológicos. Los efectos del voluntariado en la depresión se atribuyen a su fomento de la integración social. Estos autores también sugirieron que el voluntariado por causas religiosas resulta más beneficioso para la salud mental que el voluntariado por causas seculares (27).

Finalmente, Wheeler et al. llevaron a cabo un meta-análisis a partir de treinta y siete estudios independientes y concluyeron que la sensación de bienestar de los voluntarios mayores se ve significativamente reforzada a través del voluntariado (41).

Anderson et al. ampliaron el estudio a partir de 113 artículos y claramente comprobaron de forma consistente que dichas actividades de voluntariado se asocian con la reducción de los síntomas de la depresión, la percepción de un mejor estado de salud, menores limitaciones funcionales y menor mortalidad. De hecho, estos autores propusieron un modelo a partir del que incrementar la actividad social, física y cognitiva de los ancianos, mejorando su funcionalidad general y el riesgo de demencia, a partir de las actividades de voluntariado (26).

### 3.3. Revisión y escritura de la historia de vida

Existen estudios que han puesto de manifiesto la utilidad de las terapias de revisión de la vida y su escritura para hacer frente a la depresión. Chippendale, a Bear-Lehman analizaron la eficacia de este tipo de prácticas sobre los síntomas depresivos expresados, medidos con la Escala de Depresión Geriátrica en adultos



mayores que residen en residencias de ancianos. Llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio en cuatro residencias para personas mayores en la ciudad de Nueva York y comprobaron que los síntomas depresivos fueron significativamente menos prevalentes para el grupo de tratamiento que para el grupo de control después del programa de revisión de ocho semanas de vida (42).

Cooper, mediante un estudio experimental comprobó que el uso de la escritura como terapia permite un cambio cognitivo y proporciona una serie de herramientas a través de las cuales explorar experiencias de vida que mejoren la comprensión del papel y la identidad propia (43).

En este sentido Mulholland y Jackson se centraron en revisar la experiencia laboral de los adultos mayores irlandeses con ansiedad y depresión, comprobando que la ocupación con significado personal, que conecta a una persona con sus mundos de vida y su sentido del yo, tiene el potencial de consolidar la recuperación de la ansiedad y la depresión (44).

Cooper comprobó que diferentes pacientes afectados por depresión mostraron cambios cognitivos, un aumento en el autoconocimiento al ganar distancia de sus historias a través de la escritura y el beneficio de usar la escritura para reorganizarse o jugar con recuerdos y experiencias. Los pacientes se distanciaron de las emociones dolorosas escribiendo y expresando sus sentimientos, pero no discutiendo el contenido emotivo. En resumen, se mostró un beneficio potencial para los pacientes con depresión (45).



### 3.4. Musicoterapia

Existen escasas evidencias de esta práctica aplicada a la depresión en ancianos. Ashida examinó la efectividad del tratamiento de musicoterapia centrada en la reminiscencia en los síntomas depresivos en personas mayores con demencia.

Midió los síntomas depresivos de estos pacientes utilizando la escala de Cornell y tras 5 días sin tratamiento y comparados con los mismos con tratamiento de musicoterapia de 5 días, los resultados indicaron que la participación en grupos de musicoterapia enfocados en la reminiscencia de grupos pequeños podría ayudar a reducir los síntomas depresivos en las personas mayores con demencia (46).

### 3.5. Huertoterapia

A pesar de que existen escasas evidencias de esta actividad para hacer frente a la depresión en ancianos, parecen existir signos de que esta práctica resulta beneficiosa para hacer frente a la depresión durante la edad anciana. La terapia de horticultura emplea plantas y actividades de jardinería en actividades terapéuticas y de rehabilitación, y podría utilizarse para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Detweiler et al. llevaron a cabo una revisión bibliográfica de los estudios desarrollados en esta materia, comprobando su papel en la disminución del estrés, la modulación de la agitación, la reducción de los medicamentos necesarios, los antipsicóticos y la reducción de las caídas (47).

### 3.6. Terapia con animales

También existen estudio centrados en la valoración del efecto de la terapia con animales sobre los síntomas de depresión en ancianos.



Bernabei et al. revisaron los efectos de las intervenciones asistidas por animales en pacientes ancianos con demencia o diversos trastornos psiquiátricos. En su revisión incluyeron un total de 5 artículos sobre trastornos psiquiátricos y aunque destacan que son pocos los estudios que han evaluado sus consecuencias en el estado de ánimo, los resultados disponibles indican un efecto positivo en la comunicación y capacidad de afrontamiento (48).

Berget et al. examinaron los efectos de la terapia asistida por animales con animales de granja durante una intervención de 12 semanas sobre la ansiedad y la depresión mediante el uso de un ensayo controlado aleatorio con una investigación de seguimiento a los 6 meses. Para ello incluyeron noventa pacientes (41 en el grupo de tratamiento y 28 en el grupo de control). Comprobaron que si bien la ansiedad medida mediante el Inventario de Ansiedad Estatal de Spielberger no disminuyó significativamente durante la intervención para el grupo de tratamiento, fue significativamente menor en el seguimiento en comparación con el valor inicial y con el final de la intervención. Por el contrario, no hubo cambios significativos para el grupo de control (49).

### 3.7. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva (o psicoterapia) consiste en la orientación a la realidad y el entrenamiento de habilidades, que parece ser una práctica bien establecida para el tratamiento de la depresión en ancianos.

Existen numerosos estudios que han abordado este tipo de terapia para hacer frente a la depresión en ancianos. Gallagher y Thompson examinaron si los adultos mayores afectados por un episodio depresivo mayor mejoraban sistemáticamente al ser tratados con psicoterapias a corto plazo y respondían de manera diferente a los enfoques de tratamiento, enfatizando la importancia de



los factores cognitivos, conductuales o relacionales, de percepción en el proceso de la terapia. Estos autores analizaron 30 pacientes y observaron que las psicoterapias breves pueden ser efectivas en el tratamiento de personas mayores depresivas (50).

Thompson et al. trataron a noventa y un ancianos aquejados por un trastorno depresivo mayor durante 16 a 20 sesiones de psicoterapia conductual, cognitiva o psicodinámica breve. Antes del tratamiento, 20 de estos sujetos fueron asignados a una condición de control de tratamiento diferido de 6 semanas. Al final de las 6 semanas, los pacientes en las condiciones de tratamiento mostraron una mejoría, mientras que los controles no lo hicieron. En general, el 52% de los pacientes tratados mostró un claro retroceso de los síntomas y otro 18% mostró una mejora significativa (51).

Titov et al. llevaron a cabo una intervención de terapia de comportamiento cognitivo guiada por un terapeuta para adultos australianos mayores de 60 años con síntomas de depresión y sus resultados también respaldaron la eficacia potencial y la rentabilidad de la intervención (52).

### 3.8. Terapia grupal

La terapia grupal ha sido utilizada en menor medida que otras prácticas terapéuticas, aunque existen algunos ejemplos de su eficacia. En un reciente trabajo publicado, Tavares y Barbosa defendieron que la terapia de grupo proporciona ventajas sobre las intervenciones individuales aunque destacaron el escaso número de estudios existentes. Para ello realizaron una revisión sistemática de los estudios en inglés, portugués y español utilizando las bases de datos de EBSCOhost Research y Science Direct (2011–2017). En total revisaron nueve estudios y señalaron que las terapias de reminiscencia y cognitivo-

conductuales, son intervenciones de grupo viables para la depresión geriátrica y fueron significativamente superiores a la mayoría de los controles. Sin embargo, también señalaron que las conclusiones sobre los efectos a largo plazo no estaban claras aunque en general encontraron mejoras en una variedad de entornos, protocolos, características de los participantes y varios dominios psicológicos (53).

### 3.9. Mindfulness y yoga

Dentro de las nuevas prácticas terapéuticas para el tratamiento de la depresión en ancianos destaca la aplicación de técnicas de Mindfulness. Estas técnicas se relacionan con la concentración mental plena que puede alcanzar una persona. Con el mindfulness se pretende un mejor reconocimiento personal; prestando atención a los pensamientos, emociones y sensaciones corporales, así como al entorno. Se trata de un estado mental que ayuda a las personas a distinguir entre los pensamientos útiles y los inútiles, siendo que estos últimos pueden llegar a ser perjudiciales.

En los últimos años han aparecido estudios testando su eficacia en el caso de la depresión en ancianos. Franca y Milbourn llevaron a cabo un meta-análisis sobre la materia y concluyeron que aunque el mindfulness muestra eficacia en la reducción de los síntomas de la depresión, no lo sería para los casos de ansiedad generalizada en los pacientes (54).

En todo caso, Stein y Smith señalaron el papel de las técnicas de relajación muscular sobre la disminución de la ansiedad y para hacer frente al estrés con mayor eficacia (55).



### 3.10. Terapia Ocupacional

Con relación a otras prácticas terapéuticas, aquí nos centramos con algo más de profundidad en la utilidad de la Terapia Ocupacional para hacer frente a la depresión en ancianos. Existen numerosos estudios que manifiestan su utilidad (56–59), aunque también existe un elevado grado de controversia e incluso desconocimiento sobre el potencial de dichas prácticas.

Hitch et al. llevaron a cabo un estudio para obtener un consenso por parte de los profesionales de la salud con respecto a la utilidad de la Terapia Ocupacional para las personas con depresión. El estudio también tuvo como objetivo descubrir cuántas de las evaluaciones y prácticas existentes están respaldadas actualmente por evidencia de investigación. A partir de una revisión sistemática de las evaluaciones y prácticas utilizadas en Terapia Ocupacional para personas con depresión, los autores utilizaron una técnica de grupo nominal modificada para determinar qué evaluaciones y prácticas utilizan actualmente los terapeutas ocupacionales. Llevaron a cabo tres encuestas en línea para obtener un consenso final y destacaron que solo el 30% de las evaluaciones y prácticas identificadas por los profesionales médicos estaban respaldadas por evidencias de investigación (60).

Esto destaca que muy pocas de las evaluaciones e intervenciones identificadas han sido respaldadas por evidencias de investigación directamente relacionada con el desempeño funcional y ocupacional. Además, aunque se indicaron un gran número de opciones terapéuticas, la mayoría de estas no fueron específicas de la Terapia Ocupacional.

Pese a ello, los profesionales de la Terapia Ocupacional no han dejado de llamar la atención sobre la utilidad de su práctica profesional para hacer frente a los



problemas de depresión en ancianos. Ziv asoció las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria con las situaciones de depresión entre personas mayores. Su estudio incluyó ancianos que reciben atención ambulatoria para la depresión y ancianos normales, y sus hallazgos sugirieron que la depresión en las personas de edad avanzada se asocia con un funcionamiento más bajo en la resolución de problemas, y un menor sentido de coherencia (61).

Por lo tanto, la atención a estos factores debe ser parte integral de la intervención con personas mayores. Hace ya tres décadas, Eilenberg destacaba que la Terapia Ocupacional puede y debe asumir un rol sustancial en los servicios preventivos para los ancianos. El autor indicaba que gran parte del aislamiento, la desesperación, el aburrimiento y el deterioro físico que enfrentan las personas mayores en la comunidad, causantes de situaciones de depresión, pueden reducirse y, en cierta medida, revertirse con los programas de Terapia Ocupacional (58).

Numerosos estudios aplicados parecen corroborar estas afirmaciones, ya que los ancianos con más problemas de desempeño ocupacional muestran en general un mayor número de síntomas depresivos (62).

Leibold et al. analizaron las opciones de actividad de los adultos mayores cuando estaban deprimidos. Para ello desarrollaron un estudio en el que cada participante completó una entrevista semiestructurada mientras se encontraba en recuperación durante al menos 3 meses. Los terapeutas del estudio comprobaron que los ancianos mantuvieron muchas actividades instrumentales de la vida diaria mientras estaban deprimidos, pero en los casos en los que había problemas se adaptaron algunas actividades para que pudieran continuarlas (63).



Respecto a ancianos institucionalizados, Cimarolli y Jung llevaron a cabo un estudio a partir de 121 ancianos en una residencia que recibieron Terapia Ocupacional y comprobaron claramente menos síntomas depresivos y una mayor dependencia funcional con una utilización más intensa de Terapia Ocupacional (más horas de uso) durante un período de 90 días (64).

Igualmente, Mozley exploró las conexiones entre la ocupación y la salud mental de los residentes de hogares de ancianos con especial referencia a la depresión y la demencia del Reino Unido. Comprobó que la falta de ocupación contribuye a la aparición o exacerba la depresión, ofreciendo pruebas de que las oportunidades de ocupación en la residencia contribuyen tanto a la supervivencia como al estado de ánimo 9 meses después de la admisión. El documento concluyó con un resumen de un nuevo ensayo de una intervención de Terapia Ocupacional y sus efectos sobre la depresión en residentes de hogares de cuidado, que comenzó a principios de 2002 en ocho hogares en dos áreas del noreste de Inglaterra (65).

### 3.11. Otros

Finalmente, en este apartado se incluyen algunas prácticas más recientes que tienen difícil clasificación. En primer lugar el uso de *nuevas tecnologías e internet* (66). Cotten et al. examinaron la asociación entre el uso de Internet entre los adultos mayores retirados en los Estados Unidos y los cambios en una escala de depresión a partir de 3075 encuestados. El estudio encontró una contribución positiva del uso de Internet al bienestar mental de los adultos mayores jubilados en los Estados Unidos, donde el uso de Internet redujo la probabilidad de un estado de depresión en un tercio. Además, el grupo de personas más beneficiado es el de los que viven solos, concluyendo que el mecanismo que vincula el uso de Internet con la depresión es la remediación del aislamiento social y la soledad (67). Estos autores recomendaron alentar a los adultos mayores a usar Internet puede ayudar a disminuir el aislamiento y la depresión.



También se ha puesto de manifiesto la relación entre diferentes *actividades de ocio* y el grado de depresión en ancianos (68). Fine llevó a cabo una revisión del efecto de las actividades de ocio en la depresión en los ancianos. Este autor indicó que a pesar de algunas limitaciones, la literatura, en general, sugiere una correlación inversa entre la actividad de ocio y la depresión en los ancianos. Las personas que realizan actividades de ocio, ya sea ejercicio físico o actividades más sedentarias, como los *juegos de cartas, petanca*, están menos deprimidas que las personas que no participaban en actividades de ocio (15).

### 3.10. Valoración conjunta

En este apartado se ponen en común y se lleva a cabo una valoración de los diferentes estudios revisados en este trabajo. Existen algunos estudios que analizan la preferencia por diferentes tratamientos disponibles para abordar el problema. Luck-Sikorski et al. llevaron a cabo un estudio a partir de un amplio muestreo de personas (1230) en Alemania de más de 75 años aquejadas por depresión. Estos autores defendieron que no se puede hacer una recomendación categórica de unas terapias frente a otras ya que comprobaron que si los pacientes son tratados de acuerdo con sus preferencias personales, el éxito del tratamiento de la depresión es mayor. Los autores comprobaron que las opciones de tratamiento preferidas fueron los medicamentos, la psicoterapia, hablar con amigos y familiares y el ejercicio (20). Pero este es un criterio que no se debería considerar como primera preferencia al determinar el tratamiento terapéutico más adecuado.

En cualquier caso resulta complejo determinar en qué medida son mejores unas aproximaciones terapéuticas a otras, y no existen muchas evidencias de valoración conjunta. En este sentido, Llewellyn-Jones et al. llevaron a cabo un estudio experimental sobre la eficiencia de diferentes aproximaciones de intervención para hacer frente a la depresión en ancianos a partir de 220

residentes afectados por depresión en Sidney (Australia) y llegaron a una conclusión similar en el que los ancianos que llevaban a cabo cualquiera de las actividades analizadas presentaban una clara disminución de los síntomas de la depresión, pero incidieron en que es necesario plantear una colaboración multidisciplinaria con la combinación de diferentes intervenciones terapéuticas y actividades de ocupación (14).

Así pues, queda ampliamente comprobado que llevar a cabo una mayor interacción social y el desarrollo de actividades disminuye claramente los síntomas de depresión en ancianos. Sin embargo, las preferencias de los ancianos hacen que los resultados de dichas prácticas puedan resultar muy diferentes. Por ello, Linden et al. señalaron la necesidad de preguntar a los pacientes sobre las actividades que presentan mayor interés para ellos a la hora de abordar un programa de intervención concreto (69).

Hasta el momento, la única revisión sistemática sobre la aplicación de diferentes técnicas terapéuticas para hacer frente a la depresión en ancianos ha sido llevado a cabo por Kittrell, que revisó 22 tipos de intervenciones terapéuticas. La figura 3 muestra la frecuencia de las diferentes prácticas terapéuticas para hacer frente a esta enfermedad, destacando claramente en número los estudios centrados en el desarrollo de actividades físicas, pero curiosamente, hay otras actividades, como es el caso de la revisión de la vida de los pacientes o las terapias cognitivas que también han sido ampliamente contempladas en la literatura. En su valoración de todas estas prácticas, la autora comprobó que la mayor parte de estudios aportan un elevado grado de evidencia sobre la eficacia de todas estas prácticas terapéuticas para hacer frente al problema de la depresión en ancianos. Pero también se destaca la dificultad de llevar a cabo recomendaciones categóricas sobre la preferencia de algunas prácticas frente a otras (70).

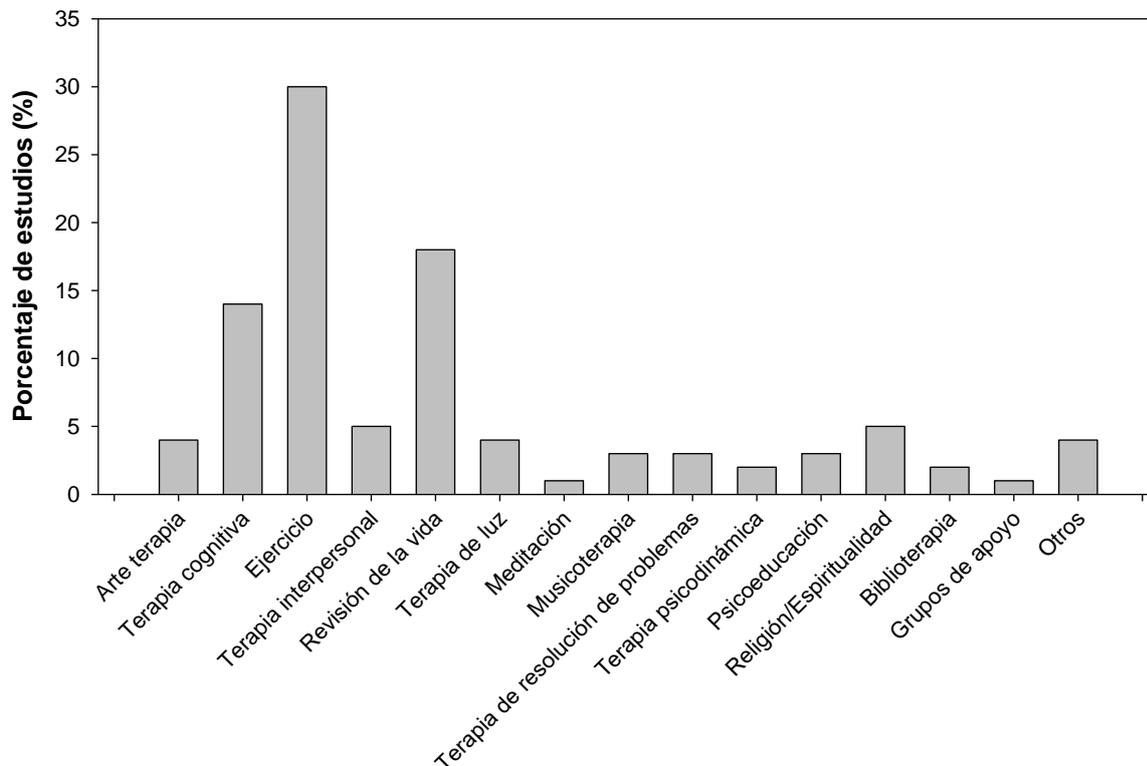


Figure 3: Porcentaje de estudios basados en diferentes intervenciones para hacer frente a la depresión en ancianos. Modificado de Kittrell.

En cualquier caso, debemos mencionar que parece claro que el desarrollo de actividad física en el caso de los ancianos que pueden llevar a cabo esta actividad, el incrementar la interacción social y el llevar a cabo actividades que pueden ser de diferente tipo (musicoterapia, fomento de las actividades de la vida diaria, revisión de la historia de vida, etc.) facilitan claramente la disminución de los síntomas de la depresión. Para ello, los profesionales de la Terapia Ocupacional presentan múltiples capacidades y estrategias que sin duda resultan clave para hacer frente a esta grave enfermedad.

Leibold et al. diseñaron una serie de estrategias y recomendaciones para que los profesionales de la Terapia Ocupacional mostraran una adecuada eficiencia y flexibilidad a la hora de desarrollar actividades para hacer frente al problema de la depresión en ancianos (63) (Tabla 2).

<b>Problemas existentes</b>	<b>Estrategias a llevar a cabo por parte de los terapeutas</b>
La actividad no resulta atractiva para el paciente	Identificar actividades que resulten atractivas para el paciente y fomentar la participación, reconociendo que las actividades pueden cambiar a lo largo del tiempo. Otra opción puede ser adaptar las estrategias para que los pacientes completen las actividades.
Falta de energía física o mental para que el paciente complete la actividad	Seleccionar la actividad más adecuada de acuerdo a las capacidades del paciente.
La actividad es muy compleja	Identificar actividades que el paciente pueda llevar a cabo de forma realista.
El círculo social del paciente resulta escaso	Llevar a cabo actividades que incrementen la capacidad de interacción social del paciente.
El paciente oculta su estado de depresión	Educar a la familia y amigos sobre los síntomas de la depresión. Reconocer los signos iniciales de la depresión.

Tabla 2: Recomendaciones para el desarrollo de actividades terapéuticas en el caso de pacientes ancianos con depresión. Modificado de Leibold et al.

#### **4. Conclusiones**

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de las características y gravedad de la depresión en personas ancianas, además de revisar ampliamente diferentes prácticas terapéuticas para hacer frente a esta enfermedad. El desarrollo de intervenciones de diferente tipo resulta fundamental desde un

punto de vista individual, pero también debido a que la depresión en los ancianos constituye un problema de salud pública de primer orden.

Luppa et al. comprobaron que de manera homogénea las personas mayores depresivas tienen un mayor uso de los servicios de salud en comparación con los no depresivos, y un aumento de un tercio de los pacientes ambulatorios, pacientes hospitalizados y los costos totales de atención médica de las personas depresivas, por no contar el enorme uso de antidepresivos, con su coste añadido, como principal opción de tratamiento.

Por ello, debemos tener en cuenta que los síntomas depresivos al final de la vida conllevan una alta carga económica para las naciones, que no se explica únicamente por los costos del tratamiento de los síntomas depresivos. Por ello, dado que se ha comprobado que existen diferentes opciones de tratamiento a la toma de antidepresivos y que existen múltiples evidencias de su eficacia como tratamiento de la depresión en ancianos, resulta realmente necesario que por un lado se aborde este problema de forma integral, y por otro lado, que se desarrollen de forma generalizada unidades de tratamiento de la depresión en ancianos con personal especializado de carácter multidisciplinar. El coste de dichas unidades se vería claramente compensado con un menor uso del sistema de salud, menos consumo de medicamentos y, lo más importante, un aumento de la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a las actividades terapéuticas a recomendar, habría que destacar que dada la diversidad existente, los profesionales contamos con un abanico de posibilidades, que se pueden adaptar a las preferencias o necesidades de los diferentes pacientes, y que de forma individual o conjunta pueden fomentar una clara mejora de los síntomas de la depresión.



El fomento de una mayor interacción social, ejercicio físico, actividades de ocio y diferentes actividades terapéuticas que van desde la huertoterapia al midfulness, pasando por la musicoterapia, etc., junto al fomento de una mayor independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria deben ser parte de las primeras opciones de tratamiento de esta enfermedad (71).



## 5. Bibliografía

1. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Vol. 5, Annual Review of Clinical Psychology. 2009. 363-389 p.
2. Wang S, Blazer DG. Depression and cognition in the elderly. Vol. 11, Annual Review of Clinical Psychology. 2015. 331-360 p.
3. Wilson RS, Boyle PA, Capuano AW, Shah RC, Hoganson GM, Nag S, et al. Late-life depression is not associated with dementia-related pathology. *Neuropsychology*. 2016;30(2):135-42.
4. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
5. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GIJM, Speckens AEM, Van Hemert AM. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*. 1997;27(2):363-70.
6. Copeland JRM. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med*. 1986;16(1):89-99.
7. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):339-53.
8. Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999;174(APR.):307-11.
9. Beekman ATF, Deeg DJH, Smit JH, van Tilburg W. Predicting the course of depression in the older population: results from a community-based study in The Netherlands. *J Affect Disord*. 1995;34(1):41-9.
10. Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation

- among elderly residents in Inner London. *Psychol Med.* 1990;20(1):137–46.
11. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *J Affect Disord.* 2004;83(2–3):135–42.
  12. Brailean A, Comijs HC, Aartsen MJ, Prince M, Prina AM, Beekman A, et al. Late-life depression symptom dimensions and cognitive functioning in the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *J Affect Disord.* 2016;201:171–8.
  13. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry.* 2002;52(3):205–25.
  14. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smitliars H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: Randomised controlled trial. *Br Med J.* 1999;319(7211):676–82.
  15. Fine J. The effect of leisure activity on depression in the elderly: Implications for the field of occupational therapy. *Occup Ther Heal Care.* 2000;13(1):45–59.
  16. Rogers JC, Holm MB. Daily-living skills and habits of older women with depression. *Occup Ther J Res.* 2000;20(SUPPL. 1).
  17. Catalan-Matamoros D, Gomez-Conesa A, Stubbs B, Vancampfort D. Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res.* 2016;244:202–9.
  18. Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, et al. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017;35:1–11.
  19. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijten S, et al. Outcome indicators on interprofessional collaboration



- interventions for elderly. *Int J Integr Care*. 2016;16(2).
20. Luck-Sikorski C, Stein J, Heilmann K, Maier W, Kaduszkiewicz H, Scherer M, et al. Treatment preferences for depression in the elderly. *Int Psychogeriatrics*. 2017;29(3):389–98.
  21. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry*. 1989;154(APR.):478–85.
  22. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*. 1997;27(2):323–32.
  23. Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;38(3):239–50.
  24. Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav*. 1992;33(3):187–205; discussion 206.
  25. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(4):381–90.
  26. Anderson ND, Damianakis T, Kröger E, Wagner LM, Dawson DR, Binns MA, et al. The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1505–33.
  27. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):259–69.
  28. Siegel JM. Stressful Life Events and Use of Physician Services Among the Elderly: The Moderating Role of Pet Ownership. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(6):1081–6.
  29. McNeil JK, LeBlanc EM, Joyner M. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psychol Aging*.



- 1991;6(3):487–8.
30. Wassink-Vossen S, Collard RM, Oude Voshaar RC, Comijs HC, De Vocht HM, Naarding P. Physical (in)activity and depression in older people. *J Affect Disord.* 2014;161:65–72.
  31. Rhyner KT, Watts A. Exercise and depressive symptoms in older adults: A systematic meta-analytic review. *J Aging Phys Act.* 2016;24(2):234–46.
  32. Salguero A, Martínez-García R, Molinero O, Márquez S. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(2):152–7.
  33. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil.* 2009;23(10):873–87.
  34. Cotman CW, Berchtold NC, Christie L-A. Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation. *Trends Neurosci.* 2007;30(9):464–72.
  35. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, et al. Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology.* 2009;59(4):191–8.
  36. Antonucci TC, Fuhrer R, Dartigues J-F. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol Aging.* 1997;12(1):189–95.
  37. Chi I, Chou K-L. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev.* 2001;52(3):231–52.
  38. Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: A randomized trial among older migrants in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):539–47.
  39. Culph JS, Wilson NJ, Cordier R, Stancliffe RJ. Men’s Sheds and the



- experience of depression in older Australian men. *Aust Occup Ther J*. 2015;62(5):306–15.
40. Taylor MG, Lynch SM. Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59(4).
  41. Wheeler JA, Gorey KM, Greenblatt B. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *Int J Aging Hum Dev*. 1998;47(1):69–79.
  42. Chippendale T, Bear-Lehman J. Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *Am J Occup Ther*. 2012;66(4):438–46.
  43. Cooper P. Using writing as therapy: Finding identity. *Br J Occup Ther*. 2014;77(12):619–22.
  44. Mulholland F, Jackson J. The experience of older adults with anxiety and depression living in the community: Aging, occupation and mental wellbeing. *Br J Occup Ther*. 2018;
  45. Cooper P. Writing for depression in health care. *Br J Occup Ther*. 2013;76(4):186–93.
  46. Ashida S. The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *J Music Ther*. 2000;37(3):170–82.
  47. Detweiler MB, Sharma T, Detweiler JG, Murphy PF, Lane S, Carman J, et al. What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investig*. 2012;9(2):100–10.
  48. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, et al. Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: A review. *J Psychiatr Res*. 2013;47(6):762–73.
  49. Berget B, Ekeberg Ø, Pedersen I, Braastad BO. Animal-assisted therapy



- with farm animals for persons with psychiatric disorders: Effects on anxiety and depression, a randomized controlled trial. *Occup Ther Ment Heal*. 2011;27(1):50–64.
50. Gallagher DE, Thompson LW. Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy*. 1982;19(4):482–90.
  51. Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55(3):385–90.
  52. Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, et al. Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Depression: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*. 2015;46(2):193–205.
  53. Tavares LR, Barbosa MR. Efficacy of group psychotherapy for geriatric depression: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;78:71–80.
  54. Franca RD, Milbourn B. A meta-analysis of Mindfulness Based Interventions (MBIs) show that MBIs are effective in reducing acute symptoms of depression but not anxiety. *Aust Occup Ther J*. 2015;62(2):147–8.
  55. Stein F, Smith J. Short-term Stress Management Programme with Acutely Depressed In-Patients. *Can J Occup Ther*. 1989;56(4):185–92.
  56. Mountain G, Mozley C, Craig C, Ball L. Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters programme. *Br J Occup Ther*. 2008;71(10):406–13.
  57. Waters D. Recovering from a Depressive Episode Using the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther*. 1995;62(5):278–82.
  58. Eilenberg AO. An expanded community role for occupational therapy: Preventing depression. *Phys Occup Ther Geriatr*. 1986;5(1):47–57.



59. Sheffield C, Smith CA, Becker M. Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate aging in place. *Gerontologist*. 2013;53(6):907–18.
60. Hitch D, Taylor M, Pepin G. Occupational therapy with people with depression: Using nominal group technique to collate clinician opinion. *Scand J Occup Ther*. 2015;22(3):216–25.
61. Ziv N. Problem solving, sense of coherence and instrumental ADL of elderly people with depression and normal control group. *Occup Ther Int*. 1999;6(4):243–56.
62. McNulty MC, Beplat AL. The validity of using the canadian occupational performance measure with older adults with and without depressive symptoms. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2008;27(1):1–15.
63. Leibold ML, Holm MB, Raina KD, Reynolds CF, Rogers JC. Activities and adaptation in late-life depression: A qualitative study. *Am J Occup Ther*. 2014;68(5):570–7.
64. Cimarolli VR, Jung S. Intensity of Occupational Therapy Utilization in Nursing Home Residents: The Role of Sensory Impairments. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(10):939–42.
65. Mozley CG. Exploring connections between occupation and mental health in care homes for older people. *J Occup Sci*. 2001;8(3):14–9.
66. Elliot AJ, Mooney CJ, Douthit KZ, Lynch MF. Predictors of older adults' technology use and its relationship to depressive symptoms and well-being. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(5):667–77.
67. Cotten SR, Ford G, Ford S, Hale TM. Internet use and depression among retired older adults in the United States: A longitudinal analysis. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(5):763–71.
68. Hitch D, Wright K, Pepin G. The Impact of Leisure Participation on Mental Health for Older People with Depression: A Systematic Review. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2015;33(4):336–45.



69. Linden M, Gehrke G, Geiselmann B. Profiles of recreational activities of daily living (RADL) in patients with mental disorders. *Psychiatr Danub*. 2009;21(4):490–6.
70. Kittrell A. Management of Depression in the Elderly: A Scoping Study. 2016.
71. Luppá M, Sikorski C, Motzek T, Konnopka A, König H-H, Riedel-Heller SG. Health service utilization and costs of depressive symptoms in late life - a systematic review. *Curr Pharm Des*. 2012;18(32):5936–57.