

ORIGINAL/Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento

## Efectos de un programa de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva en una muestra de población mayor portuguesa<sup>☆</sup>

Rosa Afonso<sup>a,\*</sup> y Belén Bueno<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Castelo Branco, Portugal

<sup>b</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2008

Aceptado el 26 de marzo de 2009

On-line el 3 de septiembre de 2009

#### Palabras clave:

Sintomatología depresiva

Memoria autobiográfica

Reminiscencia instrumental

Reminiscencia de integración

### RESUMEN

**Introducción:** Este estudio trata de poner a prueba la eficacia de un programa individual, delimitado y semiestructurado de reminiscencia como estrategia de intervención para la reducción de la sintomatología depresiva en personas mayores portuguesas.

**Material y métodos:** Se elabora un programa semiestructurado de reminiscencia que se desarrolla a través de 5 sesiones individuales. Para el análisis del impacto del programa en la sintomatología depresiva se implementa un diseño experimental en el que han participado 90 personas con más de 65 años de edad, con sintomatología depresiva, sin medicación antidepressiva y sin evidencia de demencia. Cada persona se asigna aleatoriamente a uno de los 3 grupos: a) grupo experimental (sesiones de reminiscencia); b) grupo control, o c) grupo control-placebo (sesiones semanales de relajación). Mediante la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (adaptación de Gonçalves y Fagulha, 2000-2001, de la escala original desarrollada por Radloff en 1977) se realizaron evaluaciones pretest y posttest de la sintomatología depresiva de todos los sujetos separados por el mismo intervalo de tiempo.

**Resultados:** Los resultados obtenidos indican mejoras significativas en el grupo experimental en cuanto a la sintomatología depresiva ( $t [29] = 19,70; p < 0,01$ ); el valor medio baja de 39,87 (desviación típica [DT] = 7,90) a 13,60 (DT = 5,14). En el grupo control la sintomatología depresiva tiende a agravarse (prueba de Wilcoxon [ $z$ ] = -2,83;  $p < 0,001$ ); el valor medio sube de 30,93 (DT = 7,07) a 34,10 (DT = 8,76). En el grupo control-placebo los resultados también indican una disminución de la sintomatología depresiva ( $t [29] = 2,52; p < 0,05$ ) de 33,967 (DT = 7,37) a 30,57 (DT = 9,94), aunque se trate de una diferencia con un nivel de significación inferior al del grupo experimental.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la recuperación y la elaboración de los recuerdos autobiográficos positivos y negativos, la estimulación de reminiscencias instrumentales y de integración y el relato de recuerdos autobiográficos específicos y positivos, son una estrategia de intervención psicológica útil para la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Effects of a reminiscence program on depressive symptomatology in an elderly population in Portugal

### ABSTRACT

**Introduction:** This study analyzed the effectiveness of an individual, delimited, semi-structured reminiscence program as an intervention strategy to reduce depressive symptomatology in a population of Portuguese old people.

**Material and methods:** A semi-structured reminiscence program was developed in 5 individual sessions. The program's impact on depressive symptomatology was tested in 90 subjects aged over 65 years with depressive symptoms, no antidepressive medication, and no signs of dementia. In a randomized experimental design, participants were assigned to one of 3 groups: a) experimental group (exposed to the program); b) control group, or c) placebo-control group (with weekly relaxation sessions). Pre and post-test score differences in Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (adapted by Gonçalves and Fagulha, 2000-2001, from the original developed by Radloff, 1977), were analyzed in all participants at the same time intervals.

**Results:** In the experimental group, significant improvements were found in depressive symptomatology ( $t [29] = 19.70, p < 0.01$ ); the mean values decreased from 39.87 (standard deviation [SD] = 7.90) to 13.60

#### Keywords:

Depressive symptomatology

Autobiographical memory

Instrumental reminiscence

Integrative Reminiscence

<sup>☆</sup> Este trabajo recibió el Premio PAÑELLA-CASAS 2008, Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento, a la mejor comunicación oral en el 50.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, celebrado en Granada en Junio de 2008.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmafonso@ubi.pt (R. Afonso).

(SD = 5.14). In the control group, a significant increase in depressive symptomatology was observed ( $z = -2.83$ ;  $p < 0.001$ ); the mean values rose from 30.93 (SD = 7.07) to 34.10 (SD = 8.76). In the placebo-control group, depressive symptomatology was reduced ( $t [29] = 2.52$ ;  $p < 0.05$ ) from 33.967 (SD = 7.37) to 30.57 (SD = 9.94), although the difference was less significant than that observed in the experimental group.

**Conclusions:** The results suggest that elaboration of positive and negative autobiographical memories, stimulation of instrumental and integrative reminiscences and narration of specific and positive autobiographical memories using the reminiscence program, as designed and analyzed in this study, may be a tool for psychological intervention to reduce depressive symptomatology in old age.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Es muy probable que la depresión sea la principal causa de sufrimiento emocional en el final de la vida, y ésta reduce de forma significativa, la calidad de vida de las personas mayores<sup>1</sup>. La depresión en la vejez convive frecuentemente con otras enfermedades físicas y psiquiátricas<sup>2</sup>, cuya interacción bidireccional es susceptible de empeorar el estado de salud y calidad de vida de las personas. Se trata además de un tipo de sintomatología que pasa frecuentemente desapercibida<sup>3</sup>, debido a su frecuente presentación atípica y también debido a los estereotipos negativos asociados a la vejez.

La depresión no tratada empeora el pronóstico<sup>4</sup>, aumenta el riesgo de mortandad<sup>5,6</sup> y constituye una amenaza a la integridad y al bienestar de las personas mayores. Por otro lado, el tratamiento de la depresión en personas mayores parece mejorar la calidad de vida, aumentar la salud física y la supervivencia, disminuir los costes de los cuidados de salud, aumentar la productividad<sup>7</sup> y prevenir el suicidio en la vejez<sup>8</sup>.

Diferentes estudios indican que los antidepresivos, la psicoterapia y el tratamiento de otras enfermedades tienen resultados sobre la reducción de la sintomatología depresiva<sup>7</sup>. En el ámbito de la psicoterapia, la reminiscencia es una alternativa que presenta un elevado potencial terapéutico para el tratamiento de la sintomatología depresiva en la vejez<sup>9-12</sup>. Se trata de usar los recuerdos autobiográficos como una reserva de experiencias para provocar cambios terapéuticos. La terapia de reminiscencia, al contrario de lo que sucede con otros tipos de psicoterapias, ha sido especialmente desarrollada para personas mayores.

La reminiscencia, específicamente la de integración y la instrumental, implica a procesos y contenidos cognitivos cuyo funcionamiento puede afectar al mantenimiento y desarrollo de la depresión, tales como la autoevaluación, atribuciones causales para los acontecimientos, evaluación de los recursos personales de afrontamiento y selección de estrategias de afrontamiento<sup>13</sup>. La intervención consiste en usar el importante repertorio de recuerdos autobiográficos de las personas mayores a través de la reminiscencia instrumental y de la integración para acceder a construcciones y cogniciones con elevado potencial de reestructuración cognitiva<sup>14</sup>. Las intervenciones con reminiscencia permiten, además, entrenar la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos positivos, atenuando la tendencia de las personas con sintomatología depresiva hacia la rememoración autobiográfica intrusiva de recuerdos con valencia emocional negativa<sup>15-17</sup> y hacia un estilo de recuperación sobregeneralizado<sup>18</sup>.

### Construcción de un programa de reminiscencia para personas mayores con sintomatología depresiva

El programa de reminiscencia construido va dirigido a personas mayores con sintomatología depresiva y se organiza en 5 sesiones individuales, delimitadas y semiestructuradas, para posibilitar su adaptación a la idiosincrasia de cada individuo. En

cada sesión se trabaja un tema distinto: a) infancia; b) juventud y madurez; c) ciclo vital y puntos de bifurcación; d) presente, futuro y sentido de la vida, y e) identidad y autorretrato. Para cada sesión existen cuestiones tipo que estimulan reminiscencias alrededor del tema. 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 bienestar<sup>13</sup>. 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 depresiva<sup>20</sup>.

Las dimensiones a trabajar a lo largo de las sesiones son la integridad del yo; la identidad, coherencia y estructura de la construcción y atribución de significado a las experiencias; la reconstrucción y reinterpretación de experiencias y sentimientos; la búsqueda y desarrollo de un hilo conductor estructurante de la historia de vida; la comunicación y verbalización de los sentimientos y de las experiencias; la recuperación de recuerdos autobiográficos, y la construcción de episodios de vida. En la tabla 1 se presentan directrices generales para el desarrollo del programa.

El programa de reminiscencia construido en el ámbito de este estudio se ha basado, fundamentalmente, en los siguientes programas: a) el estudio del ciclo vital a partir de las historias de vida<sup>19</sup>; b) *searching for the meaning in the life*<sup>10</sup>; c) entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva<sup>20</sup>, y d) Life Review and Experiencing Form<sup>21</sup>. En relación con los programas existentes, y concretamente en relación con los programas en que se ha basado la construcción del desarrollado por las autoras, este programa presenta algunas especificidades. Una de las principales diferencias tiene que ver con el hecho de promover la recuperación de acontecimientos positivos y negativos, a diferencia de otros que se centran exclusivamente en el entrenamiento de recuerdos positivos. Esta diferencia es debido a la importancia atribuida a la integridad del yo, que es considerada una de las funciones más importantes de la

**Tabla 1**

Directrices generales para las sesiones del programa

1. Favorecer estrategias de reminiscencia de integración e instrumental
2. Permitir la recuperación de acontecimientos negativos
3. Fomentar la reconstrucción de los acontecimientos y la búsqueda de un significado para los acontecimientos autobiográficos relatados
4. Fomentar la recuperación de acontecimientos autobiográficos específicos
5. Terminar cada sesión con la recuperación de un evento positivo, trabajar, entrenar y reforzar la recuperación específica de ese recuerdo
6. Hacer un registro o grabación de las sesiones
7. Entre sesiones, preparar la siguiente de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto, seleccionando las cuestiones que pueden facilitar su desarrollo

reminiscencia, y la consecuente necesidad de recuperar y trabajar conflictivos no resueltos.

Con este estudio se ha analizado el impacto de un programa de intervención basado en la reminiscencia en personas mayores portuguesas con sintomatología depresiva. La hipótesis es que los sujetos expuestos al programa de reminiscencia disminuirán su nivel medio de sintomatología depresiva, mientras que los sujetos de los grupos de control mantendrán o incluso aumentarán la sintomatología depresiva.

## Material y métodos

### Participantes

Los sujetos fueron derivados para su estudio desde su centro de salud, habiendo sido previamente informados sobre él. En una primera fase se seleccionaron 165 sujetos. Debido a la mortandad experimental se hizo un segundo reclutamiento de 10 sujetos.

Los criterios de inclusión establecidos para la selección de la muestra fueron los siguientes: a) sintomatología depresiva, según la puntuación obtenida en la escala CES-D, versión portuguesa de Gonçalves y Fagulha<sup>22</sup>; b) sin deterioro cognitivo, según la puntuación obtenida en el MMSE Mini Mental State Examination), versión portuguesa de Guerreiro et al<sup>23</sup>; c) sin terapia farmacológica para la depresión, y d) con edad igual o superior a 65 años.

En total participaron 90 personas mayores con edades entre 65 y 94 años, siendo la media de 76 años (desviación típica [DT] = 6,67) y la moda de 72 años de edad. Los sujetos han sido asignados de forma aleatoria al grupo experimental, al grupo control y al grupo control-placebo. Para una descripción de los 3 grupos en que se han distribuido los sujetos, se presenta la tabla 2 que muestra las características sociodemográficas por grupos. La prueba H de Kruskal-Wallis indicó que los 3 grupos eran homogéneos en cada una de esas variables sociodemográficas ( $p = 0,01$ ).

### Procedimiento

Los sujetos encaminados para el estudio por el centro de salud o por el médico de cabecera, después de haber dado su

consentimiento informado, completaron el MMSE (versión portuguesa de Guerreiro et al, 1994) y la escala CES-D (versión portuguesa de Gonçalves y Fagulha, 2003). La escala CES-D se administró para la evaluación pretest y postest de la sintomatología depresiva. Los sujetos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio fueron asignados aleatoriamente a las condiciones experimentales del estudio (grupo experimental, grupo control y grupo control-placebo).

Los sujetos del grupo experimental participaron en las 5 sesiones individuales de reminiscencia del programa implementado.

Los sujetos del grupo control-placebo participaron en 5 sesiones grupales de relajación (una por semana), que fueron desarrolladas en un salón del centro de salud. Hay que reseñar que se produjo una elevada mortandad en este grupo por imposibilidad de conciliación de horarios con el grupo o por impedimentos familiares. El elevado nivel de abandono hizo recomendable un segundo reclutamiento de participantes con ayuda de los médicos de cabecera.

En cuanto a los sujetos del grupo control, mientras los demás grupos participaban en sesiones individuales o de relajación en grupo, estuvieron exentos de cualquier tipo de intervención psicológica o contacto con el investigador.

Después de las semanas de intervención de reminiscencia, de intervención placebo o de "no intervención", todos los sujetos se sometieron a una evaluación postest de la sintomatología depresiva (escala CES-D) con el mismo intervalo de tiempo. La tabla 3 ilustra la organización del estudio.

Todo el procedimiento, o sea, las evaluaciones pretest y postest, la asignación a los grupos y las intervenciones de reminiscencia o de relajación, fue desarrollado por el mismo investigador.

### Medidas

#### Mini Mental State Examination

Se aplicó el MMSE, construido por Folstein, Folstein y Mchugh<sup>24</sup> y adaptado a la población portuguesa por Guerreiro et al<sup>23</sup> para el screening de la demencia.

#### Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

La escala CES-D, desarrollada por Radloff<sup>25</sup> y adaptada a la población portuguesa por Gonçalves y Fagulha<sup>22</sup>, presenta un lenguaje accesible, sensibilidad a pequeñas variaciones en la sintomatología depresiva y la posibilidad de poder aplicarse oralmente. La escala CES-D consta de 4 subescalas en las que se evalúa lo siguiente: a) el afecto depresivo, con ítems del estilo de "me siento triste"; b) el afecto positivo, evaluado por ítems como "siento gusto o placer en la vida"; c) lo somático, evaluado por ítems como "no tengo ganas de comer", y d) las relaciones interpersonales, evaluado por ítems como "siento que no le gusto a la gente". Asimismo, se recoge una puntuación total. Cuanto más elevada sea la puntuación total, mayor es la intensidad de la sintomatología depresiva. Aunque para fines de investigación sea interesante analizar los resultados por subescalas, el instrumento proporciona un único índice de la sintomatología depresiva<sup>22</sup>.

#### Programa de intervención de reminiscencia para personas mayores con sintomatología depresiva

El programa implementado y construido en el ámbito de este estudio se ha organizado en 5 sesiones individuales. Los materiales utilizados en la intervención han sido material de grabación (en caso de que el sujeto lo autorizase) y un cuaderno o portafolio de registro de las sesiones. En las sesiones se han estimulado reminiscencias de tipo instrumental y de integración y

**Tabla 2**  
Características sociodemográficas de los grupos de la muestra (n = 90)

	Grupo experimental (n = 30) Frecuencia	Grupo control (n = 30) Frecuencia	Grupo control-placebo (n = 30) Frecuencia
<b>Sexo</b>			
Varón	5 (16,7%)	5 (16,7%)	9 (30%)
Mujer	25 (83,3%)	25 (83,3%)	21 (70%)
<b>Edad</b>			
65-74 años	14 (46,7%)	18 (60%)	10 (33,3%)
75-84 años	14 (46,7%)	10 (33,3%)	14 (46,7%)
85-94 años	2 (6,7%)	2 (6,7%)	6 (20%)
<b>Estado civil</b>			
Soltero	2 (6,7%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Casado	16 (53,3%)	18 (60%)	9 (30%)
Divorciado		1 (3,3%)	1 (3,3%)
Viudo	12 (40%)	10 (33,3%)	19 (63,3%)
<b>Escolaridad</b>			
Analfabeto	11 (36,7%)	9 (30%)	11 (36,7%)
1 a 4 años de escolaridad	11 (36,7%)	14 (46,7%)	13 (43,3%)
5 a 8 años de escolaridad	3 (10%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
9 a 12 años de escolaridad	3 (10%)	3 (10%)	2 (6,7%)
Estudios superiores	2 (6,7%)	3 (10%)	3 (10%)

**Tabla 3**  
Organización de la investigación

	Grupo experimental Reminiscencia	Grupo control	Grupo control-placebo Relajación
1. <sup>a</sup> y 2. <sup>a</sup> semana	Explicación sobre el estudio, consentimiento y evaluación pretest	Explicación sobre el estudio, consentimiento y evaluación pretest	Explicación sobre el estudio, consentimiento y evaluación pretest
3. <sup>a</sup> a 7. <sup>a</sup> semana	Programa individual de reminiscencia para personas mayores con sintomatología depresiva	Sin contacto	Sesiones de relajación en grupo
8. <sup>a</sup> y 9. <sup>a</sup> semana	Evaluación posttest	Evaluación posttest	Evaluación posttest

se ha estimulado la evocación de recuerdos autobiográficos específicos.

#### Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows. Después de calcular las estadísticas descriptivas básicas de los datos y la consistencia interna de la escala CES-D, se ha estudiado la normalidad (prueba de Shapiro y Wilk) y homogeneidad (prueba de Levene) de las distribuciones para averiguar cuáles son las pruebas más adecuadas: paramétricas o no paramétricas.

El análisis de la normalidad y de la homogeneidad de las distribuciones de los 3 grupos en cuanto a los resultados de la escala CES-D en el pretest, mostró normalidad y homogeneidad de las distribuciones para las puntuaciones totales y para los 4 factores en los 3 grupos, excepto para el factor "afecto positivo" del grupo experimental, para la puntuación total y el factor "relaciones interpersonales" del grupo control, y para los factores "afecto positivo" y "somático" del grupo control-placebo.

En las distribuciones normales y homogéneas se ha usado la prueba de la *t* de Student, que permite comprobar si las medias de dos poblaciones son o no significativamente diferentes. Esta investigación ha permitido valorar si las diferencias entre el pretest y el posttest son o no significativamente diferentes en cada uno de los grupos. En los casos en que no se han constatado distribuciones homogéneas y/o normales se ha usado la prueba de Wilcoxon (*z*) que es la prueba no paramétrica para usar en alternativa a la *t* de Student cuando se pretende comparar la medida de tendencia central de la población en estudio.

#### Resultados

Tal como ilustra la **tabla 4**, la comparación de las medias para los niveles globales de la escala CES-D obtenidos en el pretest y en el posttest indica que en el grupo experimental existen diferencias significativas ( $t [29] = 19,70$ ;  $p < 0,001$ ) en el sentido de una disminución significativa de la sintomatología depresiva (el valor medio baja de 39,87 [DT = 7,90] a 13,60 [DT = 5,14]).

En cuanto al grupo control, existen diferencias significativas ( $z = -2,83$ ;  $p < 0,01$ ) que sugieren que el grupo sin tratamiento aumenta la sintomatología depresiva, de un valor medio de 30,93 (DT = 7,07) en el pretest se pasa a 34,10 (DT = 8,76) en el posttest. Por otro lado, en el grupo control-placebo la sintomatología depresiva ha bajado de 33,967 (DT = 7,37) a 30,57 (DT = 9,94), al contrario de lo esperado. Aunque se trate de una diferencia estadísticamente significativa ( $t [29] = 2,52$ ;  $p < 0,05$ ), tiene un nivel de significación inferior al del grupo experimental. El análisis comparativo de las diferencias en las medias entre los 3 grupos se puede observar en la **figura 1**.

Del análisis de los resultados en los 4 factores de la escala CES-D (**tabla 4**) de los 3 grupos en el pretest y en el posttest se destaca lo siguiente: en el factor "afecto depresivo" se encuentran

**Tabla 4**

La Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) en el pretest y en el posttest en los grupos experimental, control y control-placebo

	Pretest		Posttest		t	z
	M	DT	M	DT		
<b>Grupo experimental (n = 30)</b>						
CES-D total	39,87	7,90	13,60	5,14	19,70 <sup>a</sup>	
Afecto depresivo	20,43	4,50	7,43	3,21	15,33 <sup>a</sup>	
Afecto positivo	9,73	1,98	3,37	1,94		-4,80 <sup>a</sup>
Somático	4,97	1,94	1,63	1,40	12,23 <sup>a</sup>	
Relaciones interpersonales	4,73	1,86	1,17	1,05	13,01 <sup>a</sup>	
<b>Grupo control (n = 30)</b>						
CES-D total	30,93	7,07	34,10	8,76		-2,83 <sup>b</sup>
Afecto depresivo	16,90	4,71	17,90	4,79	-1,56	
Afecto positivo	6,87	2,49	8,03	2,62	-2,51 <sup>b</sup>	
Somático	4,20	1,71	4,57	1,77	-1,65	
Relaciones interpersonales	2,97	1,75	3,60	1,96		-1,58
<b>Grupo control-placebo (n = 30)</b>						
CES-D total	33,97	7,37	30,57	9,94	2,52 <sup>c</sup>	
Afecto depresivo	18,50	4,18	16,07	6,20	3,05 <sup>c</sup>	
Afecto positivo	8,23	2,96	8,50	2,64		-0,04
Somático	4,10	1,85	3,47	1,74		-2,24 <sup>c</sup>
Relaciones interpersonales	3,13	1,72	2,53	1,63	1,74	

DT: desviación típica; M: media.

<sup>a</sup>  $p < 0,001$ .

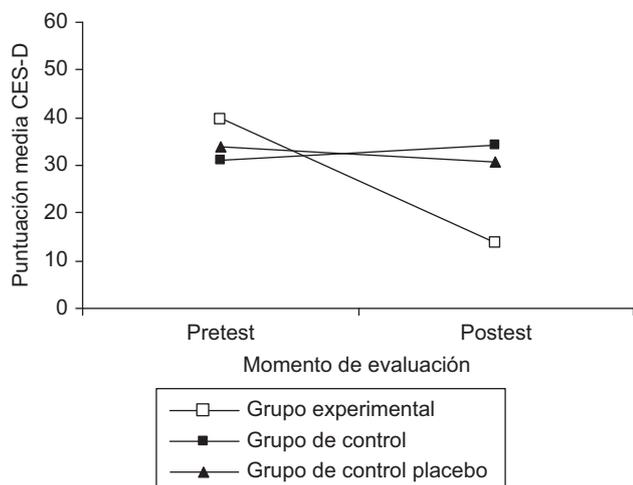
<sup>b</sup>  $p < 0,01$ .

<sup>c</sup>  $p < 0,05$ .

diferencias significativas en el grupo experimental ( $t [29] = 15,33$ ;  $p < 0,001$ ) que indican que en el momento posttest la sintomatología depresiva disminuye, de media 20,43 (DT = 4,50) a 7,43 (DT = 3,21). En el grupo control-placebo también se constata una disminución del "afecto depresivo", de 18,50 (DT = 4,18) a 16,07 (DT = 6,20), estadísticamente significativa ( $t [29] = 3,05$ ;  $p < 0,05$ ), aunque con un nivel de significación estadística inferior al de la diferencia entre las medias apreciadas en el grupo experimental. En el grupo control se registra un aumento en el "afecto depresivo" que no es estadísticamente significativo.

En cuanto al factor "afecto positivo" de la escala CES-D, la comparación de las medias de los resultados obtenidos en el pretest y en el posttest indica que en el grupo experimental existen diferencias significativas ( $z = -4,80$ ;  $p < 0,001$ ) que sugieren que los aspectos de la sintomatología depresiva relacionados con el "afecto positivo" disminuyen en el posttest, pasando de un valor medio de 9,73 (DT = 1,98) a 3,37 (DT = 1,94). Por otro lado, en el grupo control la comparación de las medias en pretest y en posttest indica un aumento estadísticamente significativo ( $t [29] = -2,51$ ;  $p < 0,01$ ), con una media de 6,87 (DT = 2,49) a 8,03 (DT = 2,62) en el posttest. En el grupo control-placebo no se han registrado diferencias estadísticamente significativas en este factor de la escala CES-D.

En la comparación de las medias de los resultados obtenidos en el factor "somático" también se han hallado diferencias



**Figura 1.** Resultados de la comparación de las puntuaciones medias de la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) del grupo experimental ( $n = 30$ ), el grupo control ( $n = 30$ ) y el grupo control-placebo ( $n = 30$ ) en el pretest y en el posttest.

significativas ( $t [29] = 12,23$ ;  $p < 0,001$ ) que indican que en el momento de la evaluación posttest el grupo experimental disminuye significativamente los aspectos somáticos de la sintomatología depresiva, con una media de 4,97 (DT = 1,94) a 1,63 (DT = 1,40). También se han encontrado diferencias significativas en el grupo control-placebo, en el que la comparación de las medias pretest y posttest indica una disminución significativa ( $z = -2,24$ ;  $p < 0,05$ ), con una media de 4,10 (SD = 1,85) a 3,47 (SD = 1,74). En el grupo control no se han registrado diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al factor "relaciones interpersonales" de la escala CES-D, la comparación de las medias de las puntuaciones obtenidas en el pretest y en el posttest de los 3 grupos indica que únicamente en el grupo experimental se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $t [29] = 13,01$ ;  $p < 0,001$ ) en el sentido de que en este grupo la media disminuye en el posttest.

En resumen, los datos indican una reducción de la sintomatología depresiva en el grupo experimental y un aumento de ésta en el grupo control, que no recibe ninguna intervención. En cuanto al grupo placebo, los datos indican, al contrario de lo esperado, una reducción en la sintomatología depresiva aunque no es tan acentuada como en el grupo experimental. Cuando se comparan las medias a nivel de los factores de la escala CES-D se constata que en el grupo experimental la disminución se registra en los 4 factores, mientras que en el grupo control-placebo la disminución sólo es estadísticamente significativa en dos de los factores, "afecto depresivo" y "somático".

## Discusión

Los resultados obtenidos sobre la sintomatología depresiva apoyan la utilización del programa de reminiscencia desarrollado como estrategia de reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. Estos resultados corroboran lo constatado en programas que demuestran la eficacia del uso de la reminiscencia en la reducción de los síntomas depresivos<sup>10-12,26-28</sup>.

Uno de los factores inherentes al programa de reminiscencia usado, que se puede relacionar con la reducción de la sintomatología depresiva, es el hecho de incentivar el relato de recuerdos autobiográficos y su reinterpretación para valorar la vida tal como se ha vivido. De este modo, la reminiscencia puede contribuir al aumento de la valoración personal y a la reducción de la

importancia atribuida a la información que procede de fuentes externas sobre el valor del yo. La reminiscencia favorece la aparición de interpretaciones guiadas por esquemas que se relacionan con los intereses, motivaciones y filosofía personales<sup>28</sup>.

Por otra parte, merece ser destacado el resultado no esperado de la disminución de la sintomatología depresiva en el grupo control-placebo, aunque no haya sido una disminución tan notoria y generalizada en las subescalas como la obtenida en el grupo experimental. Este dato alerta sobre el impacto positivo que en las personas mayores puede tener algún tipo de intervención psicológica, aunque no sea específica para la depresión, sobre la reducción de la sintomatología depresiva global y, específicamente, sobre el "afecto depresivo" y lo "somático". El valor de algún tipo de intervención psicológica es aún más relevante si comparamos los resultados con los obtenidos en el grupo sin ningún tipo de intervención psicológica (grupo control), en que se constata que la sintomatología depresiva tiende a agravarse.

El presente estudio ha permitido analizar las potencialidades de un programa basado en la reminiscencia para la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. Los resultados obtenidos apoyan, más específicamente, la utilización del programa de reminiscencia que tiene como directriz central promover reminiscencias instrumentales y de integración de acontecimientos positivos y negativos del pasado personal, de una forma específica a lo largo de 5 sesiones individuales semiestructuradas.

En cuanto a las potencialidades del estudio presentado se destacan sus implicaciones prácticas, el hecho de estudiar y presentar una propuesta concreta de intervención semiestructurada específicamente analizada y construida para la población mayor portuguesa. Se puede también destacar la existencia de un grupo control-placebo en el estudio que ha permitido considerar que los efectos observados se relacionan más con la especificidad del programa que con explicaciones relacionadas con el hecho de que los sujetos acudieran semanalmente al centro de salud para una intervención o incluso con la atención dada a los sujetos.

En relación con las limitaciones del estudio hay que indicar que la misma persona que ha aplicado las escalas pretest y posttest haya hecho la asignación aleatoria a los grupos y las intervenciones, por tanto, esto puede haber afectado la imparcialidad de los resultados. En cuanto a la periodicidad de las sesiones, la exigencia de comparecer semanalmente ha impedido el acceso a algunos sujetos; sería adecuado un mayor espacio temporal entre las sesiones, de acuerdo con la disponibilidad de los sujetos. Sería también importante introducir algunas sesiones posprograma de seguimiento de los sujetos. En el grupo experimental se ha constatado que después de las 5 sesiones de intervención y de las evaluaciones pretest y posttest, los sujetos sentían necesidad de hacer un proceso menos abrupto de finalización de la intervención. En este sentido se considera que sería interesante prever algunas sesiones de seguimiento con una periodicidad más larga.

Como sugerencias y líneas futuras de investigación nos proponemos el análisis del impacto de este programa en la sintomatología depresiva de las personas mayores en combinación con otro tipo de intervenciones, por ejemplo, la farmacológica. Los sujetos han sido derivados a este estudio por profesionales del área sanitaria, en una lógica de trabajo de equipo multidisciplinar gerontológico. En esta línea, en el futuro sería importante desarrollar y estudiar el programa como una propuesta que se pueda también implementar como estrategia combinada con otras intervenciones.

## Bibliografía

- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58:249-65.
- Blazer DG. Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1915-24.

3. Beekman ATF, Deeg DJH, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med.* 1997;27:1397-409.
4. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1182-9.
5. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: A systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;19:622-30.
6. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry.* 2002;52:205-25.
7. Schulz R, Martire LM, Beach SR, Scheier MF. Depression and mortality in the elderly. *Curr Dir Psychol Sci.* 2000;9:204-8.
8. Duberstein PR, Conwell Y. Suicide. En: Withbourne SK, editor. *Psychopathology in later adulthood.* New York: Wiley; 2000. p. 245-75.
9. Watt LM, Cappeliez P. Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging Ment Health.* 2000;4:166-77.
10. Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G, Smit F, Cuijpers P. Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging Ment Health.* 2005;9:302-4.
11. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montañés J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychol Aging.* 2004;19:272-7.
12. Westerhof GJ, Bohlmeijer E, Valenkamp MW. In search of meaning: A reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology.* 2004;30:751-66.
13. Wong PTP, Watt LM. What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychol Aging.* 1991;6:272-9.
14. Cappeliez P. Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. En: Webster JD, Haight BK, editors. *Critical advances in reminiscence work: From theory to application.* New York: Springer Publishing Company; 2002. p. 300-13.
15. Brewin CR, Watson M, McCarthy S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behav Res Ther.* 1998;36:1131-42.
16. Kuyken W, Brewin CR. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *J Abnorm Psychol.* 1995;104:585-91.
17. Spenceley A, Jerrom W. Intrusive traumatic childhood memories in depression: A comparison between depressed, recovered and never depressed women. *Behav Cognit Psychother.* 1997;25:309-18.
18. Williams JMG. Depression and specificity of autobiographical memory. En: Rubin DC, editor. *Remembering our past: Studies in autobiographical memory.* Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 244-67.
19. Villar F, Triado C. El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2006.
20. Latorre JMP, Montañés JR, Serrano JP, Hernández JVV, Sancho MJV, Alarcón HM, et al. Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, n.º 13; 2003 [Fecha de acceso: 08/01/2009; Fecha de publicación: 19/05/2005]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-13.pdf>
21. Haight BK, Webster JD. The art and science of reminiscing: Theory, research methods, and applications. Bristol: Taylor & Francis; 1995.
22. Gonçalves B, Fagulha T. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). En: Gonçalves MM, Simões MR, Almeida LS, Machado C, editors. *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa, vol. 1.* Coimbra: Quarteto; 2003. p. 33-43.
23. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do mini mental state examination. Resumos da Reunião de Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia; 1994;3:9-10.
24. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
25. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1:385-401.
26. Stones MJ, Rattenbury C, Kozma A. Group reminiscence: Evaluating short- and long-term effects. En: Haight BK, Webster JD, editors. *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications.* Bristol: Taylor & Francis; 1995. p. 139-50.
27. Wang JJ. The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *J Nurs Res.* 2004;12:237-45.
28. Watt LM, Cappeliez P. Reminiscence interventions for the treatment of depression in older adults. En: Haight BK, Webster JD, editors. *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications.* Bristol: Taylor & Francis; 1995. p. 212-32.