

Fatima el Bouhali Abdellaoui

**¿AUMENTA LA DEPRESIÓN EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A
PERSONAS DE LA TERCERA EDAD?**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Sílvia Duran Bonavila

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, agradecer a mi tutora académica **Sílvia Duran Bonavila** por el seguimiento y apoyo continuo antes, durante y posterior a la realización del presente estudio, por su paciencia y tiempo dedicado. Gracias por la guiarme y por mantener, mediante optimismo, la motivación que me permitió llevar a cabo el proyecto de manera positiva.*

*En segundo lugar, agradecer a las residencias **STS Misericordia (Reus)** y **Les Vinyes (Falset)** por permitirme la recogida de datos en tiempos difíciles de pandemia. Gracias por facilitarme llevar a cabo una valoración personal, por el tiempo que habéis dedicado en mí y por vuestra amabilidad.*

*Finalmente, agradecer el apoyo recibido por mis **padres, hermanas, amigos/as** y **compañeros/as** del grado de Psicología. Gracias por empujarme a avanzar en momentos de saturación, gracias por motivarme día a día y, sobre todo, gracias por confiar en mí.*

ÍNDICE

1.	Introducción teórica.....	4
1.1.	La vejez y el envejecimiento.....	4
1.2.	Cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento normal.....	6
1.3.	Los centros de atención de personas de tercera edad.....	7
1.4.	La Depresión.....	9
1.4.1.	Factores de riesgo	10
1.5.	La Depresión en gente mayor y su papel en los centros de tercera edad. 10	
2.	Objetivos e hipótesis.....	13
3.	Metodología.....	16
3.1.	Participantes.....	16
3.2.	Instrumentos.....	16
3.3.	Procedimiento	17
3.4.	Análisis estadístico	17
4.	Resultados.....	18
5.	Discusión.....	27
5.1.	Limitaciones.....	29
6.	Conclusiones.....	30
7.	Bibliografía	31
8.	Anexos	35
8.1.	Cuestionario administrado	35

1. Introducción teórica

1.1. La vejez y el envejecimiento

La vejez y el envejecimiento son términos que normalmente se relacionan entre ellos. No obstante, es muy importante diferenciar estos dos conceptos y conocer lo que conlleva cada uno de ellos. Por ello, de manera resumida, hay que partir de que la vejez resulta ser la última etapa vital mientras que el envejecimiento implica el proceso de crecimiento mediante el cual se llega a la tercera edad y que conlleva modificaciones biológicas, físicas, psicológicas y sociales en el ser humano, acto que se lleva a cabo a lo largo del ciclo vital pero que se asocia a la tercera edad dado que la vejez refleja el resultado de todos los cambios adquiridos a lo largo de la vida (Robledo Marín, 2020).

Como se ha mencionado anteriormente, la vejez corresponde a la tercera y última fase del ciclo vital, la cual se sitúa posterior a la juventud y a la edad adulta e inicia a partir de los 60 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Históricamente, se le ha atribuido a esta etapa vital diferentes nombres, así como ancianidad, vejez, tercera edad, etapa de declinación, etc., todas ellas haciendo referencia al perfil de persona mayor que ha alcanzado la última etapa de la vida. Asimismo, a lo largo de los años, también se han generado diferentes definiciones que explican este concepto. Por ejemplo, desde la filosofía griega, Platón, en su obra *la República* (370 a.C), expresa, mediante una visión positiva, que la ancianidad es la etapa en la que las personas alcanzan sus virtudes morales más óptimas. Por otro lado, retomando una perspectiva contraria al filósofo anterior, Aristóteles define la vejez como una etapa de debilidad e, incluso, la convierte en una enfermedad. Estas dos explicaciones han ido evolucionando hasta la actualidad, donde podemos encontrar que, por ejemplo, según la Real Academia Española (RAE, 2021), la ancianidad se define como el *último período de la vida ordinaria del ser humano, cuando ya se es anciano*. Del mismo modo, autores como Guillermo Cabanellas de Torres -en el Diccionario Jurídico Elemental (1993)- define la vejez como *edad de la vida en que suele iniciarse la decadencia física de los seres humanos; calculada alrededor de los 60 años*.

No obstante, igual que en épocas antiguas, se ha generado una controversia en cuanto a la existencia de este concepto, así pues, autores como Joseph F. Coughlin (2021), establecen que el concepto *vejez* ha estado un invento social que afecta negativamente en la visión de las personas mayores creando así prejuicios sobre las mismas.

A pesar de los desacuerdos mencionados, encontramos un punto en común en todas las explicaciones, y es que el ser humano se hace mayor y envejece. Por ello, es importante saber distinguir la tercera etapa vital del proceso que conduce a ella, es decir, la *vejez* del envejecimiento. Por un lado, la *vejez*, como ya he mencionado anteriormente, se considera la última etapa del desarrollo humano, mientras que, por otro lado, el *envejecimiento* hace referencia, generalmente, a un proceso vital de carácter universal e irreversible que comporta modificaciones a nivel biológico, físico, psicológico y social que inicia desde el nacimiento, aunque se relaciona, mayoritariamente, con la tercera edad (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

El envejecimiento, tal como indica la palabra, hace referencia al proceso de crecer y, como bien sabemos, el ser humano se hace mayor desde que nace hasta que fallece, de manera gradual e irreversible. No obstante, la mayoría de la población, considera que esta acción se da durante la tercera edad ya que es la etapa en la que se observan, de manera contrastada, las variaciones físicas -principalmente-, biológicas, psicológicas y sociales (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Por lo tanto, podemos considerar errónea la equivalencia que se le atribuye a la *vejez* y al envejecimiento y, de la misma manera, podemos indicar que el envejecimiento es un acto necesario para llegar a la tercera edad.

En adición, podemos diferenciar el envejecimiento según los cambios que se producen, donde encontramos: (1) el *envejecimiento primario o normal* el cual hace referencia a los cambios graduales e inevitables que se dan de manera biológica, psicológica y social, asociados a la edad y que ocurren a consecuencia del tiempo; (2) el *envejecimiento secundario o patológico*, el cual hace referencia a los cambios que aparecen a causa de aspectos ambientales y comportamentales -así como enfermedades o malos hábitos

(se pueden prevenir en algunos casos)-; (3) el *envejecimiento terciario*, el cual hace referencia a las pérdidas rápidas que se dan una vez se acerca la muerte (Figueroba y Figueroba, 2021) y *el envejecimiento exitoso*, el cual hace referencia al momento en que las personas se sienten satisfechas en la etapa de la vejez y mantienen las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas y sociales). Dada la diferenciación de los varios tipos de envejecimiento, es necesario recalcar la importancia de no atribuir la vejez a una enfermedad ya que, la enfermedad no es un hecho que se da de manera obligada en la vejez, no obstante, durante la tercera edad aumenta la probabilidad de darse la indisposición (Sarabia, 2009).

1.2. Cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento normal

A lo largo del ciclo vital, como he mencionado con anterioridad, se realizan cambios en todos los aspectos del ser humano, no obstante, es en la tercera edad cuando se reflejan de manera contrastada. Por lo tanto, durante el envejecimiento normal, especialmente, se pueden observar (a) *cambios físicos observables* – arrugas alrededor de los ojos, disminución del tono muscular, pelo más fino y gris (o incluso pérdida del mismo, especialmente en hombres), más sobrepeso, disminución de la estatura corporal, reducción de las capacidades sensoriales, etc. (Castanedo Pfeiffer y Sarabia Cobo, 2017)-; (b) *cambios biológicos* -enlentecimiento de movimientos, disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular, disminución funcional del sistema renal, reducción del peso y tamaño de los órganos (hasta el 18% menor del peso cerebral a los 90 años), aumento de la sensibilidad del sistema nervioso central, entre otras (Cynthia, 2017)-; (c) *cambios sociales* – pobreza relativa por la reducción de ingresos, soledad, cambios en el estado marital, los prejuicios de la sociedad hacia la gente mayor, abandono de la vivienda para mudarse a los centros de atención de personas de la tercera edad (en algunos casos), etc. (Cynthia, 2017)- y (d) *cambios psicológicos* – declive en la atención, disminución de la capacidad memorística, desorientación temporal, etc.- (Cynthia, 2017).

1.3. Los centros de atención de personas de tercera edad

Para este proyecto, resulta de gran interés centrarse en el abandono del hogar durante la vejez para habitar en un centro de atención de personas de la tercera edad -también conocidas como residencias de personas mayores-.

Es importante conocer qué son estos centros y qué lleva a las personas ir allí.

Pues bien, desde una perspectiva social, se podría definir a las residencias de tercera edad como unos centros dónde viven las personas mayores, por otra parte, de manera más detallada, la IMSERSO¹ (2020), las expresa como instalaciones que incluyen servicios y programas de intervención apropiados a las necesidades de las personas que residen en ellas, ya sea de manera temporal o permanente. La finalidad de estos servicios, desde una perspectiva biopsicosocial, es facilitar alojamiento, atención social, sanitaria y personal -con profesionales médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas y fisioterapeutas-, entre otros aspectos. Asimismo, hay una serie de características que te permiten alojarte a estas instalaciones, así como haber alcanzado los 60 años de edad, no presentar enfermedades clínicas que necesiten únicamente atención en un hospital, no padecer trastornos mentales graves, etc. (IMSERSO, 2020).

Pero, ¿qué lleva a las personas mayores querer abandonar su hogar y mudarse a este tipo de alojamiento? Para responder esta pregunta es necesario especificar que cada caso es diferente y que todo lo que se expresa es de manera general. Es primordial que la persona que vaya a residir en un centro de personas de tercera edad lo haga de manera consciente, aunque en algunos casos, la decisión es tomada por el entorno más cercano dado que consideran ser la mejor opción ya sea por la presencia de una demencia o un deterioro cognitivo (Peraita, 2018). No obstante, muchas veces, el entorno íntimo se encuentra ocupado profesionalmente, alejado del domicilio de la persona mayor, situaciones personales que impiden prestar la total atención a los mayores, etc., y consideran que, con tal de que el sujeto anciano no se sienta solo o quizás por algún motivo de salud -dado que con el paso del año se convierten más dependientes y necesitan más atención-, es mejor estar

¹ Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

en un lugar que posee variedad de cuidados médicos, actividades sociales y psicológicas, intimidad, entre otros.

Ciertamente, el hecho de abandonar el hogar personal para mudarse a un centro de personas mayores afecta de manera significativa los primeros días de estancia en las nuevas instalaciones, no obstante, las residencias poseen un *protocolo de adaptación* con la finalidad de facilitar la acomodación del nuevo residente. Con tal de lograr esta habituación en el reciente alojamiento, mediante el protocolo, se realiza una presentación de las diferentes partes del centro, una explicación de las rutinas y servicios de la residencia, una presentación del personal y de los compañeros y compañeras de la planta, entre otros (Rodríguez, 2015). Aun así, es el paso del tiempo el que permite una adaptación y un conocimiento positivo del funcionamiento del nuevo hogar junto a las personas con las que se comparte tal disposición.

Sin embargo, a pesar de adquirir una nueva rutina y un nuevo entorno cercano, es cierto que se observan afectaciones negativas que provienen a causa del abandono de su hogar antiguo, como por ejemplo que las rutinas - y las normas- que presenta el centro puede ir en contra de los intereses de los mayores, sobre todo en sujetos independientes, ya que se sienten limitados en cuanto a sus actividades de vida diaria (Manuel, 2011). Otro tipo de afectación es el hecho de -en algunos casos- compartir habitación con algún/a compañero/a, dado que reduce la intimidad y, en caso de no lograr un vínculo de confianza y positividad, puede generar conflictos y causar molestias en la vida de la persona. Asimismo, también podemos ver que, a causa de la Covid-19², se han disminuido las visitas de los familiares y las actividades que se llevan a cabo fuera del centro, hecho que aumenta el sentimiento de preocupación por los familiares que se encuentran fuera de la residencia, miedo por la propia salud, reducción de actividades de ocio que solían hacer con los visitantes, etc. Estas limitaciones, como se puede deducir, afectan en el estado anímico de los residentes ya sea de manera puntual o más duradera.

² Enfermedad **infecciosa causada** por el **SARS-CoV-2**.

1.4. La Depresión

La depresión siempre ha estado presente a lo largo de la historia en todo tipo de culturas, por ejemplo, Hipócrates definió por primera vez la *bilis negra*, la cual hacía referencia a la melancolía. Posteriormente, Galeno -médico y filósofo griego- establece el *temperamento melancólico*, entre otras tipologías, basándose en la bilis negra y haciendo referencia a personas fuertes y lentas, inclinadas a la depresión. Este término, fue utilizado a lo largo de la historia hasta que el psiquiatra alemán Kraepelin, -1921- los mencionó como *estados maníaco-depresivos* en su octava edición de sus escrituras diferenciándolos de la *demencia precoz* -a día de hoy, esquizofrenia-. Unos años más tarde, en 1930, Manfred Breuler nombra los *trastornos afectivos*, denominación que ha sido sustituida por *trastornos del estado de ánimo* por parte de DSM IV³. Actualmente, la nueva versión del DSM (DSM-V, 2013) ha resumido la psicopatología en *trastorno de la depresión* y, además, define los síntomas que conlleva tal enfermedad, los cuales son: presentar un estado de ánimo deprimido y/o alcanzar una pérdida de interés o de placer en las actividades que antes generaban bienestar. Asimismo, es importante que estos estados se den durante el período mínimo de dos semanas y que afecte en los diferentes ámbitos de la vida de la persona que lo padece. De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental caracterizado por diferentes síntomas como ahora la presencia de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Por lo que podemos concluir que la depresión, de manera general, resulta ser una enfermedad afectiva en la que predomina la tristeza y el decaimiento acompañado del abandono de intereses propios y/o pensamientos pesimistas sobre uno mismo.

Globalmente, el trastorno depresivo afectó, en 2015, a más de 322 millones de personas, es decir, el 4,4% de la población mundial. En España, la prevalencia del 2015⁴ ha estado el 5.2% -2.5 millones de personas- que sufren depresión, un 18,4% superior respecto 2005, según ANAED⁵ (2015).

³ Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders.

⁴ Datos más recientes.

⁵ Ayuda Contra la Depresión.

Además, a partir de los datos obtenidos de la EESE⁶, podemos ver que las mujeres padecen más este trastorno con un 4.55%, mientras que los hombres disminuyen el porcentaje a casi la mitad con un 2,46%.

1.4.1. Factores de riesgo

La aparición del trastorno depresivo puede ser debido a varios factores ya sean (a) *genéticos* -por ejemplo, si se detectan antecedentes que padecen de la depresión, la probabilidad de adquirirla es de un 25%-30%, además, también se han encontrado genes relacionados con la predisposición de la existencia de tal trastorno a causa de la personalidad de la persona-, (b) *fisiológicos* -por ejemplo, la Depresión está relacionada con el neurotransmisor serotonina-, (c) *personales* - por ejemplo, la edad determina un papel importante en cuanto a la presencia de este trastorno- o (b) *ambientales* -por ejemplo, todas aquellas situaciones que, inicialmente, producen estrés y desencadenan en depresión (se da en momentos de aislamiento, escasa relación con los demás, situaciones negativas, etc.) (Castro Rodríguez, 2021).

1.5. La Depresión en gente mayor y su papel en los centros de tercera edad.

Ciertamente, la depresión en personas mayores a 65 años resulta ser del 13% de la población española, no obstante, esta cifra puede doblarse si se centra en las personas depresivas que se encuentran alojadas dentro de residencias de personas mayores. Asimismo, la OMS indica que el 25% de la población anciana presenta algún tipo de trastorno entre los cuales presencia la Depresión como el más frecuente hasta el rango de edad de 75 años. No obstante, la prevalencia, de las personas mayores que presentan este trastorno, predomina en función de su localización - 10% en viviendas particulares; 15-35% en residencias; 10-20% en hospitales; 40% en tratamiento por trastorno somático y 50% en centro psiquiátricos- (Ayala, 2007).

⁶ Encuesta Europea de Salud en España.

Hay que retomar que en la tercera edad se producen cambios de carácter psicológico los cuales pueden causar respuestas comportamentales, es decir, la persona puede llegar a perder el interés por su entorno refugiándose en su pasado -*ensimismamiento*-, puede presentar una inadaptación, en este caso, dentro del centro de personas mayores -*rebelión*- o incluso pueden manifestar una pérdida de personalidad -*machaconería*- (Vera Vera, 2000). Por otro lado, también se producen cambios sociales, como ahora una disminución de la afectividad, la sensación de abandono y soledad o el sentimiento de inutilidad dentro de la sociedad -ya no trabajan y la mayoría son pensionistas-, entre otros.

Asimismo, hay que tener en cuenta que la gente mayor presenta características clínicas específicas, las cuales suelen atribuirse, de manera incorrecta, al proceso del envejecimiento normal (Brüning, 2019), no obstante, la presencia del trastorno afectivo en la edad mayor, genera síntomas que perjudican los diferentes aspectos vitales de la persona que lo padece - aunque cada persona experimenta la Depresión de manera diferente-. Por lo tanto, la sintomatología se puede establecer, (a) por una parte, en cuanto a la *funcionalidad* de la persona, se pueden dar sensaciones de abatimiento, tristeza, soledad, un aumento de la irritabilidad, miedo o ansiedad -entre otros; (b) por otro lado, en cuanto a la parte *cognoscitiva*, se pueden generar alucinaciones, ideas delirantes, pensamientos suicidas, dificultad de concentración o pesimismo; (c) por otra parte, en cuanto el *aspecto físico*, se pueden contemplar dificultades del sueño, adelgazamiento, dolores o actitud y (d), finalmente, en cuanto al *aspecto volitivo*, se puede observar una pérdida de motivación o falta de voluntad (Calvo Aguirre, 1989).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la persona mayor institucionalizada resulta ser más vulnerable y con más probabilidad de padecer Depresión. Esto se debe a que, dentro de los centros de tercera edad, el paso del tiempo se convierte en más rutinario generando así monotonía y aburrimiento, hecho que favorece la alta prevalencia de Depresión en las residencias (30-50%) (Calvo Aguirre, 1989).

El hecho de tener limitaciones dentro de los centros de gente mayor como ahora, alejarse del entorno cercano, no alcanzar una comodidad máxima

dentro del alojamiento, reducir las actividades de ocio que se llevan a cabo fuera de los centros -sobre todo en la actual época pandémica-, tener sentimientos de abandono, etc., facilita que las personas mayores puedan presentar episodios de gran tristeza y pueden comportar a síntomas de carácter depresivo. Como he mencionado anteriormente, uno de los factores que puede aumentar la probabilidad de padecer la Depresión es encontrarse frente situaciones negativas o de aislamiento -entre otros-, hechos que suelen experimentarse durante el cambio de hogar (factor ambiental).

A lo largo de las páginas anteriores, se ha podido conocer el conjunto de cambios que experimenta el ser humano en sus diferentes ámbitos, ya sea modificando, adaptando o adquiriendo nuevas capacidades y características personales. Es por eso que, se puede concluir que, el progreso vital conlleva una serie de variaciones que aparecen a medida que las personas van creciendo hasta que llegan a la última etapa del ciclo vital.

Actualmente, la vejez, es considerada la fase final del ser humano, la cual se define, desde una perspectiva teórica, la etapa en la que se producen cambios a nivel corporal, biológico, psicológico y social. Dicho de otro modo, desde un punto de vista más subjetivo, se puede observar cómo los adultos mayores -no todos- padecen de dolores crónicos, viven la experiencia del fallecimiento de personas cercanas, se da una pérdida de la autonomía -en algunos casos- o, por ejemplo, se produce el abandono del hogar para mudarse a una residencia de tercera edad. Los hechos mencionados, pueden generar una disminución de la velocidad del movimiento corporal, tristeza, reducción del sueño, falta de motivación, sentimiento de culpa o de soledad, entre otras más sensaciones.

Ciertamente, el aspecto que más destaca es el hecho de tener que -en algunos casos- abandonar los hogares habituales con la finalidad de mudarse en un centro de atención a personas de tercera edad. Esto puede causar un cambio en el estado anímico de las personas mayores y puede prolongarse e interferir en la vida diaria durante días, semanas o incluso meses convirtiéndose así en una depresión. Este factor de riesgo, además, se

corroborar en el estudio realizado por Muñoz y Rodríguez (2015), donde, a partir de las escalas EDDA (Escala de Detección de Depresión), se observa que un 80% de las personas mayores que residen en las residencias padecen Depresión, mientras que el 26,8% de los adultos mayores que vivían en sus domicilios, mostraban riesgo de Depresión.

Así pues, a lo largo de este proyecto se pretende analizar el grado de afectación emocional en las personas que habitan en las residencias de gente mayor y, posteriormente, realizar una comparativa en cuanto a las personas de tercera edad que siguen residiendo en sus hogares personales. Asimismo, se pretende descubrir el nivel de depresión en los dos casos mencionados y observar si se produce un aumento del nivel depresivo en cuanto a las residencias. A continuación, se desglosa el estudio.

2. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este proyecto es realizar una comparativa, de dos grupos de participantes (G1: residentes en un centro de atención de personas mayores; G2: residentes en un domicilio particular) en cuanto al nivel de depresión en 120 personas mayores de 65 años que presentan un envejecimiento normal. A partir de esta meta principal, se plantea la siguiente hipótesis:

Como hipótesis principal, se pretende conocer y comprobar un aumento de la depresión en los centros de atención de personas de tercera edad respecto a las personas mayores que habitan en su domicilio personal.

Hipótesis alternativa (H₁): Existe un grado superior de depresión en las residencias.

Hipótesis nula (H₀): No existen diferencias en cuanto al grado de depresión en ambos grupos.

Asimismo, se plantean 4 objetivos secundarios:

Objetivo 1: Conseguir un conocimiento sobre las posibles emociones que experimentan las personas de tercera edad que abandonan sus domicilios

particulares a partir de las escalas cuantitativas administradas. A partir de este objetivo, surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1: Si existe un grado superior de depresión en el grupo 1 (personas mayores que se encuentran en residencias) respecto en el grupo 2 (personas mayores que se encuentran en domicilio particular), se observará una puntuación elevada en los ítems que reflejan la disminución de energía (ítems 1 y 22); la renuncia de actividades e intereses (ítems 2, 11, 13, 18 y 21)), el sentimiento de soledad (ítems 12 y 18) y la pérdida de esperanza (ítems 4 y 23) por parte del G1.

Hipótesis alternativa (H₁): Existe una puntuación mayor en los ítems por parte del grupo 1.

Hipótesis nula (H₀): No existen diferencias en la puntuación de ítems en ambos grupos.

Objetivo 2: Indagar sobre la probabilidad que muestran las personas mayores de presentar Depresión probable a partir de la Subescala de Depresión de Goldberg y realizar una comparación entre grupos. A partir de este objetivo, surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 2: Si existe un grado superior de depresión probable en el grupo 1 (personas que habitan en residencias) respecto en el grupo 2 (personas mayores que se encuentran en domicilio particular), se observará una puntuación mayor en la prueba de Depresión de Goldberg (ítems 1 a 9).

Hipótesis alternativa (H₁): Existe un grado superior de depresión probable en el grupo 1.

Hipótesis nula (H₀): No existen diferencias en cuanto al grado de depresión probable en ambos grupos.

Objetivo 3: Detectar el número de personas mayores que presentan una depresión leve a partir de la Escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS-Abreviada) y observar la diferencia entre grupos. A partir de este objetivo, surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 3: Si existe un grado superior de depresión leve en el grupo 1 (personas que habitan en residencias) respecto en el grupo 2 (personas mayores que se encuentran en domicilio particular), se observará una puntuación de entre 6 a 9 en la prueba GDS-Abreviada (ítems 10 a 24).

Hipótesis alternativa (H_1): Existe un grado superior de depresión leve en el grupo 1.

Hipótesis nula (H_0): No existen diferencias en cuanto al grado de depresión leve en ambos grupos.

Objetivo 4: Detectar el número de personas mayores que presentan una depresión establecida a partir de la Escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS-Abreviada) y observar la diferencia entre grupos. A partir de este objetivo, surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 4: Si existe un grado superior de depresión establecida en el grupo 1 (personas que habitan en residencias) respecto en el grupo 2 (personas mayores que se encuentran en domicilio particular), se observará una puntuación de entre 10 a 15 en la prueba GDS-Abreviada (ítems 10 a 24).

Hipótesis alternativa (H_1): Existe un grado superior de depresión establecida en el grupo 1.

Hipótesis nula (H_0): No existen diferencias en cuanto al grado de depresión establecida en ambos grupos.

3. Metodología

3.1. Participantes

Con tal de llevar a cabo este estudio, se ha elegido una muestra aleatoria de 120 personas de más de 65 años de edad ($N^7 = 120$; $M^8 = 84,29$; $DT^9 = 10,09$) (90 mujeres, 30 hombres) de diferentes municipios de la provincia de Tarragona, divididos en dos grupos: 60 personas de tercera edad (45 mujeres y 15 hombres) que habitan en centros de atención de personas mayores (residencias) (G1) y 60 personas de tercera edad (45 mujeres y 15 hombres) que viven en sus domicilios personales (G2).

Los criterios de inclusión se resumen en tener 65 años o más, no presentar ningún tipo de psicopatología (envejecimiento normal), residir en un centro de atención a personas mayores (G1) o vivir en un domicilio particular (G2) y una participación voluntaria para la realización de este estudio.

3.2. Instrumentos

La recogida de datos se ha llevado a cabo a partir de la administración de dos pruebas psicológicas: la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (G.A.D.S) y la Escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS-Abreviada).

- Subescala de Depresión de Goldberg (G.A.D.S): Es una subescala que presenta 9 ítems de respuestas dicotómicas (Si-No) que tiene la finalidad de detectar y dimensionar la intensidad de la depresión de manera orientativa (Ruiz Mitjana, 2021). Para poder conseguir su interpretación, es necesario realizar la suma de los ítems con respuestas positivas, dado que, en caso de obtener una puntuación de 2 o más respuestas afirmativas, indicaría una Depresión probable. Esta prueba ha sido realizada por Goldberg y col., 1988 y se ha observado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82% (Martín Carbonell y col., 2016).

⁷ N: Número total de participantes.

⁸ M: Media de edad de la muestra.

⁹ DT: Desviación típica de la muestra.

- Escala geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS-Abreviada): Es una escala creada por Sheikh y Yesavage, (1986) y consta de 15 preguntas, todas ellas dicotómicas (Si-No), la cual tiene como objetivo valorar la depresión en adultos mayores con una sensibilidad del 76,7% y una especificidad del 81,1%. Para poder conseguir su interpretación, es necesario realizar la suma de las respuestas afirmativas de los ítems 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21 y 23 y de las respuestas negativas de los ítems 10, 14, 16, 20, 22 y 24. Una vez realizado el total, se determina el nivel depresivo de la siguiente manera: (a) una puntuación de 0-5 indicaría un estado anímico normal; (b) una puntuación de 6-9 indicaría un grado de Depresión leve y (c) una puntuación de 10-15 indicaría un grado de Depresión establecida (Martínez de la Iglesia y col., 2002).

El tiempo estimado para cada prueba es de aproximadamente 15-30 minutos.

3.3. Procedimiento

Con tal de llevar a cabo la recogida de datos, primeramente, se ha contactado con dos centros de atención a personas mayores para aplicar los cuestionarios en los usuarios que componen el Grupo 1 y, por otra parte, se han administrado los cuestionarios a personas aleatorias que se encontraban en la vía pública, los cuales componen el Grupo 2. Todos los resultados obtenidos se mantienen en anonimato.

La administración de las pruebas ha sido realizada por una psicóloga y el tiempo invertido en la administración de los dos cuestionarios has estado de un total de, aproximadamente, quince horas.

3.4. Análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico, en primer lugar, se han transferido las respuestas de los ítems de los dos grupos de participantes en el programa Microsoft Office Professional Excel Versión 2013, estableciendo como VI¹⁰ el

¹⁰ Variable Independiente

grupo en el que pertenecen (G1 o G2) y como VD¹¹ el resultado interpretado de las dos pruebas administradas en el estudio.

Posteriormente, con el objetivo de realizar un análisis estadístico a nivel descriptivo, se han calculado, mediante Excel, el nivel -en porcentaje- de depresión que presenta cada grupo de participantes.

En segundo lugar, se han importado los datos de Excel en el programa IBM SPSS STATISTICS Versión 27 con la finalidad de obtener el análisis estadístico de los resultados que se han obtenido. Así pues, se ha realizado la comprobación de la homogeneidad de las varianzas a partir de la prueba paramétrica de Levene, la cual muestra si hay o no diferencias significativas en la variabilidad entre grupos.

En tercer lugar, se ha utilizado la prueba paramétrica *T-Student* y el análisis factorial ANOVA para comparar diferencias significativas entre los dos grupos de participantes y poder aceptar o rechazar la hipótesis del estudio.

4. Resultados

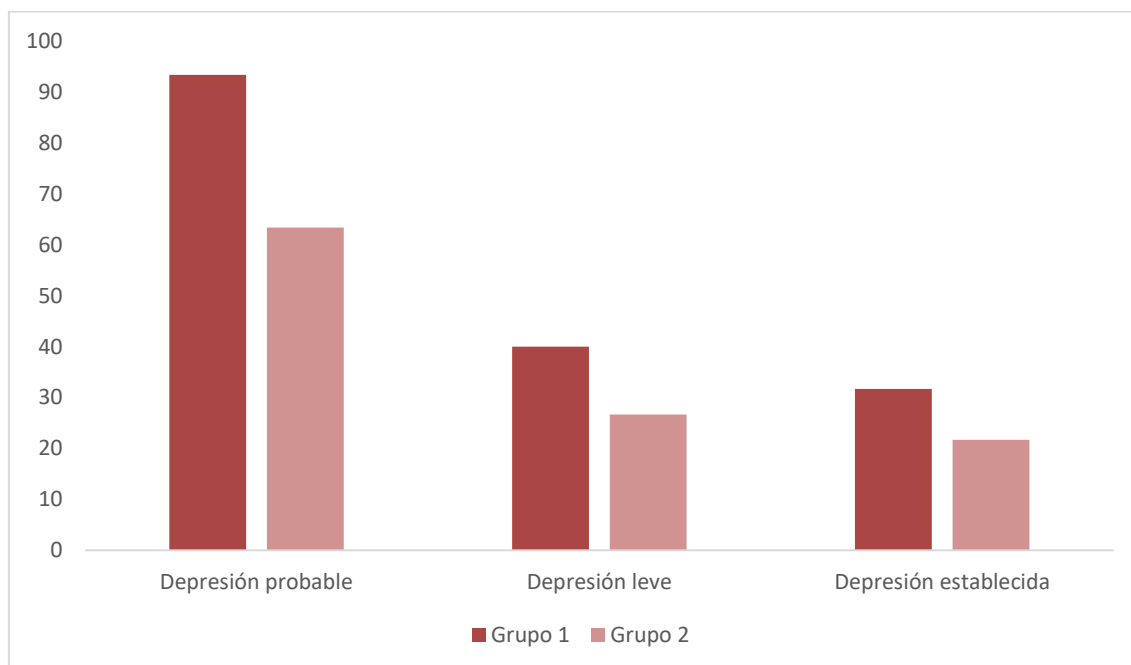


Figura 1. Comparativa de diferentes grados de depresión en ambos grupos.

¹¹ Variable Dependiente

Se puede observar la interpretación de las puntuaciones de las dos pruebas psicológicas administradas en la Figura 1. Asimismo, se reconoce un nivel superior, en cuanto a los diferentes grados de Depresión, en el grupo 1 respecto al grupo 2.

Tabla 1.

Homogeneidad de las varianzas y T-Student

		F	Sig.	T	Sig. (bilateral)
Escala	Se asumen	107,833	<,001	4,247	<,001
Goldberg	varianzas iguales				
	No se asumen			4,247	<,001
	varianzas iguales				
Test	Se asumen	3,477	,065	5,947	<,001
Yessavage	varianzas iguales				
	No se asumen			5,947	<,001
	varianzas iguales				

Aplicando la Prueba de Levene, se observa una homogeneidad de la muestra en la Escala Goldberg mientras que en el test de Yesavage no. No obstante, ambas pruebas presentan un efecto significativo entre los dos grupos.

Tabla 2.

Análisis de ANOVA en cada prueba

		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
Escala	Entre grupos	2,700	1	2,700	18,034	<,001
Goldberg	Dentro de grupos	17,667	118	,150		
	Total	20,367	119			
Test	Entre grupos	16,133	1	16,133	35,363	<,001
Yessavage	Dentro de grupos	53,833	118	,456		
	Total	69,967	119			

Por otro lado, se observa una significación (entre grupos) de <0.001 ($=p$) en las dos pruebas administradas, la cual resulta inferior a 0.05 ($p < 0.05$) hecho que indica la existencia de diferencias significativas.

Con la finalidad de descubrir si se acepta o rechaza la hipótesis del estudio, se realiza el análisis de ANOVA para cada prueba y se observa una significación de <0.001 ($=p$) en las dos pruebas administradas, la cual resulta inferior a 0.05 ($p < 0.05$) hecho que indica la existencia de diferencias significativas, aceptando así la hipótesis alternativa, siendo esta la hipótesis principal del presente estudio, y rechazando la hipótesis nula, la cual muestra que no existe una diferencia en cuanto grado de Depresión en los dos grupos de participantes.

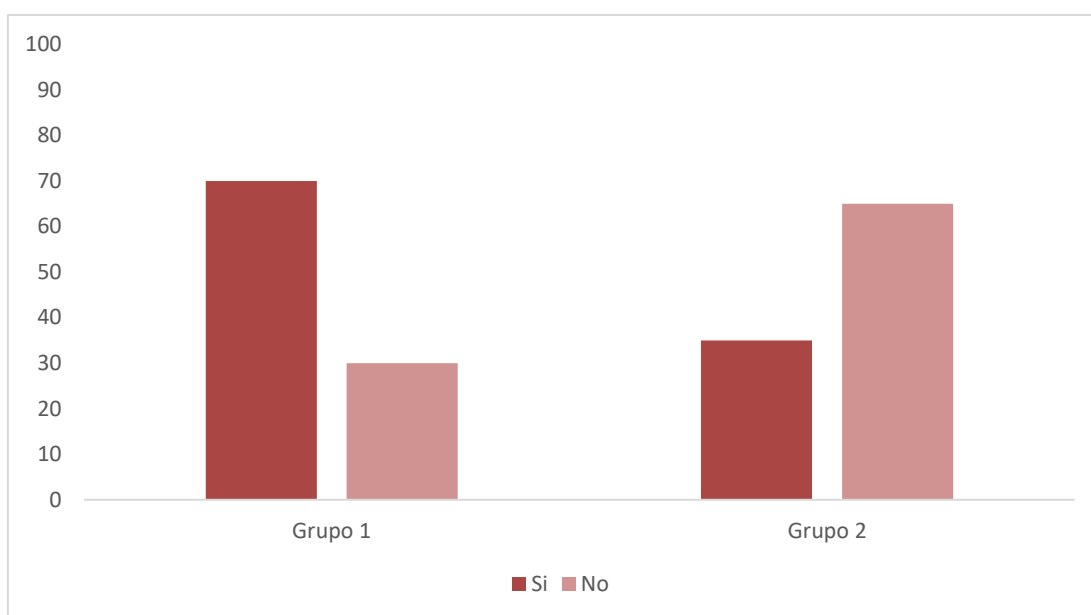


Figura 2. Ítem 1: *¿Se ha sentido con poca energía?*

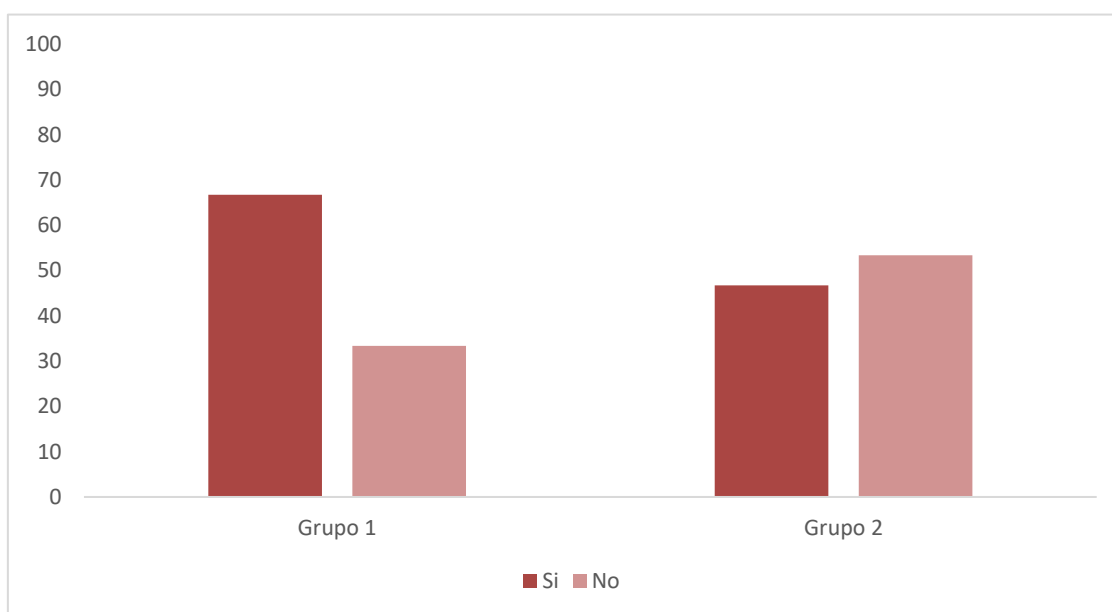


Figura 3. Ítem 22: *¿Se siente lleno/a de energía?*

Las figuras 3 y 4 reflejan, en porcentajes, los ítems que determinan una disminución de energía en los participantes. Se observa una mayor disminución de energía en el grupo 1 respecto al grupo 2.

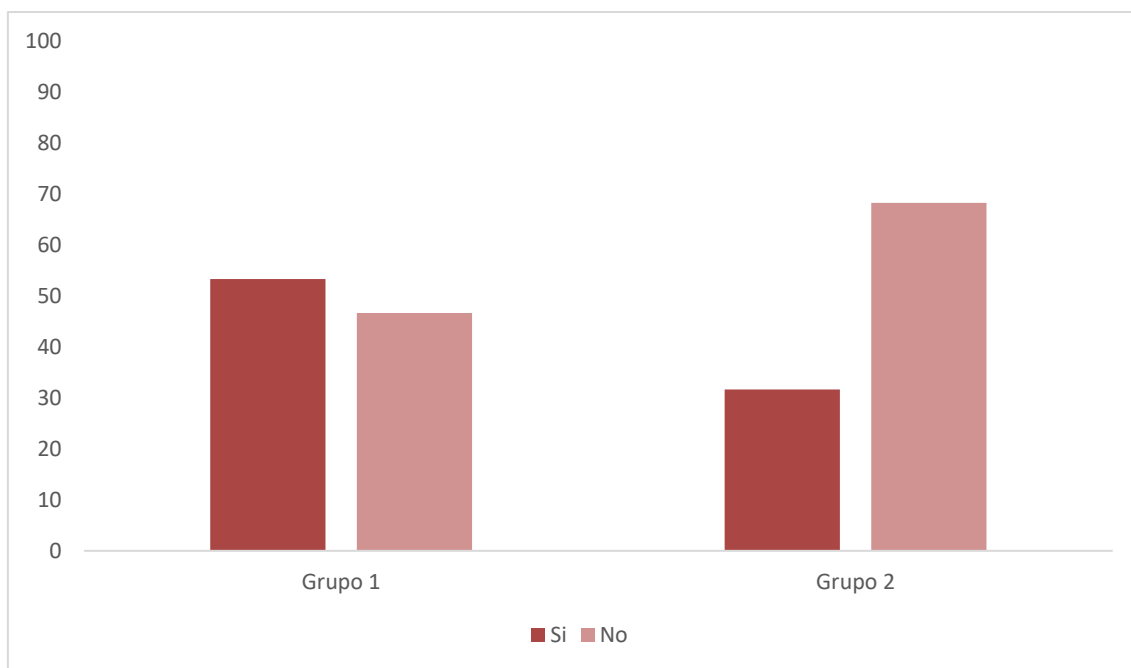


Figura 4. Ítem 2: *¿Ha perdido usted el interés por las cosas?*

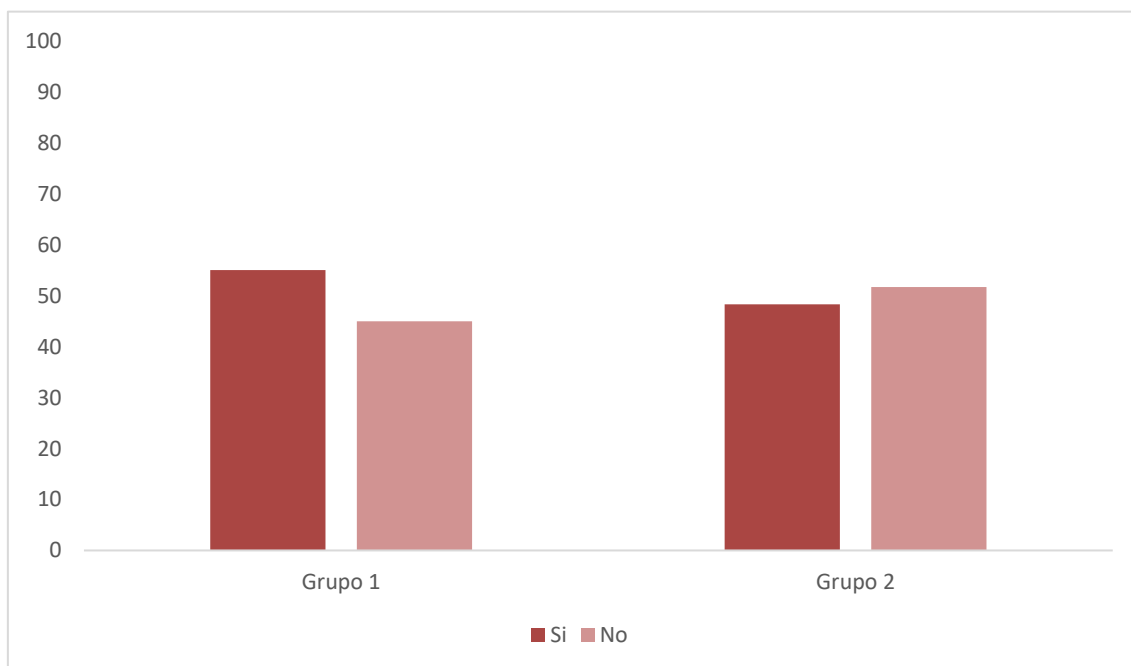


Figura 5. Ítem 11: *¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?*

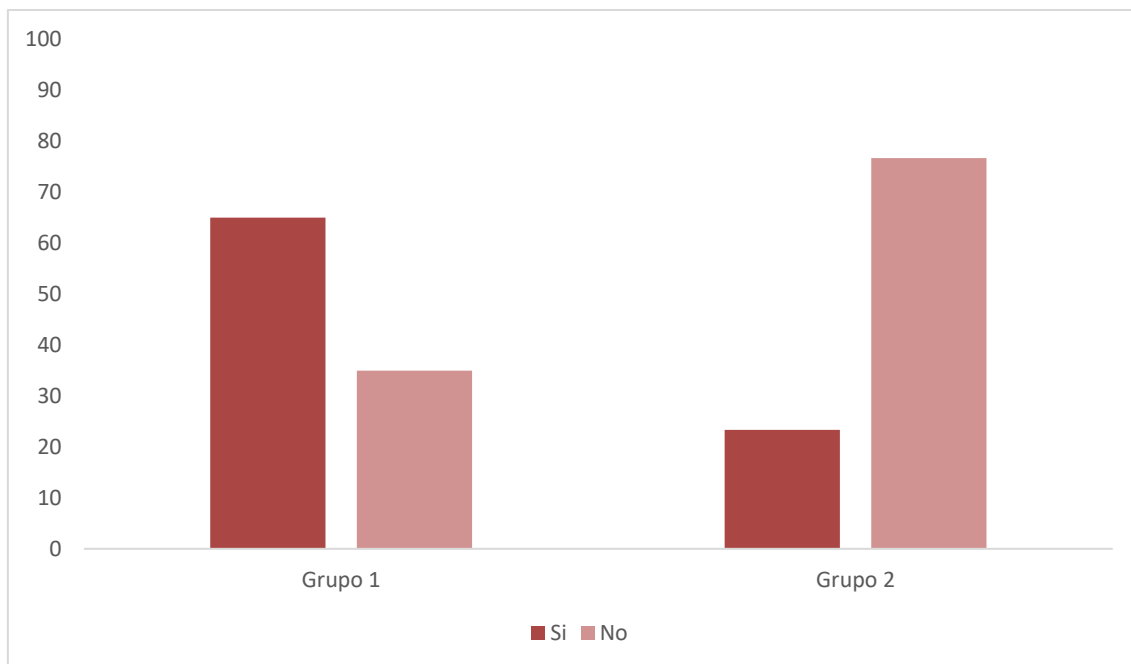


Figura 6. Ítem 13: *¿Se encuentra a menudo aburrido/a?*

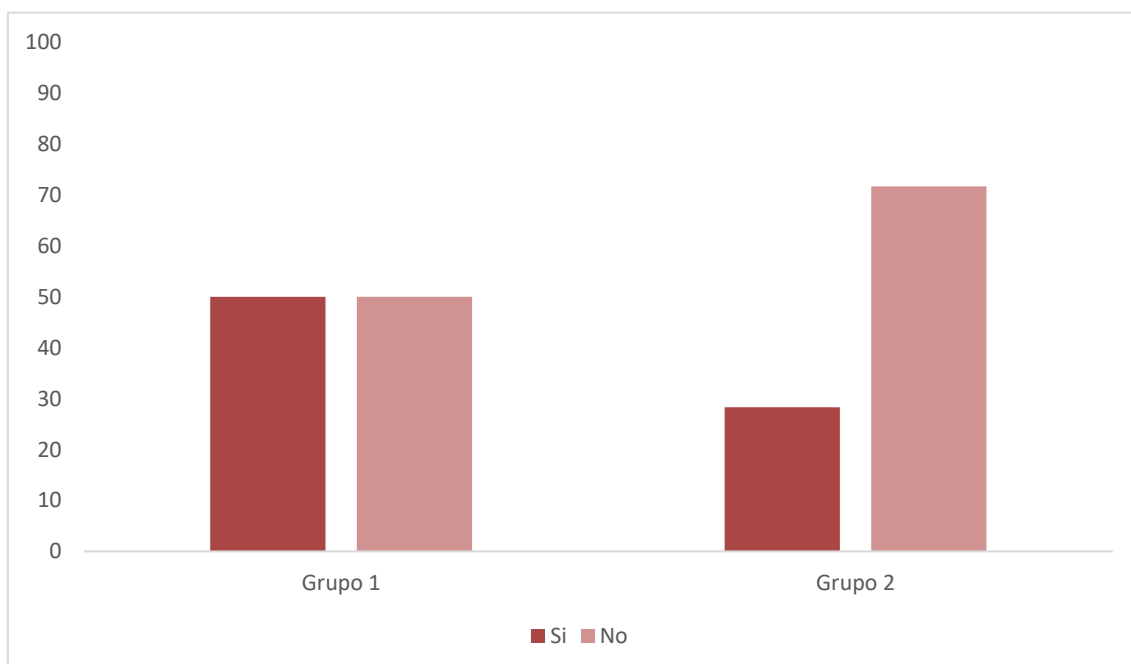


Figura 7. Ítem 18: *¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir fuera?*

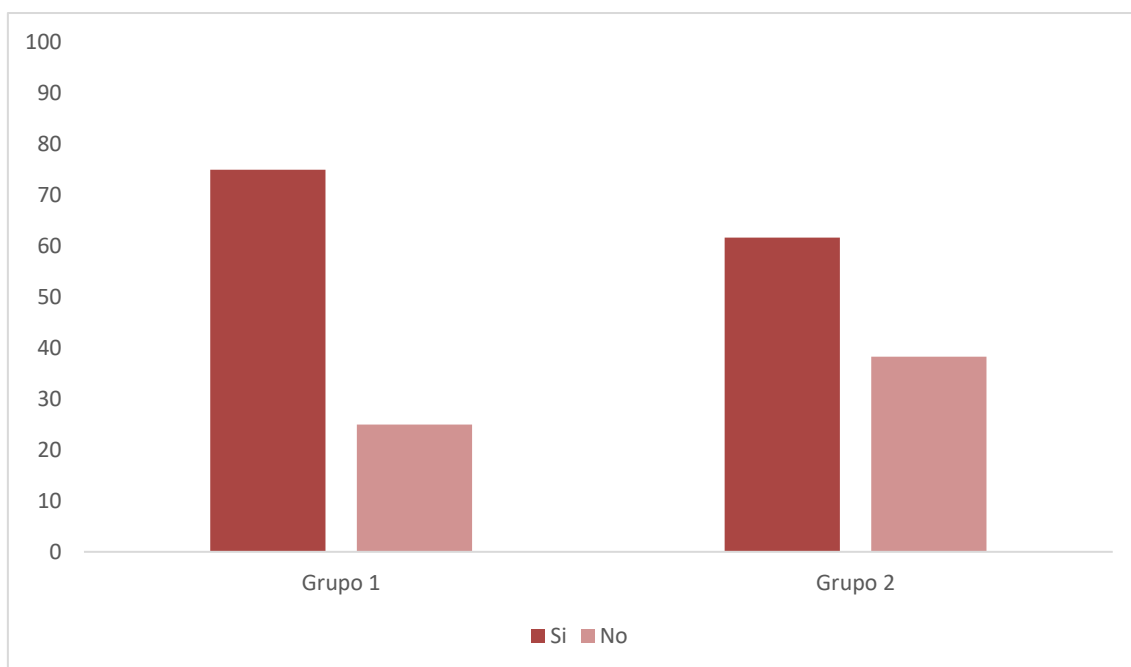


Figura 8. Ítem 21: *¿Es difícil para usted empezar nuevos proyectos?*

Las figuras 4, 5, 6, 7 y 8 reflejan los resultados en los ítems que indican un abandono de actividades e intereses durante los últimos días. Se observa, por lo tanto, un porcentaje superior en cuanto al abandono de tareas de placer propio superior en el grupo 1 respecto el grupo 2.

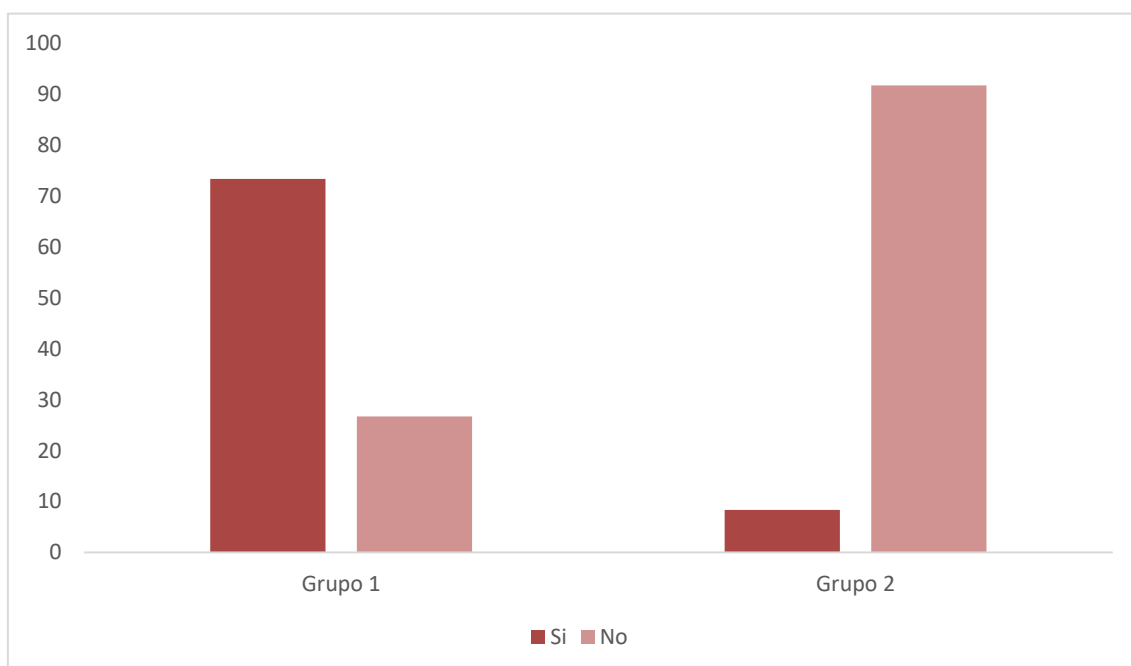


Figura 9. Ítem 12: *¿Siente que su vida está vacía?*

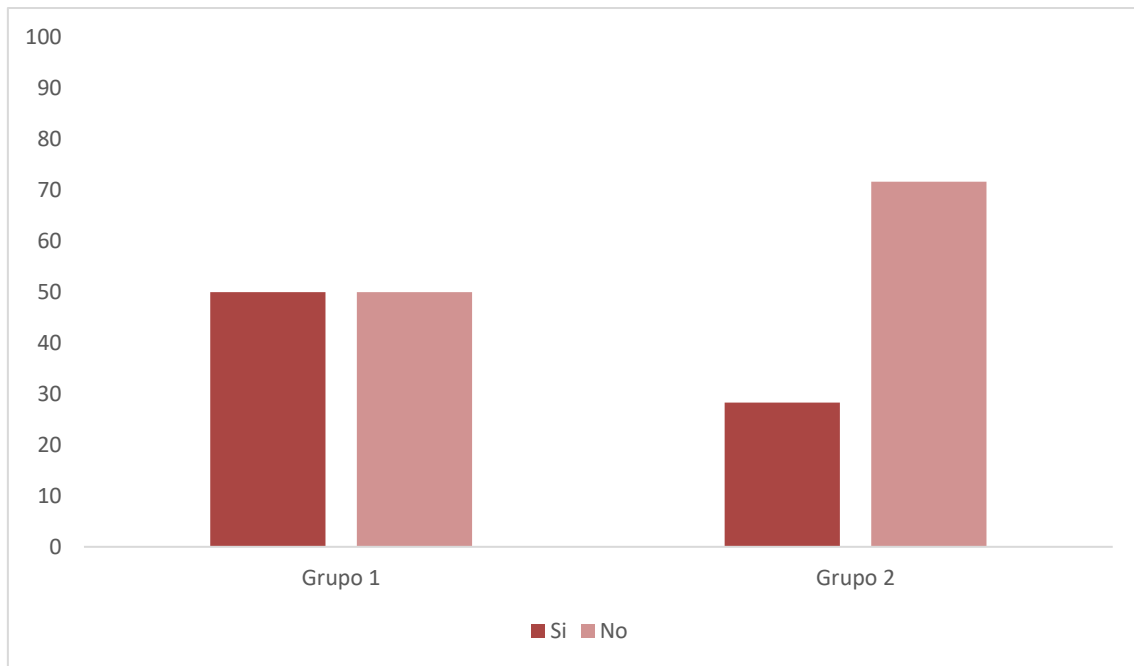


Figura 10. Ítem 18: *¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir fuera?*

Las figuras 9 y 10 se lleva a cabo una comparativa de la puntuación obtenida de ítems que reflejan el sentimiento de soledad. Se observa una mayor sensación de soledad en el grupo 1.

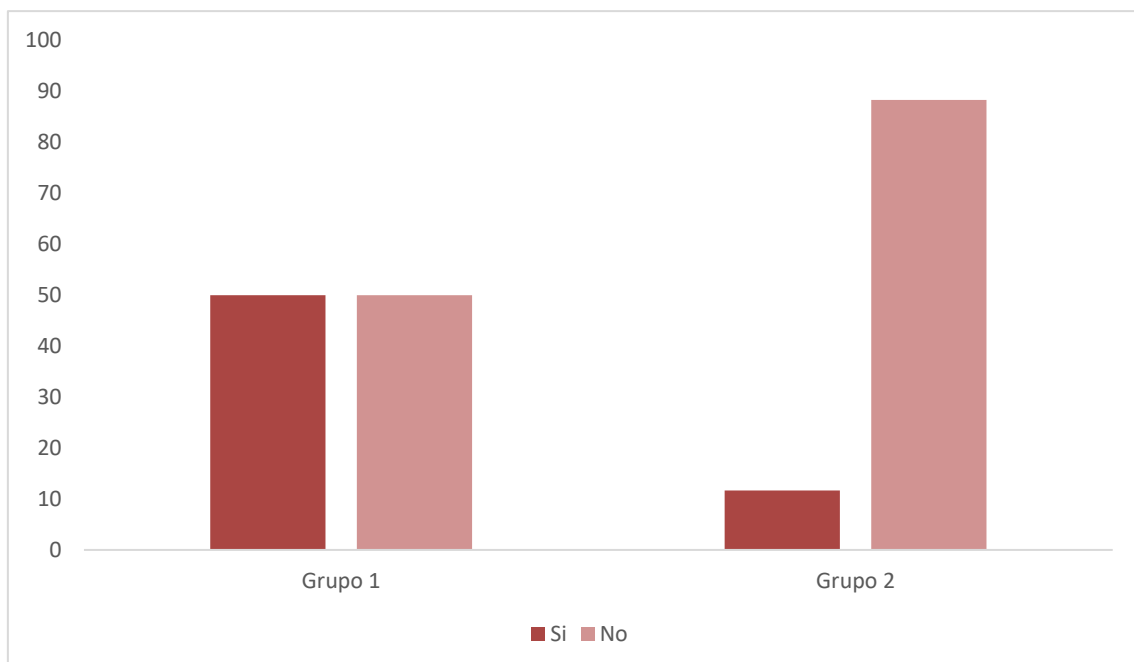


Figura 11. Ítem 4: *¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?*

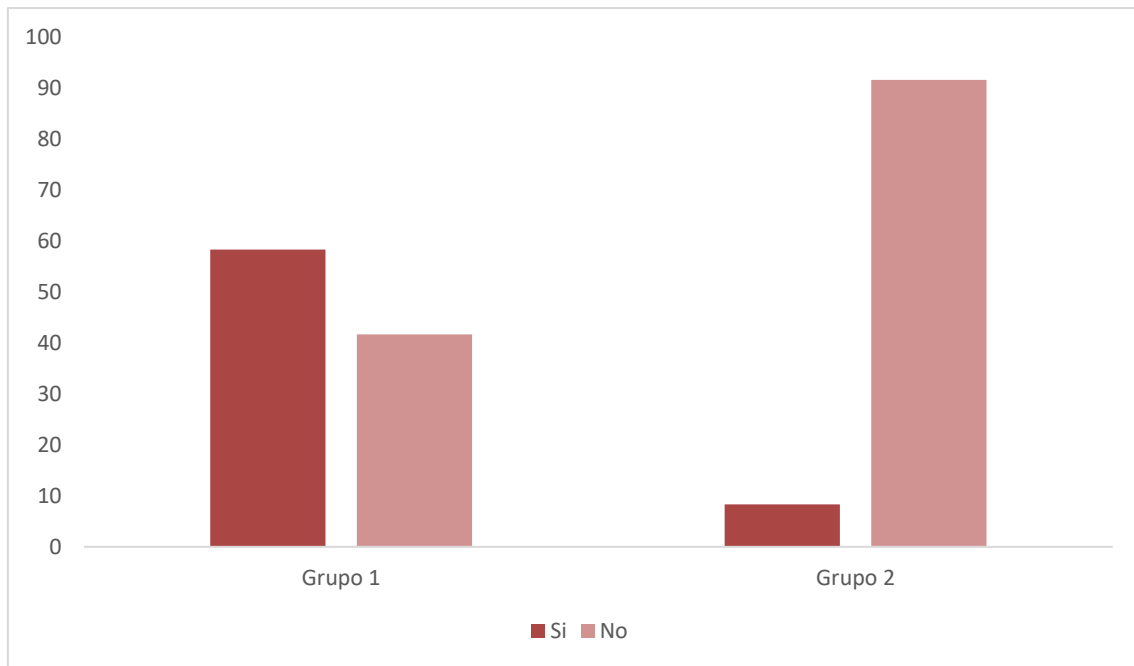


Figura 12. Ítem 23: ¿Se siente sin esperanza?

Las figuras 11 y 12 muestran la puntuación obtenida en los ítems que indican una pérdida de esperanza por parte de los participantes. Se observa una ausencia de esperanza significativa en el grupo 1 en comparación al grupo 2.

Tabla 3.

Homogeneidad de las varianzas de los ítems y T-Student

		F	Sig.	T	Sig. (bilateral)
Ítem 1	Se asumen varianzas iguales	1,337	0,250	4,064	<,001
	No se asumen varianzas iguales			4,064	<,001
Ítem 2	Se asumen varianzas iguales	8,255	,005	2,440	,016
	No se asumen varianzas iguales			2,440	,016
Ítem 4	Se asumen varianzas iguales	84,127	<,001	4,995	<,001
	No se asumen varianzas iguales			4,995	<,001
Ítem 11	Se asumen varianzas iguales	,423	,517	,726	,469

	No se asumen			,726	,469
Ítem 12	varianzas iguales	35,043	<,001	9,574	<,001
	Se asumen				
	varianzas iguales			9,574	<,001
Ítem 13	Se asumen	7,815	,006	5,020	<,001
	varianzas iguales			5,020	<,001
Ítem 18	Se asumen	13,640	<,001	2,473	,015
	varianzas iguales			2,473	,015
Ítem 21	Se asumen	26,940	<,001	2,392	,018
	varianzas iguales			2,392	,019
Ítem 22	Se asumen	9,441	,003	1,573	,118
	varianzas iguales			1,573	,118
Ítem 23	Se asumen	109,626	<,001	6,795	<,001
	varianzas iguales			6,795	<,001
	No se asumen				
	varianzas iguales				

En la tabla 15 se observa la significación de los ítems que resultan de interés para comprobar la hipótesis establecida en este estudio. En todos los ítems, excepto el 11 y 22, se observa una $p < 0.05$, lo cual demuestra, estadísticamente, la significación de los ítems destacados.

Tabla 4.

Homogeneidad de las varianzas y T-Student para los diferentes tipos de depresión

		F	Sig.	T	Sig. (bilateral)
Depresión probable	Se asumen	107,833	<,001	4,247	<,001
	varianzas iguales				
	No se asumen			4,247	<,001
	varianzas iguales				

Depresión Leve	Se asumen varianzas iguales	16,859	<,001	2,168	,032
	No se asumen varianzas iguales			2,168	,032
Depresión Establecida	Se asumen varianzas iguales	99,627	<,001	3,987	<,001
	No se asumen varianzas iguales			3,987	<,001

En la tabla 5, se muestra el análisis estadístico en cuanto a los diferentes grados de depresión importantes para el estudio. Se observa un efecto significativo en cuanto a los diferentes grados de depresión.

5. Discusión

La puntuación obtenida en los diferentes cuestionarios aplicados resulta más alta en los participantes que forman el grupo 1. El 71,67% de los ancianos institucionalizados, dan puntuaciones significativas en depresión, de los cuáles un 31,37% presentan depresión leve y un 40%, depresión establecida mientras que un 48,34% de ancianos no institucionalizados, dan puntuaciones significativas en depresión, de los cuáles un 26,67% presentan depresión leve y un 21,67%, depresión establecida según la escala GDS-Abreviada utilizada. Asimismo, los resultados muestran que un total de 93,33% de personas mayores que habitan en residencias, presentan depresión probable, mientras que un 63,33% de personas mayores que habitan en sus domicilios personales, muestran depresión probable según el cuestionario G.A.D.S aplicado. Los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por Sánchez y Muñoz (2019) en el que, mediante el cuestionario GDS-8 de Depresión Geriátrica de Yesavage administrado a 80 ancianas y ancianos ingresados en un centro de atención a personas mayores, un 25% presentan depresión establecida y el 12% muestran depresión leve, siendo un total de 37% sujetos con depresión. Otro estudio que apoya los resultados obtenidos es el realizado por Muñoz y Rodríguez (2015), mencionado anteriormente, los cuales determinaron que un 80% de las personas mayores institucionalizadas presentaban Depresión, mientras que el 26,8% de los adultos mayores que vivían en sus domicilios, mostraban riesgo de Depresión. Paralelamente, dichas investigaciones apoyan las

hipótesis secundarias 3 y 4 establecidas por el estudio, las cuáles resultan aceptadas dado que, a nivel estadístico, se consigue un efecto significativo ($P\text{-valor}<0.05$) en cuanto a los resultados obtenidos por parte de ambos grupos (*Tabla 4*). Tal como se ha mencionado, hay un mayor número de participantes del grupo 1 que muestran depresión leve y establecida respecto al grupo 2.

Asimismo, posterior a la realización del análisis estadístico de los resultados obtenidos (*Tabla 2*), se ha podido observar un $P\text{-valor}$ de <0.001 en ambas pruebas administradas, la cual resulta inferior a 0.05 ($p<0.05$). Este efecto demuestra la existencia de diferencias significativas, hecho que permite aceptar la hipótesis alternativa principal de este estudio y, a la vez, rechazar la hipótesis nula.

En cuanto a la *Hipótesis secundaria 1* propuesta por el presente escrito, se observa que, a nivel descriptivo, se consigue una puntuación superior, en los ítems que reflejan la disminución de energía (*Figura 2 y 3*), el abandono de intereses y actividades (*Figura 4, 5, 6, 7 y 8*), el sentimiento de soledad (*Figura 9 y 10*) y la pérdida de esperanza (*Figura 11 y 12*), por parte de los sujetos que determinan el primer grupo (ancianos residentes en centros). No obstante, a nivel estadístico, se consigue un efecto significativo ($P\text{-valor}<0.05$) en los ítems de los tres últimos factores mencionados anteriormente (*Tabla 3*). Este hecho determina, por lo tanto, la aprobación de la hipótesis alternativa mencionada y, a la misma vez, rechazar la respectiva hipótesis nula. Las cifras obtenidas coinciden con el estudio realizado por Sheikh y col. (1991), donde se obtuvo un porcentaje mayor en cuanto a aspectos de pesimismo, carencia de energía y menor felicidad en las personas mayores que residen en centros de atención a personas mayores con depresión.

Por otra parte, haciendo referencia a la *Hipótesis secundaria 2* de esta investigación, se ha conseguido, a nivel descriptivo, un porcentaje superior a 50 en cuanto a la probabilidad de presentar depresión según el cuestionario G.A.D.S aplicado. Como se ha comentado anteriormente, se observa que un 93,33% de sujetos del grupo 1 y un 63,33% de participantes del grupo 2 manifiestan depresión probable (*Figura 1*), siendo el 78,33% de la muestra

total. Asimismo, el análisis estadístico demuestra una homogeneidad de la muestra a partir de una P -valor < 0.05 , hecho que establece la necesidad de asumir la igualdad de varianzas. No obstante, se ha conseguido una P -valor < 0.05 (Tabla 4) en cuanto el efecto significativo entre ambos grupos, hecho que conlleva a aceptar la hipótesis alternativa de tal planteamiento y rechazar la hipótesis nula establecida. Tales datos coinciden con el estudio realizado por Ayllon y col. (2012) los cuáles determinan que la persona mayor presenta mayor riesgo de caer en trastornos depresivos a causa de la pérdida de factores importantes en la vida, como ahora familiares, actividad profesional e independencia económica. Asimismo, a partir de los 60 años, las personas tienden a sufrir crisis existenciales que pueden causar la aparición de sensaciones negativas (Can Valle y col., 2017).

5.1. Limitaciones

El estudio presente muestra limitaciones que han podido afectar en cuanto a los resultados de la muestra, así como en la generalización de los mismos.

Por una parte, la limitación a destacar es el sexo que ha predominado en la muestra, el cual es el femenino. Este hecho ha surgido a causa de la ausencia de hombres habitando en residencias de personas mayores dado que en dichos establecimientos se encuentran institucionalizadas más mujeres a causa de diversos factores personales (mayoritariamente son viudas y con hijos distanciados geográficamente). Además, tal como se contempla en el estudio realizado por Bello y col. (2005) se indicó que la puntuación global de depresión era de 9.5% en mujeres y un 5% en hombres, consiguiendo así un índice superior en el género femenino. Por lo tanto, el hecho de que las mujeres tengan más prevalencia en padecer Depresión y, dado que en la muestra de este estudio predomina el sexo femenino, los resultados han podido generar resultados favorables para la hipótesis planteada.

Otra limitación es la situación pandémica en la que nos encontramos. El hecho de haber experimentado la aparición de la Covid-19, ha podido generar un posible aumento de los sentimientos de soledad, abandono y tristeza, hecho que ha podido generar una puntuación alta en los cuestionarios administrados, aumentando así los casos de depresión en el presente estudio.

En cuanto al tamaño de la muestra (120 participantes), ha sido limitada dado que no se ha podido administrar cuestionarios a más centros de atención a personas mayores a causa de la seguridad sanitaria actual. Este hecho a generado una reducción de recolecta de datos y, a consecuencia de ello, una disminución en cuanto a los participantes de tal investigación.

Por último, no se han estudiado variables externas que aumentan la probabilidad de la aparición de sensaciones negativas en cuanto a la estancia en centros de personas mayores. Este aspecto, a su consecuencia, impide establecer una correlación directa del trastorno depresivo con la estancia de los sujetos en sus respectivas residencias.

6. Conclusiones

El proceso de envejecimiento, como se ha podido contemplar, conlleva un conjunto de modificaciones físicas, psicológicas y sociales que causan, en la mayoría de casos, un declive en sus capacidades. Además, las personas mayores suelen experimentar acontecimientos como la pérdida de seres queridos, el distanciamiento de su entorno cercano (hijos en la mayoría de casos), la disminución de ingresos económicos (a partir de los 65 años se encuentran en una fase laboral de jubilación), la reducción de actividades sociales, entre otros, ocasionando así consecuencias emocionales y sociales, como ahora la sensación de abandono, el sentimiento de soledad, la creencia subjetiva de inutilidad social, etc.

Según los resultados y coincidencias con otros estudios, se observa que las personas mayores institucionalizadas muestran un índice superior en cuanto a la probabilidad de presentar depresión (93,33% -G1 y 63,33% -G2) y en el grado depresivo que presentan (Depresión Leve: 31.67% -G1 y 26.67% -G2; Depresión Establecida: 40% -G1 y 21,67% -G2), hecho que confirma las hipótesis establecidas por el presente estudio.

Los sentimientos de soledad, la disminución de energía, el desinterés por actividades placenteras y la pérdida de esperanza, han estado presentes en ambos grupos, aunque ha resultado significativamente superior en el grupo 1. Tal hecho, demuestra que habitar en centros de adultos mayores resulta ser un factor de riesgo en cuanto a la aparición del trastorno depresivo.

Asimismo, un dato a tener en cuenta, es la conversación que se ha dado mediante la administración de pruebas, dónde los participantes verbalizaban el abandono de intereses propios, el sentimiento de soledad y la pérdida de esperanza, no obstante, se han obtenido estas expresiones, mayoritariamente, por parte del grupo 1. No obstante, la presente investigación no ha llevado a cabo un estudio cualitativo por lo que ha impedido considerar las expresiones verbales pronunciadas por los participantes. Además, dado que este estudio no ha considerado tales variables, resulta difícil especificar cuáles son los aspectos que aumentan la aparición de dichas emociones negativas.

Por otra parte, la realización de esta investigación ha permitido lograr los objetivos establecidos inicialmente, dado que se ha podido indagar sobre la experiencia de personas mayores que habitan en residencias y, a la misma vez, realizar un contraste en cuanto al grado de depresión de personas mayores a 65 años que se encuentran tanto institucionalizadas como si no.

A modo de conclusión final, es interesante recomendar a las residencias de personas mayores introducir tratamientos y talleres de prevención para la Depresión en las personas institucionalizadas. Por lo tanto, es importante favorecer las capacidades de los adultos mayores para potenciar su autonomía y realizar actividades que beneficien las actividades sociales para potenciar el factor social, de este modo, se esperaría un aumento en cuanto a la motivación intrínseca y, así, afrontar de manera positiva la última etapa del ciclo vital.

7. Bibliografía

- Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, N. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Arlington. *American Psychiatric Publishing*.
- Ayala, G. A. (2007, 1 octubre). La depresión en el anciano. *Offarm*. Offarm.

- Ayllon A., Guadarrama R., Márquez O. (2012). Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Investigación Psicología*. <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMI/P/issue/view/10/7>
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11
- Brüning, K. (2019). DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR. *Medicina Familiar PUC*. Published. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
- Cabanellas de Torres, G. (1993). DICCIONARIO JURIDICO ELEMENTAL (11a. ed.). BUENOS AIRES: HELIASTA.
- Calvo Aguirre, J. J. (1989). Depresión en la vejez. *Zerbitzuan Gizarte*, 7.
- Can Valle, A. R., Sarabia Alcocer, B., & Pacheco Quijano, L. V. (2017). Depresión en mujeres adultas mayores y su afrontamiento / Depression in Older Women and their Coping. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 6(12), 19-30. <https://doi.org/10.23913/rics.v6i12.53>
- Castanedo Pfeiffer, C., & Sarabia Cobo, C. M. (2017). Cambios físicos asociados al envejecimiento. *Enfermería en el Envejecimiento*, 1-4. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25202%2520Cambios%2520fisicos.pdf>
- Castro, M. R., & Rodriguez Castro, M. (2021, 7 abril). Las causas principales de la depresión. *Psicología y Mente*.
- Cynthia, E. (2017, 14 marzo). Envejecimiento. Adulto Mayor | Etapas de vida | Persona. <https://www.medicosfamiliares.com/adulto-mayor/envejecimiento.html>

- Figueroba, A., y Figueroba, A. (2021, 9 abril). Tipos de envejecimiento (primario, secundario y terciario). *Psicología y Mente*.
- I. (2019, 14 mayo). La depresión en España: los datos y las cifras con mayor relevancia. *Instituto Carl Rogers*.
- Imsero, S. S. M. D. I. Y. (2020). Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales :: Centros Residenciales. *Imsero*.
- Jiménez Alfaro, M. (2015). El envejecimiento y la muerte: un enfoque filosófico. *Phainomenon*, 14, 85–94. <https://doi.org/10.33539/phai.v14i1.110>
- Joseph F. Coughlin (2021, 22 marzo). La vejez: un concepto que hemos inventado y que nos perjudica a todos. *MIT Technology Review*. https://www.fundacionseres.org/Repositorio%20Archivos/Informes/Jubilaci%C3%B3n%20oportunidad%20de%20vida_SECOT_SERES.pdf
- L. (2015, 16 abril). ¿Qué es una Residencia de ancianos?. *Lares Comunidad Valenciana*.
- Manuel N. R. (2011, 25 noviembre). El significado de vivir en una residencia de ancianos: abordaje cualitativo. *Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud*.
- Martín Carbonell, M., Pérez Díaz, R., & Riquelme Marín, A. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1). <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy15-1.vdea>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., & Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26–40. <https://doi.org/10.4321/s1131-57682002001000003>
- Mitjana, L. R., & Ruiz Mitjana, L. (2021, 7 abril). Test de depresión de Goldberg: características y funciones. *Psicología y Mente*.

- Muñoz, R. y Rodríguez, M. (2015). Riesgo de depresión en ancianos institucionalizados en la ciudad de Madrid. *Mesa de enfermería*, 18 (10), 5-9.
- Peraita, L. (2018, 23 enero). «Aún tengo sentimiento de culpabilidad por haber dejado allí a mi madre». *ABC*. https://www.abc.es/familia/mayores/abci-tengo-sentimiento-culpabilidad-haber-dejado-alli-madre-201801232104_noticia.html
- R. Cacabelos, R. Martínez-bouza, I. Tellado et al. (2011). Estados. *Centro de Investigación Biomédica EuroEspes*.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2021). *Diccionario de la lengua española*.
- Revision. (1964b). Archives of Environmental Health. *An International Journal*, 8(3), 458. Revision. <https://doi.org/10.1080/00039896.1964.10663695>
- Robledo Marín, C. (2020). La vejez. Reflexiones Postpandemia. *FundaCol*. Published. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Robledo-4/publication/342622214_LA_VEJEZ_Reflexiones_de_la_postpandemia_FUNDACOL/links/5ef3d87a6fdcc4ca4448d60/LA-VEJEZ-Reflexiones-de-la-postpandemia-FUNDACOL.pdf#page=16
- Rodríguez, O. (2015, 14 julio). Protocolo de acogida y adaptación: así se recibe a un nuevo residente. *OM: Más que mayores*.
- Sánchez- Anguita Muñoz, N. (2019). Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 251. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1436>
- Sánchez- Anguita Muñoz, N. (2019). Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 251. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1436>
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 1-3. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2009000400005>

Sheikh, JI, Yesavage, JA, Brooks, JO, Friedman, L, Gratzinger, P, Hill, R.D. (1991)
Proposed Factor Structure of the Geriatric Depression Scale. *International
Psychogeriatrics*,3, 23-28.

Tarragona, D. (2021, 11 abril). *Las residencias de Tarragona, de foco Covid a los
hogares más seguros. Diari de Tarragona.*

Vera Vera, D. J. (2000). ABC de la depresión en las personas mayores (AULA
MEDICA ed.). *Aula Médica, S.A.*

World Health Organization. (2017, 23 febrero). Depresión. *Organización Mundial
de la Salud.*

8. Anexos

8.1. Cuestionario administrado

Des de la Universitat Rovira y Virgili, me encuentro realizando un estudio para indagar sobre el estado de ánimo de las personas mayores de 65 años con la finalidad de llevar a cabo mi Trabajo de Final de Grado en el ámbito de la Psicología. Su participación me resulta de gran ayuda para la elaboración de tal estudio. Los datos de esta encuesta se van a mantener en secreto de confidencialidad y, por lo tanto, en anonimato.

Fecha:

Sexo:

Edad:

*A continuación, debe responder teniendo en cuenta cómo se ha sentido y comportado **en los últimos siete días.***

	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		

¿AUMENTA LA DEPRESIÓN EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD?
 Autora: Fatima el Bouhali Abdellaoui

3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	SI	NO
10.¿Está usted satisfecho/a con su vida?		
11.¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
12.¿Siente que su vida está vacía?		
13.¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		
14.¿Se encuentra de buen humor la mayoría del tiempo?		
15.¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?		

16.¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
17.¿A menudo se siente impotente?		
18.¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir fuera?		
19. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?		
20. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
21. ¿Es difícil para usted empezar nuevos proyectos?		
22. ¿Se siente lleno/a de energía?		
23. ¿Se siente sin esperanza?		
24. ¿Cree que los demás tienen más problemas que usted?		