

Raquel de Febrer Espeso

**“EL PAPER DE L’ACOMPANYAMENT EMOCIONAL EN PACIENTS
HOSPITALITZATS PER FRACTURA DE MALUC”**

TREBALL DE FINAL DE GRAU

Dirigit per la Dr. Montserrat Domènech Auqué

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2022

M'agradaria mostrar el meu més sincer agraïment a la meva tutora, Montserrat Domènech, qui m'ha ajudat i assessorat en tot moment en la realització d'aquest treball. Quan estàs a l'últim any de carrera, el que més desitges és acabar, quan abans possible, i moltes vegades tendim a optar, erròniament, pel camí més ràpid. És ella, qui m'ha donat aquella empenta de motivació per fer d'un treball senzill a un treball que m'ha omplert d'experiència a nivell personal i m'ha format com a futura psicòloga. Les tutories dels divendres sempre se'ns quedaran curtes.

En segon lloc agrair als de casa, a la meva família, qui m'ha aguantat i recolzat en tot moment aquests llargs últims mesos de carrera.

Per últim i no menys important, tot el meu agraïment al hospital on vaig poder realitzar aquest estudi, al tot el personal que va col·laborar i sobre tot a tots els pacients a qui he tingut el plaer de conèixer i de compartir aquesta magnífica experiència.

Índex

Resum	4
Abstract	5
1. Introducció.....	6
1.1 Augment de la població d'edat avançada.....	6
1.2 Problemes de salut: la fractura de maluc.	6
1.2.1 Complicacions mèdiques de les fractures osteoporòtiques i el seu impacte en els recursos socio-sanitaris.	7
1.3 Problemes de salut com la depressió o l'angoixa.	7
1.4 Relació entre el estat anímic i la fractura de maluc.	8
1.5 Deteriorament cognitiu.	9
1.6 Contextualització: lloc on s'ha realitzat l'estudi.	10
1.7. Objectius i Hipòtesis.	10
2. Metodologia.....	11
2.1 Mostra.	11
2.2 Instruments.	12
2.2.1 Escala de depressió de Yesavage o " <i>Geriatric depression scales</i> " (GDS).....	12
2.2.2 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) o test de Pfeiffer.	14
2.2.3 Graella observacional.	15
2.2.4 Proves estadístiques emprades.	18
2.2.5 Descripció de les sessions.	18
2.3 Procediment.....	22
2.3.1 Cronograma.....	22
2.3.2 Anàlisi de dades.	24
3. Resultats.....	24
3.1 Anàlisi qualitatiu.	24
3.2 Anàlisi estadístic.	40
4. Discussió i conclusions.	45
5. Referències.	47

Resum

La depressió és un important problema de salut pública entre els ancians. És l'alteració més freqüent de l'estat d'ànim en la persona d'edat avançada (Beyer, 2007).

És per aquest fet, que aquest estudi s'ha centrat en la valoració i la influència que pot tenir una intervenció d'acompanyament emocional de sis sessions durant quatre setmanes a pacients majors de 65 anys que han estat intervinguts per una fractura de maluc.

La mostra ha estat de 12 pacients ingressats a la Unitat de Geriatria d'un hospital de la província de Tarragona. D'aquesta mostra 6 pacients han format part del grup d'intervenció als quals sí se'ls ha realitzat les 6 sessions d'acompanyament; i els altres 6 pacients han format part del grup control, als quals no se'ls ha realitzat l'acompanyament.

La recollida de dades ha sigut mitjançant el test de *Yesavage*, fent una valoració "pre" i "post" del nivell de depressió dels pacients. S'ha utilitzat l'escala de valoració *Pfeiffer*, per a poder mesurar el deteriorament cognitiu del pacient. Per l'anàlisi qualitatiu s'ha creat una graella observacional per poder valorar les sessions realitzades.

Els resultats, tot i la mostra limitada, han confirmat diferències significatives entre el grup control i el grup experimental, corroborant la hipòtesi inicial de que l'acompanyament emocional actua de manera favorable en l'evolució positiva dels pacients.

Paraules clau: acompanyament emocional, fractura de maluc, depressió, ancià.

Abstract

Depression is a major public health problem among the elderly. It is the most frequent alteration of mood in the elderly person (Beyer, 2007).

That is why this study is focused on the assessment and influence that an emotional accompanying intervention of six sessions for four weeks can have on patients over the age of 65 who have been involved in a hip fracture.

The sample has been from 12 patients admitted to the Geriatric Unit of a hospital in Tarragona Province. Of this sample, 6 patients have been part of the intervention group to which the six accompanying sessions have been held; and the other 6 patients have been part of the monitoring group, which have not been accompanied.

Data collection has been via Yesavage test, making a "pre" and "post" assessment of patient's depression level. The Pfeiffer rating scale has been used to measure the cognitive impairment of the patient. For qualitative analysis an observational grid has been created to assess the sessions performed.

The results, despite limited sample, have confirmed significant differences between the control group and the experimental group, corroborating the initial hypothesis that emotional accompaniment acts favourably in the positive evolution of patients.

Key words: accompanying emotional, hip fracture, depression, elderly.

1. Introducció.

1.1 Augment de la població d'edat avançada.

Segons les últimes dades actualitzades l'1 de Gener del 2022, Catalunya té 1.467.155 majors de 65 anys, dels quals n'eren majors de 85 un total de 250.683. Afortunadament, l'avenç sociopolític, mèdic i tecnològic ens aporta cada vegada més, una qualitat de vida més bona i per tant, es reflexa en els països amb un descens de la mortalitat. L'any 2005, la població envellida a Catalunya era de 1.135.840, dins d'aquests, els majors de 85 anys n'eren 127.282.

Aquestes dades que ens ofereix l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT, 2021) ens indica l'envelliment de la població en les últimes dècades ha fet un crescendo considerable. Tanmateix, és d'entendre que, com més àmplia sigui la població envellida, més creixerà el nivell de malaltia i dependència dels ciutadans, perquè l'envelliment d'una persona va estrictament lligat amb una carència de salut i de l'estat funcional que s'ha de resoldre amb serveis i recursos per a fer que les persones, puguin desenvolupar la seva quotidianitat amb el màxim d'autonomia possible. Com per exemple les activitats de la vida diària, bàsiques, instrumentals i avançades.

1.2 Problemes de salut: la fractura de maluc.

En el procés de l'envelliment hi ha diferents factors que van modificant al cos humà. Les funcions corporals tals com la coordinació i l'equilibri canvien. Hi ha una reducció de massa corporal, el que fa que les articulacions quedin menys protegides (Baptista et al., 2013). Les caigudes són gran part com a conseqüència d'aquests canvis corporals.

Avui en dia, la fractura de maluc és una de les intervencions més concorregudes en la població d'edat avançada. Diferents estudis realitzats afirmen que el risc de caigudes augmenta amb l'edat. La població que es veu més afectada és el col·lectiu de gent d'avançada edat, especialment en pacients d'entre 80 i 89 anys. Per tant, el que s'espera és que aquest tipus de patologia vagi en augment en els pròxims anys (Pech-Ciau et al., 2021).

S'ha comprovat que existeix una major prevalença de caigudes en persones majors a 65 anys i més freqüència en el gènere femení que en el masculí. A partir dels 50 anys les dones d'origen caucàsic tenen gairebé el doble de probabilitats de patir una fractura de maluc que no pas els homes (Cujilema et al. 2019).

1.2.1 - Complicacions mèdiques de les fractures osteoporòtiques i el seu impacte en els recursos socio-sanitaris.

L'elevada prevalença d'osteoporosi i les múltiples complicacions derivades de les fractures osteoporòtiques comporten que aquestes situacions clíniques siguin un problema de salut pública. A llarg termini, aproximadament la meitat dels pacients amb fractura de maluc que eren capaços de caminar abans de la lesió, no poden tornar a fer-ho posteriorment.

Al seu torn, l'incapacitat per a la marxa comporta que gran part dels pacients hagin de ser institucionalitzats i requereixin ajuda per a realitzar les activitats de la vida diària, representant una despesa important de recursos socials. Al mateix temps, aquest tipus de fractura és el que es troba més lligat a la mortalitat, reduint l'expectativa de vida d'un 12% a un 20%. Això es fa evident ja en els 6 mesos posteriors de la fractura de maluc. La majoria d'aquestes morts precoces estan relacionades amb el nivell de mobilitat i l'estat funcional preoperatori del pacient, així com amb la presència de patologies coexistents, molt freqüents en aquest grup poblacional.

1.3 Problemes de salut com la depressió o l'angoixa.

Segons la WHO (WHO, 2017), la depressió és un trastorn mental comú que es presenta com un estat d'ànim deprimat, una pèrdua d'interès o de plaer, uns sentiments de culpa o de baixa autoestima, trastorns de la son o de la gana i poca energia. Aquests problemes es poden convertir en crònics o recurrents i conduir a un perjudici substancial en la capacitat d'una persona per tenir cura de les seves responsabilitats quotidianes.

La depressió és l'alteració més freqüent de l'estat d'ànim en la persona d'edat avançada. És un important problema de salut pública entre els ancians, una de les principals causes de discapacitat en adults i un factor de risc de

mortalitat i, també, de suïcidi (Beyer, 2007). Les taxes de suïcidi són elevades entre els ancians amb depressió (Wasylenki, 1980).

La depressió en els ancians pot ser difícil de diagnosticar a causa de la seva variada presentació clínica i la freqüent associació amb malaltia física. La depressió pot estar emmascarada per una somatització. Els problemes especials en el diagnòstic inclouen el trastorn bipolar, la pseudodemència, el dol patològic i el trastorn orgànic d'ànim en relació amb els medicaments o la malaltia física (Casey, 1994).

Els estudis epidemiològics donen xifres molt dispars sobre la prevalença de depressió. Aquest fet es pot explicar per problemes metodològics, per la tendència a somatitzar els símptomes i per la manca de reconèixer problemes de caire psiquiàtric. Segons l'estudi EURODEP (*Depression among older people in Europe: the EURODEP studies*) (Copeland et al., 2004) la prevalença de la depressió en persones majors de 65 anys va des d'un 8,8% fins a un 23,6%, i augmenta amb l'edat i en les dones.

Entre els factors de risc de la depressió són l'edat, el gènere, el nivell d'estudis, la capacitat econòmica i el nucli de convivència (Akhtar-Danesh i Landeen, 2007).

Existeixen nombroses escales per valorar els símptomes depressius, però moltes no han sigut dissenyades específicament per a l'ancià. De les diferents possibilitats psicomètriques, l'escala més utilitzada, més traduïda i validada en els diferents països del nostre entorn és la introduïda per Brink i Yesavage el 1982 (Sheik i Yesavage, 1986).

1.4 Relació entre el estat anímic i la fractura de maluc.

Un estudi descriptiu realitzat a Espanya l'any 2016, afirma que la fractura de maluc afecta a la funcionalitat dels ancians i a la vegada provoca dependència per a les activitats bàsiques diàries. El que per tant, afecta a la qualitat de vida de les persones afectades. L'estat anímic depressiu es veu inversament relacionat amb la qualitat de vida. S'estima que en aquest estudi, un 94% inicial no tenien variacions en l'estat anímic, al mes de ser intervinguts, un 20% van presentar depressió probable mentre que un 11% presentaven depressió establerta (Javier Amarilla-Donoso et al., 2020).

L'estat d'ànim és un factor important en la recuperació funcional d'una fractura de maluc i a més a més, està estretament lligada a la mortalitat. La depressió postoperatòria en aquest tipus d'intervencions ha estat moltes vegades un focus d'estudi, ja que la depressió és el determinant per a la recuperació d'una fractura de maluc (Mohammad Auais et al., 2022).

1.5 Deteriorament cognitiu.

La funció cognitiva engloba la capacitat d'adquisició, el processament, la classificació i la integració de la informació; la memòria i l'aprenentatge que permeten l'emmagatzematge i l'accés a la informació; el pensament o la raó relacionades amb l'organització i la reorganització mental de la informació; i les funcions expressives que permeten la comunicació o l'acció.

L'augment progressiu de l'esperança de vida i de la longevitat, fan incrementar la taxa de deteriorament cognitiu de qualsevol causa. El diagnòstic definitiu del deteriorament cognitiu requereix un estudi extens que inclogui una anamnesi dirigida a exploració de la funció cognitiva, una exploració física, unes proves analítiques i d'imatge, i l'aplicació de test específics de valoració neuropsicològica (Garcia, 2017).

Les entitats nosològiques més destacades són:

- El deteriorament cognitiu lleu.
- La demència amb totes les seves diferents etiologies.
- La pseudodemència com a manifestació de depressió.
- La síndrome confusional aguda.

A Catalunya, la prevalença de la demència es situa entre el 13,9% (Lopez Pousa, 1998) i el 14,9% (Pi J, Olivé et al., 1996) en els més grans de 65 anys.

Aquest percentatge de demència s'incrementa de forma considerable en els grups de més edat. En persones de més de 85 anys, la prevalença es situa en el 32,6%, arribant fins el 54,3% (Lopez Pousa et al., 1995) en les persones de més de 90 anys. En el estudi més recent de Leganés (Martínez J, et al., 2004), el 51,8% dones, el 38,7% d'homes de 70 anys i més presenten deteriorament cognitiu.

És necessari remarcar que aquest augment progressiu del deteriorament cognitiu comporta un increment de la morbiditat i de la mortalitat.

L'avaluació neuropsicologia de la persona gran amb deteriorament cognitiu presenta moltes limitacions. En la valoració intervenen factors culturals, situacions sociofamiliars i limitacions sensorials, entre altres. A més, molts dels tests utilitzats en el diagnòstic del deteriorament cognitiu no s'han validat en les persones d'edat avançada. La funció cognitiva es pot mesurar mitjançant test senzills qualificats que permeten una primera selecció de la població amb problemes, i que es comenten a continuació.

1.6 Contextualització: lloc on s'ha realitzat l'estudi.

Aquest estudi s'ha dut a terme a la unitat de ortogeriatria d'un Hospital de la província de Tarragona. Aquest hospital, atén a tots els pacients amb fractura de maluc. El fet anterior converteix a aquest hospital en un centre de referència en l'àmbit. Les raons anteriors fan interessant l'anàlisi de la relació entre l'estat anímic dels pacients amb el fet d'haver estat intervinguts per una fractura de maluc, i que aquest estudi s'hagi pogut realitzar per tant en aquest hospital.

1.7. Objectius i Hipòtesis.

Aquest estudi es planteja com a objectiu general l'avaluació de l'estat emocional, depressiu, en funció d'un acompanyament emocional compost per 6 sessions.

Els objectius específics són:

- 1- Avaluar la influència de l'acompanyament emocional en la depressió i el deteriorament cognitiu, amb la realització de 6 sessions.
- 2- Recollir dades observacionals de les sessions per mitja d'una graella, per a la seva posterior anàlisi.

La hipòtesis plantejada es:

- L'acompanyament emocional actua de manera favorable en l'evolució positiva dels pacients.

2. Metodologia.

2.1 Mostra.

La mostra del present estudi està composta per un total de 12 participants, 6 dels quals formen part del grup experimental (als quals sí s'ha realitzat sessions d'intervenció) i 6 participants que han format el grup control.

La idea inicial era realitzar aquest estudi a pacients majors de 65 anys que haguessin sofert una fractura de maluc en un període de sis mesos, per obtenir una mostra més amplia. D'aquesta manera s'assegurava una estada perllongada dels pacients i poder realitzar així les diferents sessions en un marge suficient. Però degut a la epidèmia COVID-19 s'ha hagut de limitar el temps a dos mesos.

Figura 1

Edat

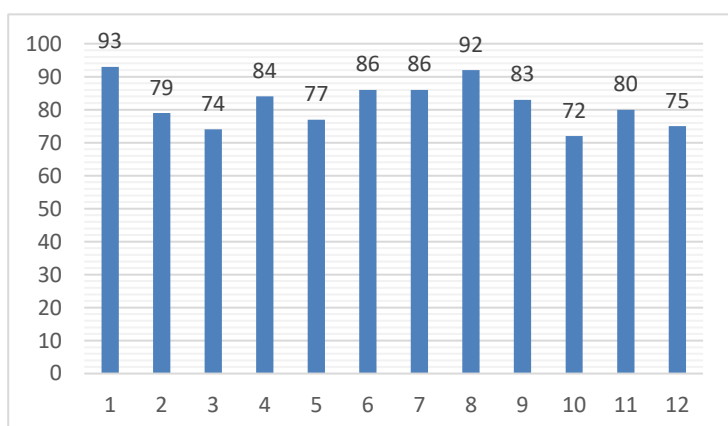
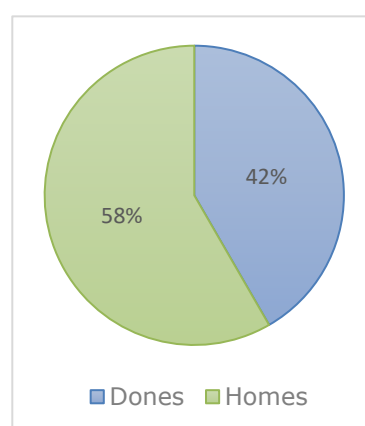


Figura 2

Gènere



Tal com veiem a les figures 1 i 2, aquesta mostra està formada per un total de 5 dones i 7 homes, amb una mitja d'edat de 81,75 anys i amb una desviació típica de 6,50.

Amb l'objectiu d'analitzar i conèixer el nivell de deteriorament cognitiu i de depressió en els pacients, majors de 65 anys, hospitalitzats per una fractura de maluc, s'ha procedit a l'administració de dues escales de valoració descrites a continuació.

2.2 Instruments.

En aquest estudi s'han emprat dues escales de valoració, l'Escales de Yesavage i l'Escales de Valoració cognitiva de Pfeiffer.

2.2.1 Escala de depressió de Yesavage o "Geriatric depression scales" (GDS).

L'escala de depressió de Yesavage (Yesavage JA et al., 1982) o GDS es tracta d'un qüestionari per avaluar la depressió geriàtrica. Aquesta escala té major poder discriminatori en ancians amb malalties físiques que altres escales com per exemple l'escala de Hamilton o la de Zung. Ha demostrat ser eficaç i predictiva de depressió en estats lleus i moderats de deteriorament cognitiu. Disposa d'una versió reduïda de 15 preguntes (Shek i Yesavage, 1986.), també validada i utilitzada a Espanya (Martí et al., 2000).

Objectiu: Identificar la presència de depressió i establir nivells de gravetat en l'ancià.

Metodologia: És un test autoadministrat que consta de 30 preguntes. S'utilitza la forma reduïda de 15 preguntes (veure Taula 1). El seu contingut es centra en aspectes cognitiu-conductuals relacionats amb les característiques específiques de la depressió en l'ancià.

Taula 1

Escales de depressió de Yesavage versió reduïda. GDS.

1	Està vostè satisfet amb la seva vida	Si	No
2	Ha abandonat molts dels seus interessos i activitats	Si	No
3	Sent que la vida està buida	Si	No
4	Es sent freqüentment ensopit	Si	No
5	La majoria del temps està de bon humor	Si	No
6	Te por de què alguna cosa dolenta li ha de passar.	Si	No
7	Es sent feliç la majoria del temps	Si	No
8	Sovint se sent impotent.	Si	No
9	Prefereix quedar-se a casa en lloc de sortir	Si	No

10	Creu que té més problemes de memòria que els demés	Si	No
11	Creu que és meravellós estar vivint.	Si	No
12	És difícil per a vostè començar nous projectes	Si	No
13	Es sent ple de energia	Si	No
14	Es sent sense esperança	Si	No
15	Creu que els demés tenen més sort que vostè	Si	No

Nota: Les respostes que indiquen depressió estan en negreta.

Font: Versió original de 15 ítems: (Shelk & Yesavage, 2000).

Valoració: És una escala dicotòmica, de resposta si o no. Es dona un punt a la resposta que coincideix amb l'estat depressiu, i zero punts a la resposta indicativa de normalitat. El sentit afirmatiu o negatiu de la resposta està invertida de forma aleatòria amb la finalitat d'anul·lar, en el possible, tendències a respondre en un sol sentit. La puntuació total correspon a la suma de les respostes indicatives de depressió, amb un rang de 0-30 o 0-15 segons la versió. El marc temporal s'ha de referir al moment actual o en la setmana prèvia i amb tendència a ser utilitzada més en la seva forma autoadministrada.

Els resultats es valoren en la següent classificació de la Taula 2.

Taula 2

Valoració i puntuació de la GDS.

Valoració	Punts
Normal	de 0-5 punts
Depressió provable	de 6 a 9 punts
Depressió establerta	de 10 a 15 punts

Característiques: Té unes propietats de validesa i fiabilitat similars a la resta de les escales (Salamero i Marcos, 1992), però la seva complementació pels ancians és més senzilla. La sensibilitat és del 0,853 i l'especificitat del 0,855 per a un punt de tall de 5 o més punts (Martínez et al., 2002), que indica alteració de l'estat d'ànim.

Una de les avantatges del GDS (*Geriatric Depression Scale*), tant en la versió de 30 preguntes com en la versió reduïda es la fiabilitat dels seus resultats inclús quan es tracta de pacients amb alteració cognitiva ja que les preguntes en gran part són de caràcter orgànic.

2.2.2 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) o test de Pfeiffer.

El SPMSQ o test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) permet detectar aquelles persones que presenten una alteració en l'estat mental (Miralles i Esperanza, 2007).

Objectiu: Seleccionar la població amb deteriorament cognitiu, sense arribar a ser un test diagnòstic de demència (Dalton et al., 1987). Determinar qui requerirà estudis posteriors per diagnosticar graus de deteriorament cognitiu.

Metodologia: El qüestionari consta de 10 preguntes sobre la memòria a curt termini, la memòria a llarg termini, l'orientació, la informació per als fets quotidians i la capacitat de càlcul simple. Per a cada pregunta errada es comptabilitza un punt. La puntuació va de 0 a 10 errades tal com es pot veure en la Taula 3.

Taula 3

Qüestionari de Pfeiffer.

-
- Per cada resposta incorrecta. 1 punt
 - Quin dia és avui?
 - Quin dia de la setmana és?
 - Quin és el nom d'aquest lloc?
 - Quin és el seu número de telèfon?
 - Quants anys te?
 - Quin dia va néixer?
 - Com es diu el president de l'actual govern?
 - Com es deia el president de l'anterior govern?
 - Com es diu la seva mare?
 - Compti cap enrere de 3 en 3 des de 20?

Font: Versió original: (Pfeiffer, 1993)

Valoració: Les diferents puntuacions permeten graduar el deteriorament cognitiu com s'exposa a la Taula 4. Cinc o més errors suposen un deteriorament cognitiu.

Taula 4

Valoració del Test de Pfeiffer.

Nombre d'errors	Valoració
0-2 errors	Normal
3-4 errors	Deteriorament lleu
5-7 errors	Deteriorament moderat.
8-10 errors	Deteriorament greu

El test de Pfeiffer permet fer correccions segons el nivell d'estudis que presenta la persona:

- a) Un error més si la persona només té educació primària.
- b) Un error menys si la persona té una educació de grau mig o superior.
- c) Un error més en persones procedents de grups segregats o marginals.

Característiques: Gonzalez-Montalvo et al (Gonzalez-Montalvo, et al., 1992) fan una primera validació al castellà. Posteriorment Martínez (Martínez, et al., 2001) fa una nova adaptació del test trobant una fiabilitat inter-i intra observador de 0,738 i 0,925, respectivament, arribant a una consistència interna de 0,820. Té una sensibilitat que varia segons els autors, des del 100% d'uns, fins el 68% d'altres. La seva especificitat és entre 90 a 96%, per un punt de tall de 5.

2.2.3 Graella observacional.

Per a dur a terme la recollida de dades, s'ha creat una graella observacional, on s'ha inclòs un seguit d'ítems valorables en una *Escala de Likert* (1-5). Aquesta graella es va emprar al finalitzar cada sessió amb cada un dels pacients. D'aquesta manera, a l'hora de realitzar l'anàlisi dels resultats, era possible obtenir uns resultats més qualitatiu.

A continuació es presenta la Figura 3 i la descripció de cada un dels ítems.

Figura 3

Graella Observacional.

GRAELLA OBSERVACIONAL					
Dia i hora:					
Pacient núm.:					
	Freqüència 1-5				
ÍTEMS	Gens (1)	Poc (2)	Normal (3)	Bastant (4)	Molt (5)
1. Col·laboració en la tasca					
2. Distracció en la tasca					
3. Interacció / vincle					
4. Concentració en la tasca					
5. Interès en la tasca					
6. Els hi ha agradat la tasca?					
7. Mobilitat /autonomia					
	Molt trist (1)	Trist (2)	No ho demostra (3)	Content (4)	Molt content (5)
8. Estat anímic en la sessió					
Temps de durada de la sessió:					
Hora d'entrada:					
Hora de sortida:					
Total (min.):					
Altres (es mostra xerraire, expressa sensacions, ...):					

1. Col·laboració en la tasca.

Es valora la implicació que el pacient ha tingut en la tasca. Si es veu esforç per part seva o si pel contrari no mostra gens de predisposició. Exemple: en els jocs plantejats, és el pacient qui porta la iniciativa.

2. Distracció en la tasca.

Es valora el nivell d'importància que té la tasca en el pacient. També es tindrà en compte si l'ambient en aquella sessió ha estat idònia per dur l'activitat, si la sala estava molt concorreguda, si se sentien sorolls al passadís del hospital,... Exemple: es planteja una sessió de relaxació, veure si es possible dur-la a terme.

3. Interacció/ vincle

Es valora la proximitat que demostra el pacient amb l'investigador. Si durant el transcurs de les sessions hi ha confiança o si pel contrari no hi ha un bon *feeling*. Exemple: parlar de les preocupacions del pacient sense necessitat de que l'investigador preguntí.

4. Concentració en la tasca

Es valora el nivell de concentració que té el pacient durant la sessió. També es té en compte, tot i les dificultats que pugui presentar el pacient (per exemple deteriorament cognitiu), l'esforç que hi dedica. Exemple: en la sessió on es planteja el joc *Memory*, veure com se'n surt el pacient.

5. Interès en la tasca

Es valora l'atenció que el pacient posa durant la sessió. Exemple: si durant la tasca el pacient mostra interès per seguir, o per saber el perquè del que estàvem fent.

6. Els hi ha agradat la tasca?

En aquest ítem es valora l'agradabilitat de la sessió. Aquest punt va molt relacionat amb els ítems anteriors, la col·laboració, la concentració i l'interès en la tasca. Exemple: quan el pacient manifesta que aquella activitat li ha agradat molt perquè li portava bons records.

7. Mobilitat/ autonomia

Aquest ítem fa referència a la mobilitat del pacient. Aquest punt serveix de referència per si el fet de tenir més mobilitat implica uns resultats més favorables en la resta d'ítems. Exemple: veure que el pacient presenta poca mobilitat, perquè aquell dia li han rebaixat la medicació i té dolors; i relacionar-ho amb la resta d'ítems positius en l'estat anímic.

8. Estat anímic en la sessió

Aquest últim ítem fa referència al estat anímic del pacient. Pot variar en funció del dia que hagin tingut, del dolor que puguin sentir o del tipus de sessió que realitzés aquell dia.

Finalment ens trobem un apartat de l'hora d'entrada i l'hora de sortida de la sessió per tenir una referència i, veure si en aquest aspecte hi havia diferències entre els pacients. Sempre tenint en compte la limitació de temps a causa de les condicions *Covid*.

2.2.4 Proves estadístiques emprades.

Pel que fa als estudis estadístics, en aquest treball s'ha utilitzat la Prova u de Mann Whitney i la Prova de Rangs de Wilcoxon, per comparar les mostres en el Pre i el Post Yesavage.

Prova U de Mann-Whitney.

La prova de U Mann-Whitney va ser proposta per Henry Mann i per Donald Whitney l'any 1947. Aquesta prova l'utilitzarem sempre que tinguem l'objectiu de comparar dos grups que no són iguals i que no compleixin el supòsit de normalitat. Utilitzarem aquesta prova quan no puguem fer servir la prova *T de Student* per a dades independents.

Aquesta prova és un test no paramètric per a mostres petites, on es contrasta que dues mostres procedeixen de poblacions equi-distribuïdes.

En mostres de poblacions iguals, trobarem que la ubicació de les tendències son aleatòries. En canvi, en mostres procedents de diferents poblacions la tendència s'ubicarà més cap a un costat o cap a un altre. Direm que no existeix aleatorietat.

Prova dels rangs de Wilcoxon.

La prova de Wilcoxon va ser proposta per Frank Wilcoxon l'any 1945. També és una prova no paramètrica que ens servirà per a comparar el rang mig de dues mostres relacionades i, a la vegada poder determinar si existeixen diferències significatives entre elles.

2.2.5 Descripció de les sessions.

A continuació es descriuen les sessions realitzades al grup experimental. Aquestes sessions es veuran reflectides més endavant en el cronograma de la Figura 4.

Sessió 1 -PRE- Introducció.

Durada: 20 - 30 minuts.

La primera sessió estava orientada a conèixer més al pacient amb preguntes introductòries. Eren preguntes enfocades a la seva trajectòria, per aprofundir molt més en la vida laboral i en la vida familiar del pacient.

Exemple:

Bon dia/ bona tarda, el meu nom és Raquel i soc alumne de psicologia de la Universitat Rovira i Virgili. Estic actualment a l'últim curs on estic realitzant el treball de fi de grau. Durant les pròximes setmanes li realitzaré un total de 6 sessions d'acompanyament per veure com es troba i com va progressant.

Ha de saber que en qualsevol cas, el recull de dades és confidencial i merament amb fins acadèmics. Si hi ha alguna qüestió que no vulgui contestar només ho ha de dir, sense cap compromís.

- *Dades bàsiques: edat, motiu de hospitalització,...*
- *On va néixer?*
- *On ha viscut tota la seva vida?*

Ocupació:

- *Quina ha estat la seva professió?*
- *Quants anys ha estat treballant?*
- *Mèrits personals.*

Historia familiar:

- *Quina és la seva situació sentimental actual? Està casat?*
- *Té fills? Nets?*
- *Actualment quina relació manté amb els fills?*
- *Quina relació manté amb la resta de família?*
- *Actualment qui el/la ve a visitar?*

Hobbys:

- *Quines son les activitats que li agrada fer?*

- *Quines han estat les activitats que ha practicat al llarg de la seva vida? Esports, música, viatges, ...?*

Sessió 2 – Treball de Memòria.

Durada: 20 minuts.

En aquesta sessió es vol treballar la memòria. El joc escollit va ser el *Memory* per adults. Es van seleccionar diferents dificultats segons el pacient.

Objectiu: Durant 15 minuts veure quantes paraules eren capaços d'emparellar i endevinar.

Sessió 3 – "Sopa de lletres".

Durada: 20 minuts.

Objectiu: Durant 15 minuts, consistia en trobar paraules barrejades dins d'una quadricula impresa amb files i columnes de lletres. Es podien trobar en qualsevol sentit. Es van seleccionar diferents dificultats segons el pacient.

Sessió 4 – Relaxació.

Durada: Preparació i tècnica de 25 minuts.

En aquesta sessió hi havia dues possibilitats, segons pacient:

- Tècnica de Jacobson. Durada: 20 minuts.

1. *Agafi aire – tibi les plantes dels peus – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi les plantes dels peus – respiri profundament 1 vegada.*
2. *Agafi aire – tibi les cames fins als genolls – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi les cames – respiri profundament 1 vegada.*
3. *Agafi aire – tibi les cuixes – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi les cuixes – respiri profundament 1 vegada.*
4. *Agafi aire – tibi el ventre – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi el ventre – respiri profundament 1 vegada.*
5. *Agafi aire – tibi el pit – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi el pit – respiri profundament 1 vegada.*
6. *Agafi aire – deixi caure el cap i tibi el coll – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi el coll – respiri profundament 1 vegada.*

7. *Agafi aire – estrenyi els punys fortament fins a sentir la pressió dels braços – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi el braç – respiri profundament 1 vegada.*
8. *Agafi aire – tibi tots els músculs del teu cos – compti de l'1 al 5 – deixi anar l'aire i relaxi els músculs – respiri profundament 1 vegada*

- Tècnica de Schultz. Durada: 20-22 minuts.

1. *Repetir 6 vegades la frase: "El braç dret és molt pesat"*
2. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
3. *Repetir 6 vegades la frase: "El braç dret està molt calent"*
4. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
5. *Repetir 6 vegades la frase: "El pols és tranquil i regular"*
6. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
7. *Repetir 6 vegades la frase: "Respiració molt tranquil·la"*
8. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic respirant"*
9. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
10. *Repetir 6 vegades la frase: "El plexe solar és com un corrent de calor"*
11. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
12. *Repetir 6 vegades la frase: "El front està agradablement fresc"*
13. *Repetir 1 vegada la frase: "Estic molt tranquil"*
14. *Acabar amb les frases: "Braços fermes" "Respirar profund" "Obrir els ulls".*

Sessió 5 - Joc dominó.

Durada: 20 minuts.

Realitzar dues partides al dominó. En aquesta sessió l'objectiu era, a la vegada que jugar al *dominó*, aprofitar per compartir vivències amb el pacient i fomentar el vincle amb l'investigador.

Sessió . – POST Yesavage.

Durada: 30 minuts.

Aquesta sessió estava destinada al recull final de dades i al seguiment. Tanmateix, fer una valoració de les sessions, sensacions, dificultats que podien haver trobat, millores en les sessions, ...

Exemple:

- *Que li han semblat les sessions realitzades aquestes últimes setmanes?*

- *Què es el que més li ha agradat? I el que menys?*
- *Creu que li han servit per al seu benestar?*

En aquesta sessió també es va dur a terme l'administració del post Yesavage.

2.3 Procediment.

El present estudi és un estudi prospectiu-longitudinal i un quasi experiment. S'ha realitzat a un hospital de referència de la província de Tarragona i consta de 12 pacients intervinguts de cirurgia de maluc.

Primerament s'han definit les sessions a realitzar per veure a l'hora de fer la temporització quantes sessions es podrien fer a la setmana.

Una vegada realitzada la temporització i sobre la base d'aquesta, durant el mes d'Abril fins a Maig del 2022, es va procedir a la recollida d'informació.

S'ha realitzat un total de 6 sessions durant un total de 4 setmanes tal i com es descriu a continuació.

2.3.1 Cronograma.

Inicialment s'ha fet una temporització de les sessions. Tenint en compte que l'horari de visita era de 12 del matí a 8 del vespre, i tenint en compte les condicions COVID, el temps d'estada màxim amb el pacient era de 30 minuts.

A continuació es presenta el cronograma en la Figura 4.

Figura 4

Cronograma

ABRIL	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
Sem 1	28	29	30	31	1
			De 16:30 a 19:30 preguntes inicials + PRE- Yesavage i Pfeiffer. 5 pacients	De 16:30 a 19:30 preguntes inicials + PRE- Yesavage i Pfeiffer. 5 pacients	De 16:30 a 19:00 preguntes inicials + PRE- Yesavage i Pfeiffer. Si fes falta algun pacient.
Sem 2	4	5	6	7	8
		De 12:00 a 13:30 Sessió 1 - Introducció. 2 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 1 - Introducció. 2-3 pacients.	De 17:30 a 19:30 Sessió 2 - Memòria. 2 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 2 - Memòria. 2-3 pacients.
Sem 3	11	12	13	14	15
			De 12:00 a 13:30 i de 16:30 a 19:30 Sessió 3 - Sopa de lletres. 5-6 pacients.	De 17:00 a 19:30 Sessió 4 - Relaxació. 2-3 pacients.	De 16:30 a 19:00 Sessió 4 - Relaxació. 2-3 pacients.
Sem 4	18	19	20	21	22
	De 12:30 a 13:30 i de 16:30 a 19:30 preguntes inicials + PRE Yesavage i Pfeiffer. 5 pacients	De 12:30 a 13:30 Sessió 5 - Dominó. 2 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 5 - Dominó. 2-3 pacients.	De 17:00 a 19:30 Sessió 6 - Post-Yesavage 2-3 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 6 - Post-Yesavage 2-3 pacients.
MAIG	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
Sem 5	25	26	27	28	29
		De 12:00 a 14:30 Sessió 1 - Introducció. 2-3 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 2 - Memòria. 2-3 pacients.		De 16:30 a 19:30 Sessió 3 - Sopa de lletres. 2-3 pacients.
Sem 6	2	3	4	5	6
		De 12:00 a 14:30 Sessió 4 - Relaxació. 2-3 pacients.	De 16:30 a 19:30 Sessió 5 - Dominó. 2-3 pacients.		De 17:00 a 19:30 Sessió 6 - Post-Yesavage 2-3 pacients.

En total es va calcular una mitja de 25 minuts per pacient, dues sessions a la setmana, en un total de 4 setmanes.

El problema inicial era que no es podia assegurar quants pacients hi hauria en la setmana 1 i, la intenció era obtenir una mostra el més gran possible. Per tant, es van fer dos grups de pacients. Com es veu representat en la Figura 4 en la setmana 4, s’hi veuen les sessions finals del primer grup i per altra banda, l’inici de les sessions amb el segon grup.

Al final de cada sessió es duia a terme la recollida de dades d’observació en la graella de la Figura 3 a mode de “diari”, per així poder obtenir el major número de variables possible.

En aquest estudi s'han dut a terme tres procediments. Primerament, l'administració del test Yesavage (Pre) i l'escala Pfeiffer als dos grups, tant l'experimental com al control. Seguidament en el grup experimental, s'han realitzat 6 sessions d'acompanyament emocional, per a cada pacient durant un total de 4 setmanes. I finalment, l'administració novament del test Yesavage (*Post*) als dos grups, per a veure la influència d'aquest acompanyament emocional.

2.3.2 Anàlisi de dades.

En aquest estudi s'ha realitzat el registre de les dades obtingudes per l'escala de *Yesavage* i l'escala de valoració cognitiva, *Pfeiffer*. Per altra banda, les dades extretes de les sessions realitzades als pacients del grup experimental, per mitjà de la graella observacional.

Seguidament, s'ha dut a terme dos tipus d'anàlisi de dades, un anàlisi merament qualitatiu i l'altre anàlisi quantitatiu o estadístic.

- Dades qualitatives: obtingudes per mitjà de la graella observacional administrada al finalitzar cada sessió. Aquestes dades únicament s'han pogut extreure del grup experimental.
- Dades quantitatives: obtingudes de l'administració del test *Yesavage* i de l'escala de valoració cognitiva *Pfeiffer*. Aquests resultats han estat bolcats en una fulla de càlcul Excel pel seu posterior anàlisi mitjançant el programa SPSS (Versió 28). S'han emprat dues proves, la prova *U de Mann-Whitney* i la prova de *Wilcoxon*.

3. Resultats.

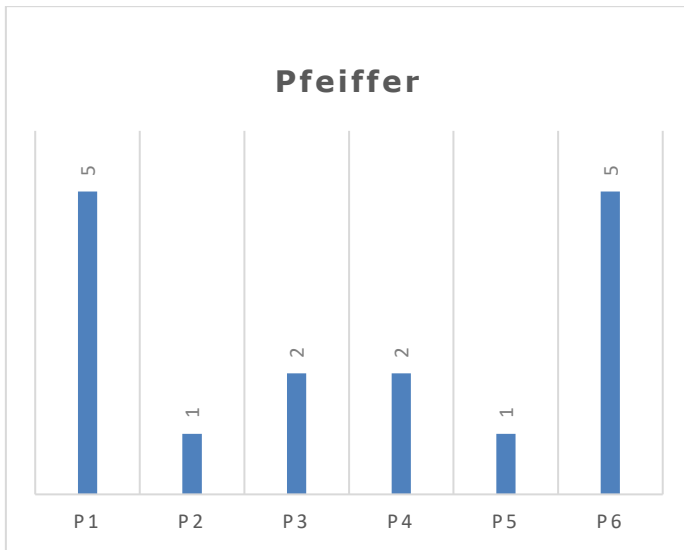
3.1 Anàlisi qualitatiu.

En aquest primer anàlisi s'ha optat per comparar els participants en cada una de les sessions. D'aquesta manera s'ha pogut veure les diferències existents en els resultats en funció de la tasca que realitzessin.

Per altra banda, tal i com es pot observar en la Figura 5, es poden veure els resultats del test de *Pfeiffer* administrats durant la primera sessió. D'aquesta manera, s'ha pogut dur a terme una interpretació relacional en els resultats de la graella observacional juntament amb els del test.

Figura 5

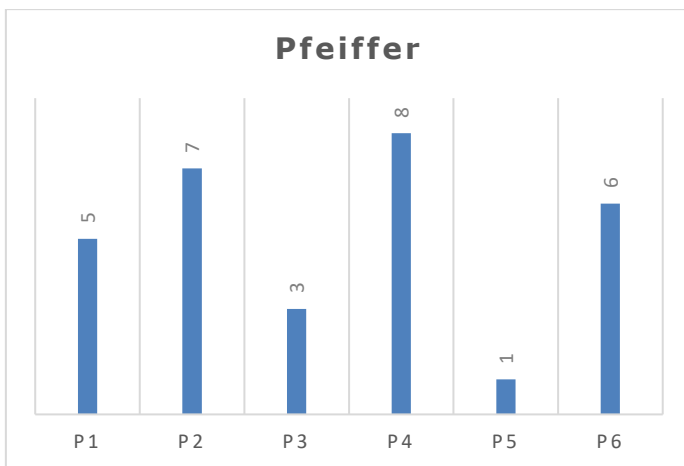
Resultats test per pacients grup experimental i puntuació (errors)



Nota: 0-2 errors → Normal; 3-4 errors → Deteriorament lleu; 5-7 errors Deteriorament moderat; 8-10 → Deteriorament greu

Figura 6

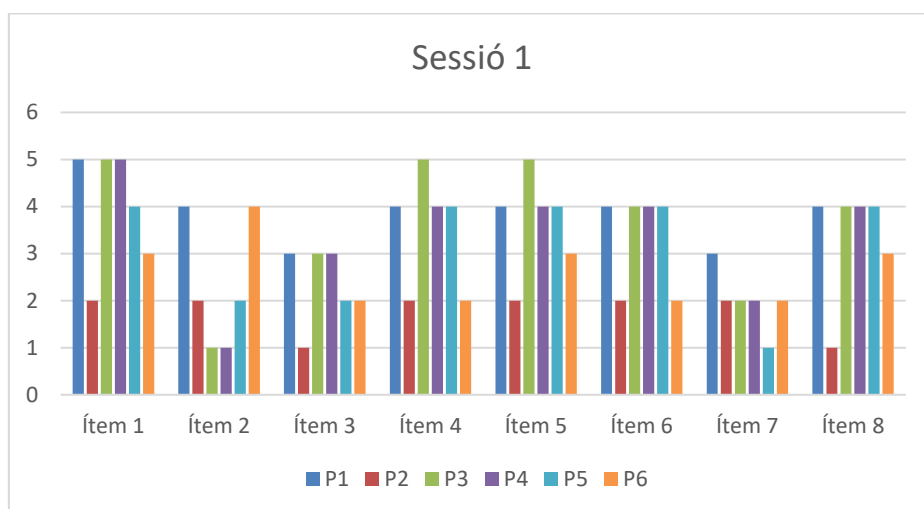
Resultats test per pacients grup control i puntuació (errors)



Nota: 0-2 errors → Normal; 3-4 errors → Deteriorament lleu; 5-7 errors Deteriorament moderat; 8-10 → Deteriorament greu

Figura 7

Comparació participants en la sessió 1 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 – col·laboració en la tasca; Ítem 2 – distracció en la tasca; Ítem 3 – Vincle; Ítem 4 – Concentració en la tasca; Ítem 5 – Interès en la tasca; Ítem 6 – Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 – Mobilitat; Ítem 8 – Estat anímic.

La primera sessió estava enfocada a fer una presa de contacte amb el pacient. Després d'haver administrat els dos tests, es va realitzar una sessió on predominava la conversació amb preguntes introductòries a la seva trajectòria personal, laboral i familiar. Es va creure oportú fer-ho d'aquesta manera per tal de començar a crear un bon vincle amb els pacients.

En la figura 7 es veuen els diferents resultats dels ítems extrets de la graella observacional, administrada al finalitzar la sessió 1.

El primer ítem és el de col·laboració en la tasca. Es veuen unes respostes majoritàriament altes, el que determinen una alta col·laboració menys en el pacient número 2 (P2). És important tenir en compte el context de cadascun dels pacients, en aquí recau el sentit de què la primera sessió fos enfocada a conèixer una mica més en profunditat al pacient.

En concret al P2, feia una setmana havia mort la seva germana, amb la qual cosa els resultats es van veure alterats a causa del dol. Els resultats dels següents ítems es veuen igualment afectats, veiem que en la gran majoria la freqüència és 2 el que ens dona a entendre mal estar emocional o angoixa.

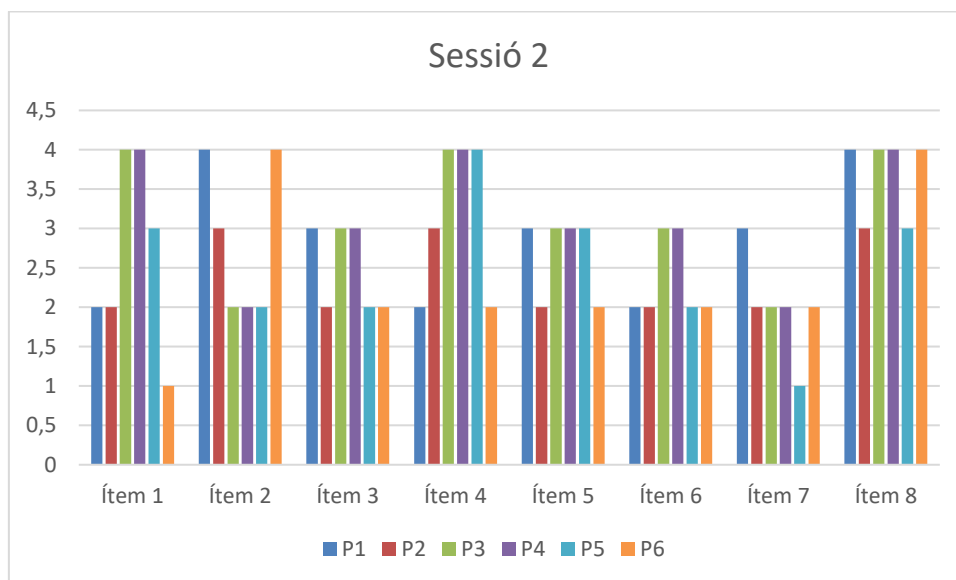
Si ens fixem en el pacient 3 (P3) veiem que té resultats favorables a la majoria d'ítems. En aquest cas, ens trobem davant d'un pacient molt optimista, molt predisposat i aparentment content amb la sessió. Aquest pacient, era una persona que havia assolit gran part dels seus objectius laborals i expressava satisfacció personal en la seva trajectòria de vida.

El pacient 1, el pacient 4 i el pacient 5 són pacients que han extret resultats molt similars en la primera sessió. Es van mostrar interessats en tot moment amb el que se'ls preguntava i disposats a compartir vivències personals.

Per últim, el pacient 6 ha tret resultats poc favorables en quant a col·laboració, agradabilitat o interès en la tasca. En aquest cas ens trobem davant d'un pacient que feia gairebé 3 dies havia estat operat i no mostrava gaires ganes de participar en l'estudi, tot i que en qualsevol moment se li recordava que era totalment voluntari, que si no volia participar només ho havia de comunicar.

Figura 8

Comparació participants en la sessió 2 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 – col·laboració en la tasca; Ítem 2 – distracció en la tasca; Ítem 3 – Vincle; Ítem 4 – Concentració en la tasca; Ítem 5 – Interès en la tasca; Ítem 6 – Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 – Mobilitat; Ítem 8 – Estat anímic.

La sessió 2 estava enfocada al treball de la memòria. La tasca consistia en jugar al *Memory*. Tenia dues versions del joc segons el pacient, una més senzilla i una altra amb una mica més de dificultat.

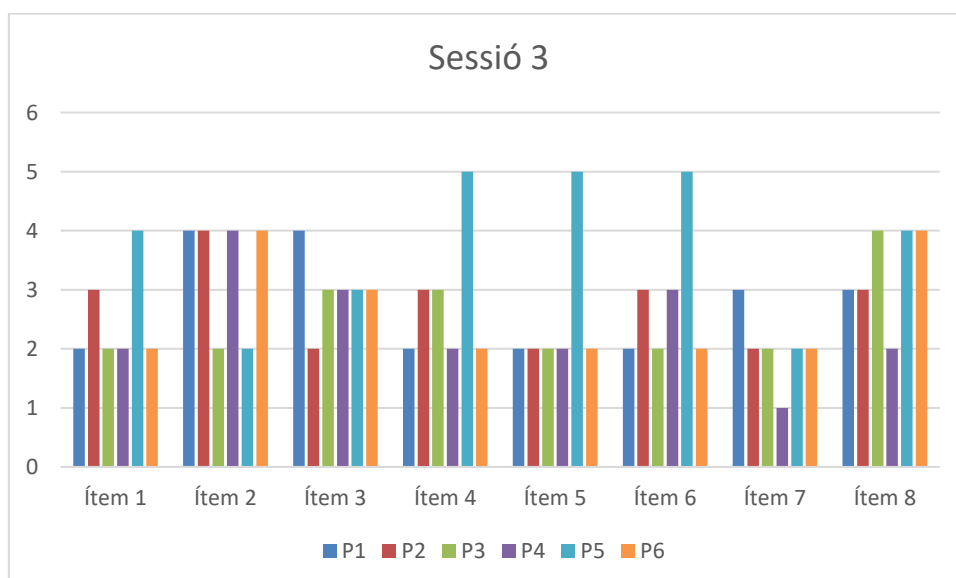
Si ens fixem en els resultats del P1 i del P2, es veuen majoritàriament resultats amb tendència baixa. El P1 és una persona amb un deteriorament cognitiu moderat, segons l'escala de *Pfeiffer*. A banda, tenia problemes d'audició, el que feia més difícil realitzar segons quina tasca. És per això que en la majoria d'ítems la freqüència és baixa, i en concret, en l'ítem 2, distracció en la tasca, el resultat és un 4 sobre 5. Mostrava dificultats per seguir el joc. Però pel contrari en l'últim ítem, en l'estat anímic, la freqüència també és un 4 sobre 5, és a dir es mostrava content en tot moment. El P2 continuava mostrant poc interès a causa del dol que en aquell moment estava patint.

Els pacients 3, 4 i 5 mostren resultats molt similars. Veiem que l'ítem 4, concentració en la tasca, mostren un 4 sobre 5. Això ens diu que realment estaven interessats en la sessió i predisposats a col·laborar.

El P6 continua en la línia de no mostrar gaire interès en participar però tot i així, no demostra un estat anímic baix, tal i com es veu representat en l'ítem 8 (estat anímic).

Figura 9

Comparació participants en la sessió 3 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 – col·laboració en la tasca; Ítem 2 – distracció en la tasca; Ítem 3 – Vincle; Ítem 4 – Concentració en la tasca; Ítem 5 – Interès en la tasca; Ítem 6 – Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 – Mobilitat; Ítem 8 – Estat anímic.

La sessió 3 era una sessió on els pacients havien de realitzar una "sopa de lletres". La finalitat era proposar un joc per a que almenys durant aquella estona estiguessin acompanyats i mentalment distrets.

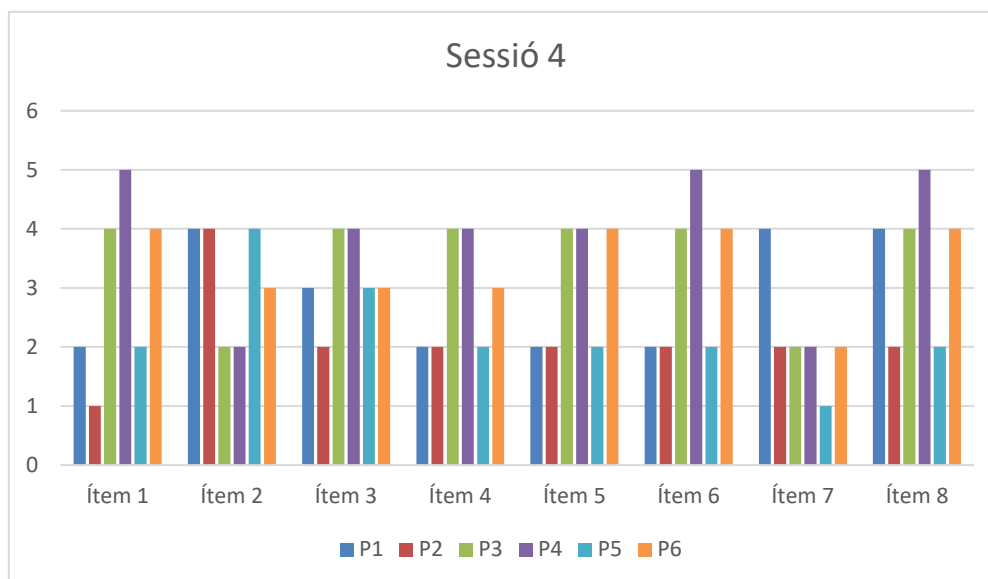
El P5 mostra resultats molt positius vers la tasca, ho veiem en l'ítem 4 (concentració), l'ítem 5 (interès en la tasca) i l'ítem 6 (agradabilitat de la tasca). En aquest cas, el pacient explicava que aquesta activitat li portava molt bons records, ja que li recordava als seus nets amb qui tantes "sopes de lletres" havia fet.

La resta de participants mostren resultats molt similars que ens indiquen que la tasca no els va agradar gaire. Donen resultats alts en distractibilitat i resultats baixos en col·laboració, interès i concentració en la tasca. Tot i això l'estat anímic és majoritàriament alt, inclús per la P2, qui en les sessions inicials mostrava angoixa per la mort del seu familiar.

Pel que fa al P4 en aquest sessió mostra resultats molt diferents als resultats de la resta de sessions. Si ens fixem en l'ítem 7, de mobilitat, veiem un resultat molt baix (1 sobre 5). El fet era, que feia dos dies que havien hagut d'intervenir al pacient número 4 i es mostrava una mica queixós, sense ganes de interactuar massa. En aquella ocasió es va decidir no acabar la sessió i deixar-lo reposar.

Figura 10

Comparació participants en la sessió 4 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 – col·laboració en la tasca; Ítem 2 – distracció en la tasca; Ítem 3 – Vincle; Ítem 4 – Concentració en la tasca; Ítem 5 – Interès en la tasca; Ítem 6 – Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 – Mobilitat; Ítem 8 – Estat anímic.

Aquesta sessió, era una sessió de relaxació on es treballaria amb la tècnica de *Schulz* o la tècnica de *Jacobson*.

Si ens fixem detalladament amb els resultats, veiem que el P2 torna a mostrar resultats baixos en la gran majoria d'ítems, el que ens indica poca predisposició en la sessió. En aquest cas, al veure que la pacient no tenia ganes de col·laborar es va decidir que seria bona idea fer més curta la relaxació i aprofitar per conversar amb la pacient. D'aquesta manera es desfogava una mica i alliberava el que li provoqués malestar. El P2 va voler que la conversa anés enfocada sobretot en el seu familiar difunt. Explicava records agradables i vivències que havien tingut. Per tant, en aquesta sessió va tenir poc interès en realitzar l'activitat de relaxació, però mostrava predisposició en conversar i a la vegada millorar una mica més el vincle amb l'investigador.

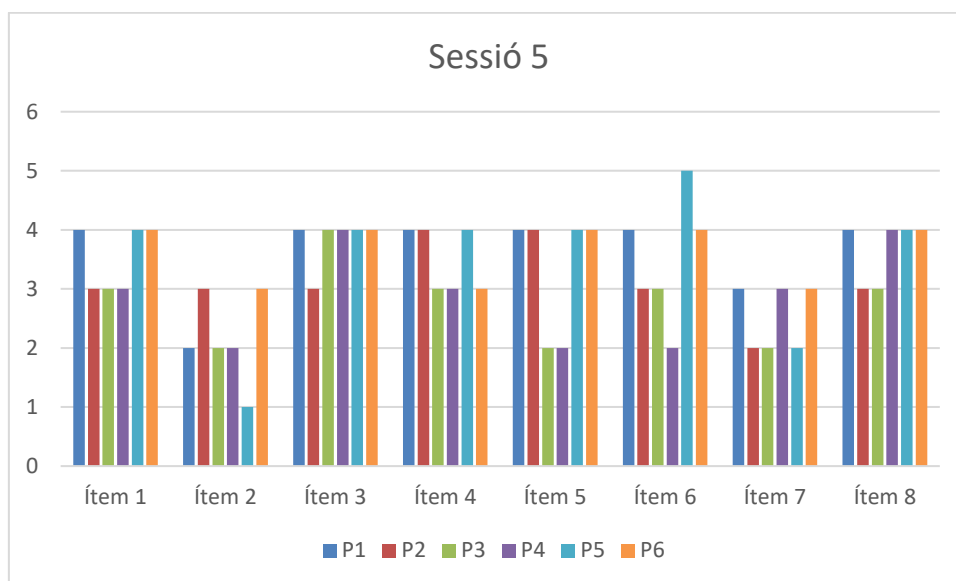
Pel que fa als pacients 3, 4 i 6 van reaccionar molt bé a la sessió. Van mostrar interès i concentració. Es va poder realitzar la tècnica de Schultz amb tots 3.

El P5 qui en aquella activitat va mostrar poc interès, es va decidir amb l'ajuda de la fisioterapeuta de la planta realitzar-li una sessió de massatges. Es va poder comprovar que per al P5 va ser molt més satisfactori que no pas qualsevol altre tècnica. Es va aprofitar també per conversar sobre la seva trajectòria personal.

Pel que fa al P1, els resultats són en la gran majoria baixos. En aquest cas ens trobem davant d'un pacient on, com s'ha comentat anteriorment, una mica dur d'orella i li costava una mica sentir el que li deia. La comunicació amb ell era aixecant el to de veu, i la relaxació s'havia de dur a terme amb un veu "en off" suau, en cap moment estricte. Per tant, en aquesta ocasió també es va optar igual que en el P5, a realitzar una sessió de massatges a la vegada que es conversava.

Figura 11

Comparació participants en la sessió 5 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 - col·laboració en la tasca; Ítem 2 - distracció en la tasca; Ítem 3 - Vincle; Ítem 4 - Concentració en la tasca; Ítem 5 - Interès en la tasca; Ítem 6 - Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 - Mobilitat; Ítem 8 - Estat anímic.

Aquesta sessió es tractava de jugar al domino. Es va triar aquest joc ja que era un joc molt popular entre la gent d'avançada edat. I efectivament, es van notar resultats molt positius en la gran majoria de pacients. Es comprova en

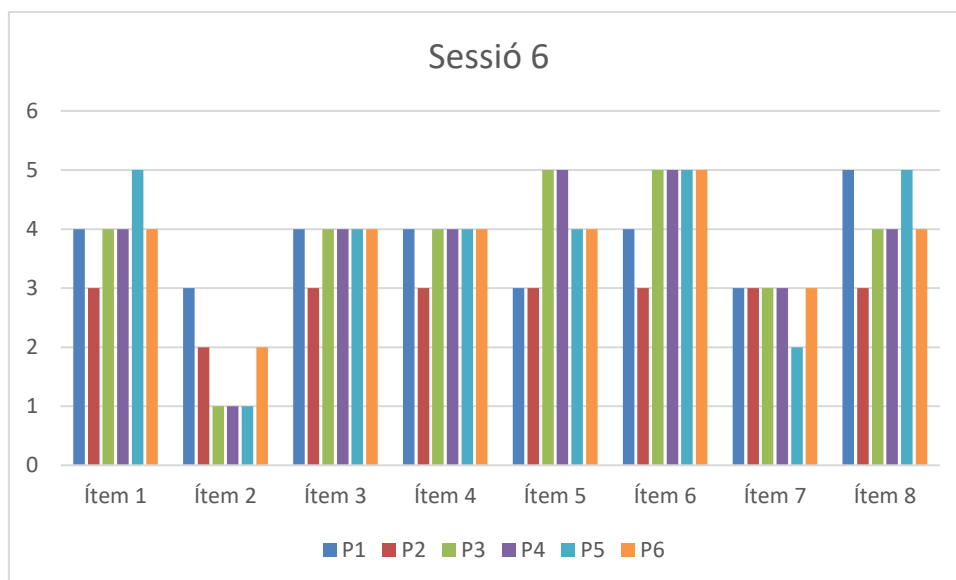
els resultats del ítem 6 (agradabilitat), on gairebé tots els pacients treuen un 4 sobre 5, i inclús veiem al P5 qui treu un 5 sobre 5.

Veiem en aquesta sessió com en l'ítem 3 (vinclle) la gran majoria han assolit un grau de 4 sobre 5 el que ens indica que amb el transcurs de les setmanes i les sessions, aquest vinclle s'ha anat enfortint.

Podem dir doncs que, aquesta sessió va ser tot un encert inclús amb la P2 qui també es va mostrar predisposada a participar en l'activitat.

Figura 12

Comparació participants en la sessió 6 en relació a la graella observacional.



Nota: Ítem 1 – col·laboració en la tasca; Ítem 2 – distracció en la tasca; Ítem 3 – Vinclle; Ítem 4 – Concentració en la tasca; Ítem 5 – Interès en la tasca; Ítem 6 – Agradabilitat en la tasca; Ítem 7 – Mobilitat; Ítem 8 – Estat anímic.

Aquesta ultima sessió va servir com a acomiadament i seguiment amb els pacients.

Es va administrar el Post-Yesavage per poder fer les comparatives corresponents i, a la vegada es va poder fer una valoració final amb cadascun d'ells. Es volia saber què els havia semblat les últimes setmanes; en quin aspecte creien que podria millorar les intervencions; i què era el que més els hi havia agradat.

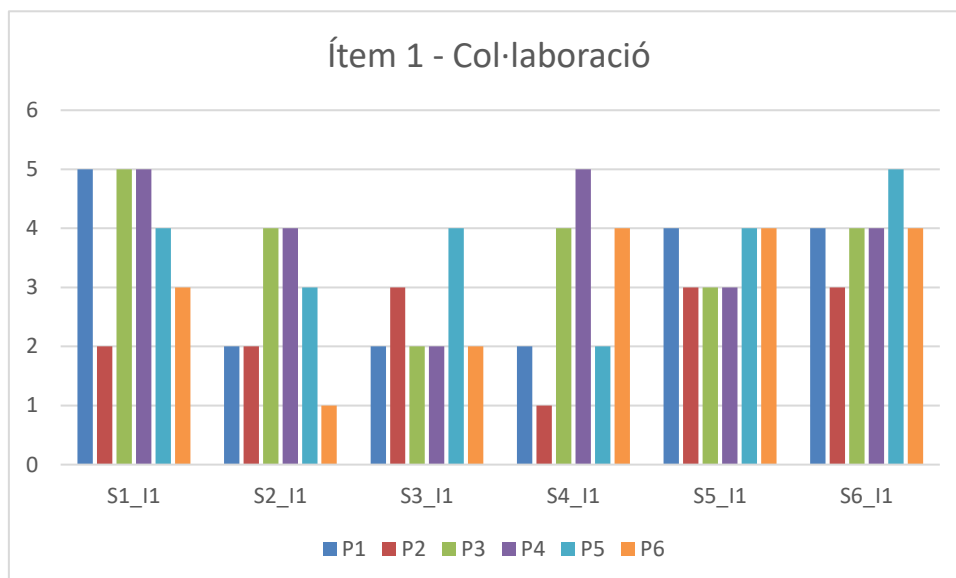
Els resultats demostren que els pacients estaven contents, interessats i predisposats a participar en aquesta última sessió.

Cada un dels pacients van agrair que s'haguessin realitzat les sessions. Una de les reflexions seria pensar que una persona que està ingressada al hospital no està allí per voluntat pròpia sinó per circumstàncies que l'han fet estar allí. Majoritàriament "no es agradable" estar ingressat, per tant, tot allò que sigui fer companyia, distreure's o simplement poder expressar el que es sent serà per als pacients ben vingut.

Comparació de participants per ítem.

Figura 13

Comparació participants amb Ítem 1 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memòria; S3 - Sopa de lletres; S4 - Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

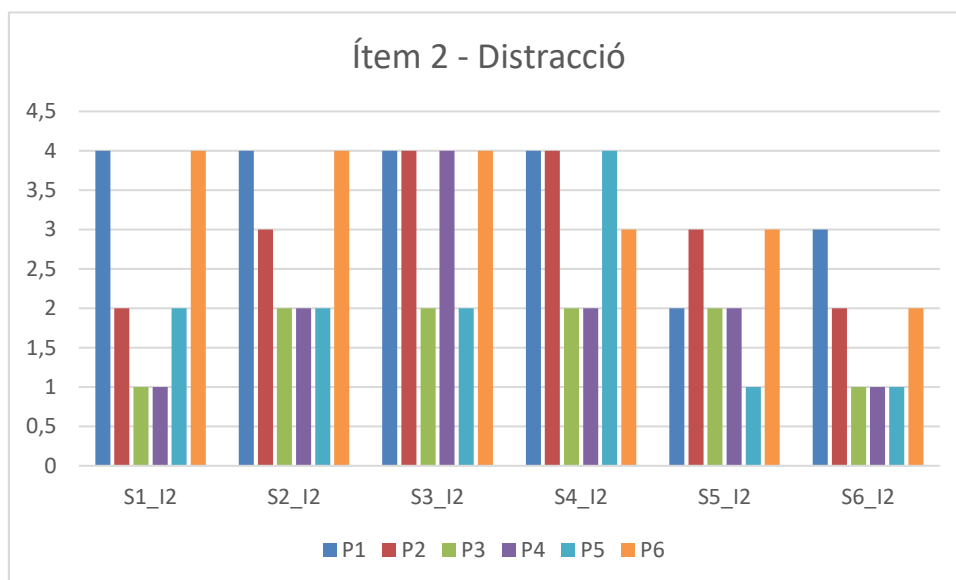
En la figura 13 es pot observar una comparació del ítem 1 en tot el conjunt de sessions. L'ítem 1 valorava la col·laboració en la tasca. És en la sessió 3 (sopa de lletres) on els resultats són menys favorables. La interpretació en aquest cas podria ser que de totes les activitats realitzades és la que menys èxit va tenir.

Per altra banda, trobem que la sessió que ha obtingut més resultats favorables vers la col·laboració ha estat la última sessió, la de seguiment. Va

ser en aquella sessió de tancament, on es va poder notar que els pacients estaven predisposats a participar.

Figura 14

Comparació participants amb Ítem 2 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memòria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

En la figura 14 es pot observar una comparació amb l'ítem 2, distracció en la tasca. En aquest cas es veu com els pacients 1, 2 i 6 en la gran majoria de sessions tenen resultats alts en distractibilitat.

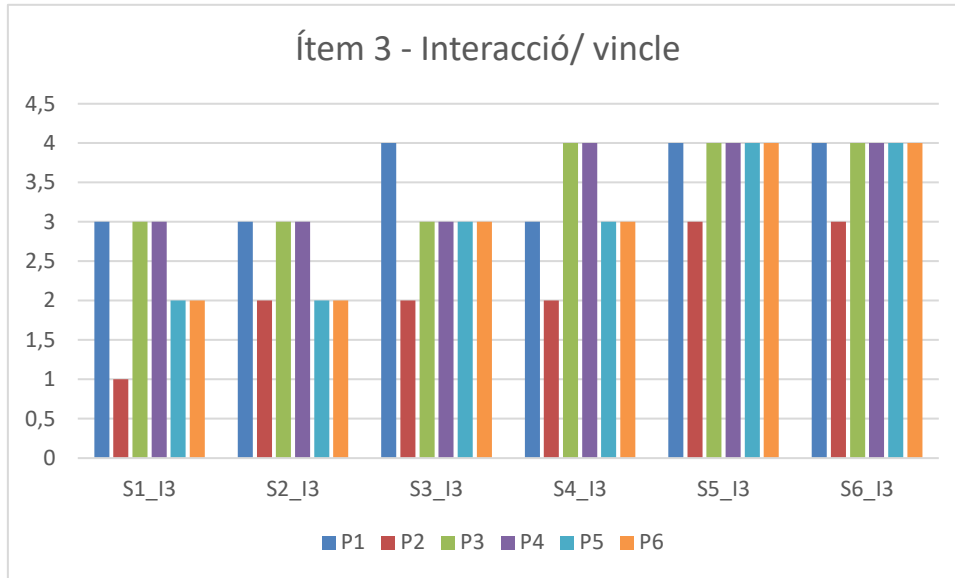
El pacient 1, com s'ha comentat anteriorment, era un pacient amb un deteriorament cognitiu moderat i a banda, amb cert grau de sordesa. Per tant, en algunes sessions tals com la sessió de memòria, la de sopa de lletres i la de relaxació va ser més complicat que prestés atenció.

El pacient 2, com també s'ha comentat en l'anàlisi de les figures anteriors, era una pacient que feia relativament poc se li havia mort un familiar molt proper i per tant els resultats en la gran majoria es van veure alterats.

El pacient 6 era un pacient que no va arribar a mostrar gaire interès ni predisposició en les diferents sessions i que fàcilment es distreia amb qualsevol cosa.

Figura 15

Comparació participants amb Ítem 3 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memòria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

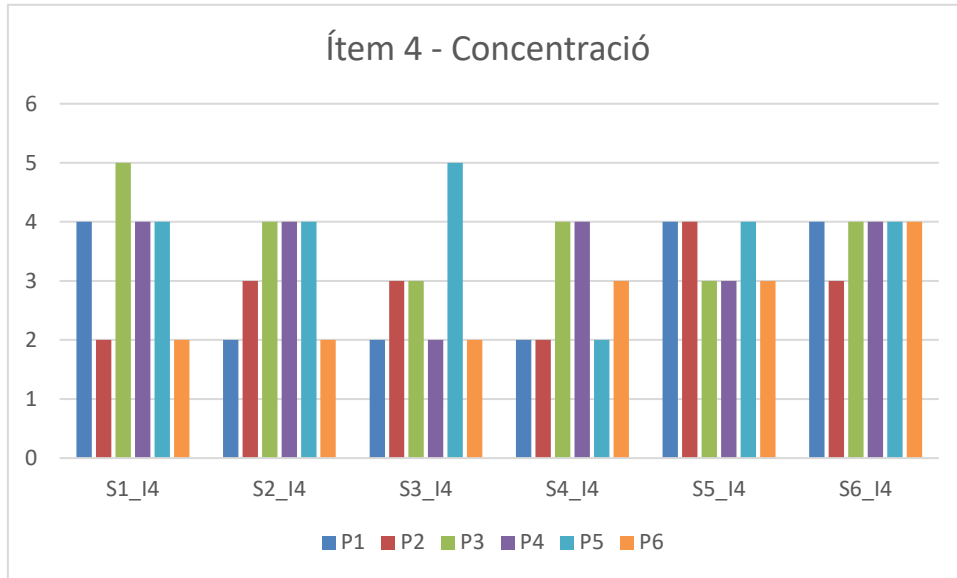
L'ítem 3 valorava la interacció amb l'investigador durant el transcurs de les sessions.

Es pot observar una progressió positiva en tots els pacients. A mesura que passaven les setmanes, es feia notori com els pacients s'obrien més amb l'investigador, i evocaven més confiança a la hora de conversar. Aquest aspecte al final ha ajudat a poder realitzar totes les sessions i si en algun cas no es podia dur a terme, sempre hi havia l'alternativa d'aprofitar per parlar d'allò que ells volguessin.

S'observa que el P2, és el pacient a qui li va costar més crear aquest vincle personal. Però al llarg de les setmanes finalment, es va poder compartir experiències o preocupacions en confiança.

Figura 16

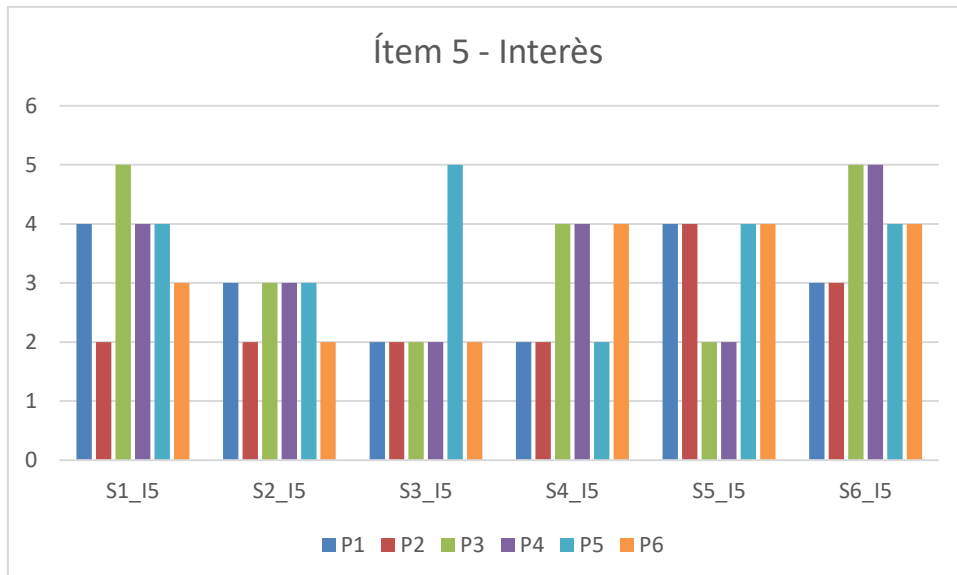
Comparació participants amb Ítem 4 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memoria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

Figura 17

Comparació participants amb Ítem 5 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memoria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

Les figures 16 i 17, valoren consecutivament la concentració i l'interès en la tasca. En els dos casos es veuen resultats molt similars ja que es tracta d'ítems que van molt relacionats.

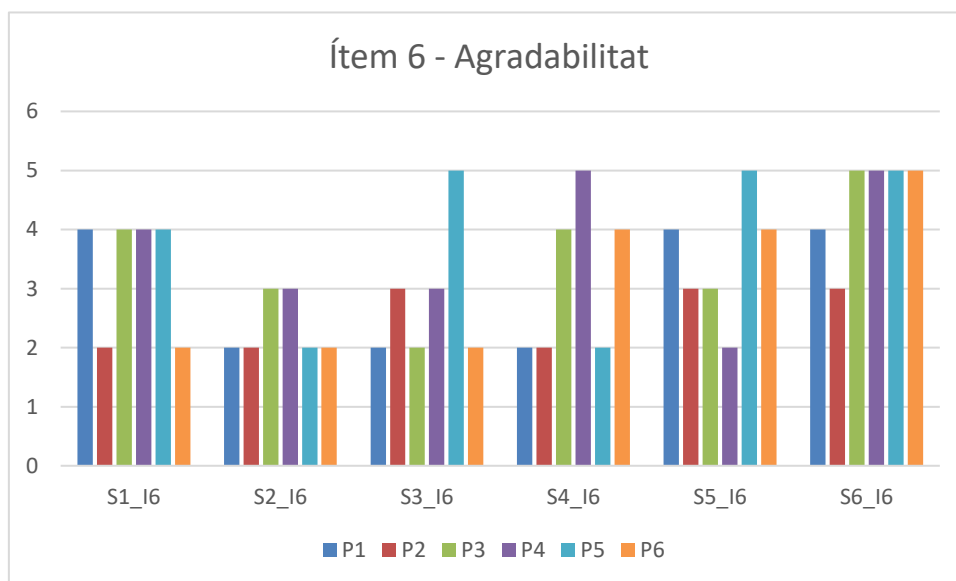
Per tant, s'observa que coincideix amb les dades del ítem 1, on els pacients 1 i 2 són els que majoritàriament tenen resultats menys favorables.

Veiem en la sessió 3 que tots els pacients menys el P5 es on coincideixen en els resultats poc favorables. Tal i com s'ha pogut observar anteriorment, no va ser una activitat que els cridés molt l'atenció.

Per altra banda veiem que el P5 en la sessió 3, on es realitzava la sopa de lletres, és on ha obtingut una puntuació de 5 sobre 5. Aquest fet és degut a que era una activitat que li portava molts bons records amb la seva família i per tant es va mostrar molt predisposat.

Figura 18

Comparació participants amb Ítem 6 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memoria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

En la figura 18 es valorava l'agradabilitat amb les sessions.

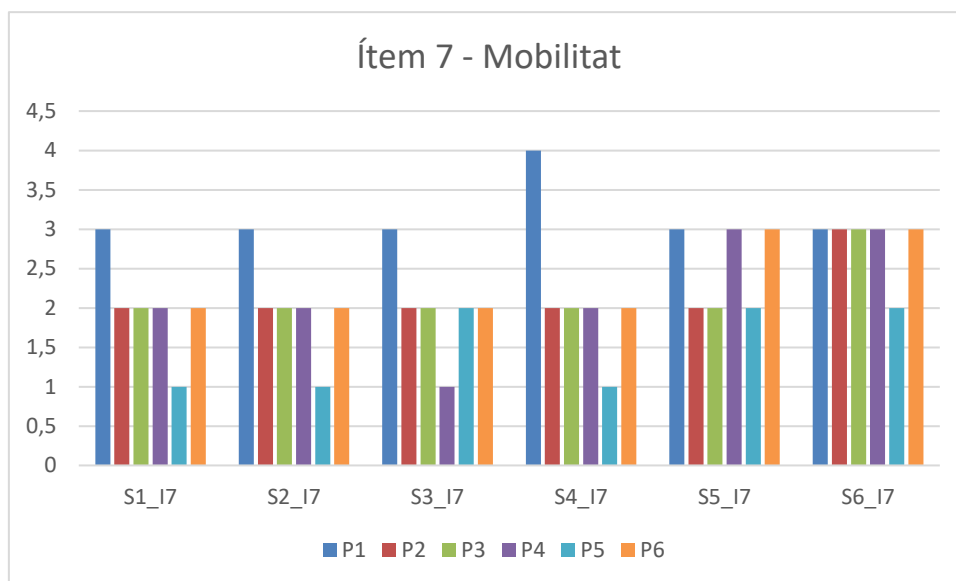
Es pot observar com la sessió que popularment va agradar més és la 6, la sessió de seguiment. I així ho van demostrar els pacients.

El P5 també destaca en la sessió 3 i la sessió 5. Aquests resultats es confirmen també amb la figura 16 i la figura 17.

La sessió que menys agrada als pacients seria la sessió 2 i la sessió 3, on havien de jugar al *Memory* i realitzar la "sopa de lletres".

Figura 19

Comparació participants amb Ítem 7 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memoria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

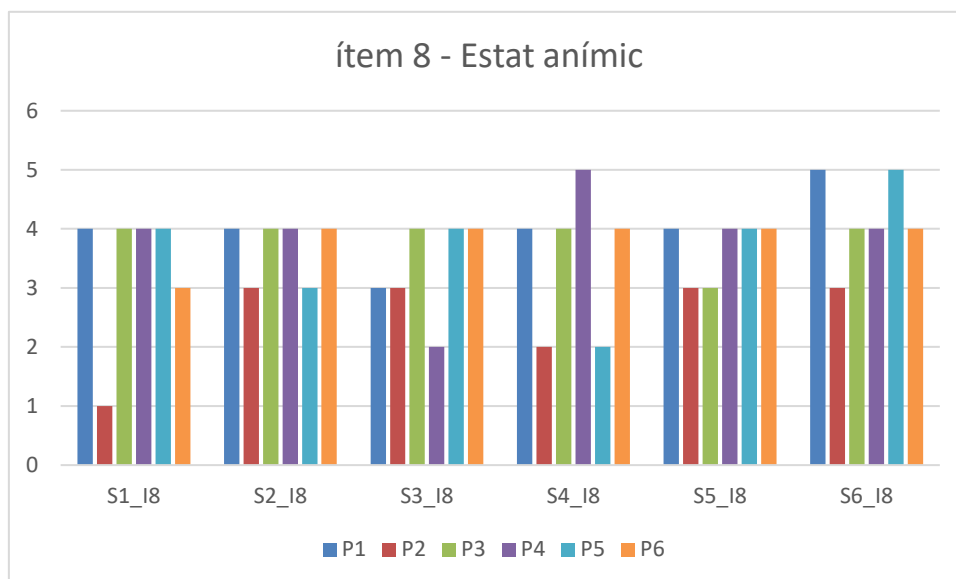
Aquest ítem valorava la mobilitat i l'autonomia del pacient en el transcurs de les setmanes. Es va incloure aquest ítem per poder comprovar si el fet de tenir més o menys autonomia feia variar la resta d'ítems en les diferents sessions.

Si ens fixem en el P5, és el pacient que més dificultats tenia per moure's i consegüentment era també el pacient que menys interès i predisposició mostrava en les sessions.

Per altra banda, el P4 veiem que en la tercera sessió mostra uns resultats molt baixos en mobilitat respecte als que havia obtingut anteriorment. Això és degut a que li van haver de realitzar una intervenció feia gairebé dos dies i encara presentava molèsties. S'observa tanmateix que en aquella sessió va mostrar resultats amb tendència negativa en la majoria de ítems.

Figura 20

Comparació participants amb Ítem 8 en relació a la graella observacional.



Nota: S1- PreYesavage; S2- Memòria; S3 – Sopa de lletres; S4 – Relaxació; S5- Dominó; S6 - PostYesavage

Aquest últim ítem valorava l'estat anímic dels pacients. En general la majoria dels pacients es mostraven contents quan se'ls hi realitzava les sessions obtenint un 4 sobre 5.

Si s'observen les puntuacions del P2, segueix la línia de les anteriors figures. Mostra resultats més aviat depressius, amb angoixa a causa del dol.

El P4 s'observa que és en la sessió 3 quan es mostra més trist, o més preocupat. Coincideix amb els resultats anteriors on presentava molèsties i poca mobilitat.

En la última sessió es pot comprovar que la majoria expressen bon humor. El que ens afirma que aquella sessió va ser una sessió positiva per a tots els pacients.

3.2 Anàlisi estadístic.

Resultats prova U de Mann-Whitney

Taula 5

Comparació rangs grups experimental i control (Prova Mann-Whitney).

RANGS				
	Grup	N	Rang mig	Suma de rangs
PRE- YESAVAGE	Control	6	6,83	41,00
	Experimental	6	6,17	37,00
	Total	12		
POST- YESAVAGE	Control	6	7,42	44,50
	Experimental	6	5,58	33,50
	TOTAL	12		

En la taula 5 es mostra una comparativa entre el grup control i el grup experimental en el Pre i el Post Yesavage.

Si s'observa la suma de rangs del Pre Yesavage veiem que el grup control es troba lleugerament més deprimat, sense arribar a haver diferències significatives, podent dir per tant que els grups són equivalents.

Però si ens fixem en el Post Yesavage, veiem com el grup control ha passat d'un 41 a un 44,5 i en canvi el grup experimental, ha baixat els valors d'un 37 a un 33,50. És a dir, en el grup experimental podem dir que hi ha una tendència a disminuir la depressió.

Si s'observen els valors del rang mig, es mostra en detall si hi ha diferències o no entre els dos grups en el Pre i en el Post Yesavage. El grup control extreu un 6,83 mentre que el grup experimental ha tret 6,17, es veu per tant, s'afirma que no hi ha diferències significatives.

Per altra banda en el Post, tal i com s'observa a la Taula 5, el grup control extreu un 7,42 mentre que el grup experimental obté un 5,58. S'afirma com s'ha comentat anteriorment, que no trobem diferències significatives però sí una tendència a disminuir en el Post.

Taula 6

Comparació dels grups en el Pre i Post Yesavage (Prova U de Mann-Whitney).

Estadístics de prova		
	Pre Yesavage	Post Yesavage
U de Mann-Whitney	16,000	12,500
W de Wilcoxon	37,000	33,500
Z	-,324	-,885
Sig. asin. (bilateral)	,746	,376
Significació exacta [2*(sig. unilateral)]	,818 ^b	,394 ^b

a. Variable de agrupació: Grup
b. No corregit per empats.

P < 0,05

Si s'observa la Taula 6, la prova estadística mostra com en el Pre Yesavage s'extreu un 0.746 i en el Post Yesavage un 0.376. Són valors majors al valor de significació ($p < 0,05$), per tant, s'accepta la Hipòtesis nul·la, les diferències no són significatives entre els dos grups.

Resultats prova de rangs amb prova de Wilcoxon. (Grup experimental).

Taula 7

Comparativa dels rangs Pre i Post en el grup experimental.

Rangs				
		N	Rang mig	Suma de rangs
Post Yesavage - Pre Yesavage	Rangs negatius	5 ^a	3,00	15,00
	Rangs positius	0 ^b	,00	,00
	Empats	1 ^c		
	Total	6		

a. Post Yesavage < Pre Yesavage

b. Post Yesavage > Pre Yesavage

c. Post Yesavage = Pre Yesavage

En la Taula 7 es pot veure una comparativa dels rangs en el grup experimental. Detalladament s'observa que els rangs negatius, els quals corresponen a aquells pacients que han millorat després de realitzar-los la intervenció, són 5 pacients en total.

Els rangs positius fan referència a aquells pacients que han empitjorat, és a dir, que la intervenció no ha estat efectiva. En aquest cas no hi hauria pacients.

I per últim, els empats, aquells pacients que ni han millorat ni han empitjorat. En total 1 pacient.

Taula 8

Comparativa de Pre i Post Yesavage en el grup experimental.

Estadístics de prova	
Post Yesavage - Pre Yesavage	
Z	-2,236 ^b
Sig. Asin. (bilateral)	,025
a. Prova de rangs con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangs positius.	
P<0,05	

En la taula 8 l'estadístic de prova confirma el que s'ha vist anteriorment, on el resultat de p és 0.025, per tant en aquest cas es rebutja la Hipòtesis nul·la i veiem que les diferències sí són estadísticament significatives en el Pre i Post Yesavage en el grup experimental.

Resultats prova de rangs amb prova de Wilcoxon. (Grup control)

Taula 9

Comparativa dels rangs Pre i Post Yesavage en el grup control.

		Rangs		
		N	Rang mig	Suma de rangs
Post Yesavage – Pre Yesavage	Rangs negatius	2 ^a	2,50	5,00
Yesavage	Rangs positius	2 ^b	2,50	5,00
	Empats	2 ^c		
	Total	6		

a. Post Yesavage < Pre Yesavage
b. Post Yesavage > Pre Yesavage
c. Post Yesavage = Pre Yesavage

La taula 9 mostra una comparativa de rangs exclusivament amb el grup control. En aquest cas els rangs negatius, són aquells pacients que han millorat, han estat 2.

En el rang positiu, aquells pacients que han empitjorat, han estat dos.

I per últim, aquells pacients que s'han quedat igual, també han estat dos.

Taula 10

Comparativa Pre i Post Yesavage en el grup control.

Estadístics de prova	
Post Yesavage – Pre Yesavage	
Z	,000 ^b
Sig. Asin. (bilateral)	1,000

a. Prova de rangs con signo de Wilcoxon
b. La suma de rangs negatius es igual a la suma de rangs positius.

P < 0,05

Per tant, els resultats de la taula 10 confirmen que el nivell de significació és 1 i que per tant, s'accepta la Hipòtesis nul·la. És a dir, no hi ha hagut diferències significatives entre el Pre i el Post Yesavage en el grup control.

Taula 11

Tendència del grup experimental en el Post Yesavage.

		Estadística de grup			
	Grup	N	Media	Desv. estàndard	Mitja d'error estàndard
Pre Yesavage	Control	6	5,3333	3,14113	1,28236
	Experimental	6	5,0000	3,28634	1,34164
Post Yesavage	Control	6	5,3333	2,58199	1,05409
	Experimental	6	4,1667	3,18852	1,30171

En la taula 11 s'ha realitzat una estadística de prova amb les mitges per comprovar la tendència del grup experimental en el Post Yesavage vers el grup control. S'observa per tant, que en el grup control no hi ha hagut cap variació en els resultats a nivell de mitjanes, però en canvi, en el grup experimental els valors varien d'un 5,0 a un 4,1667 amb la qual cosa, ens confirma aquesta tendència de millora en els resultats del Post Yesavage. Es pot afirmar que el grup experimental sí ha millorat en l'estat anímic gràcies a les sessions d'acompanyament.

4. Discussió i conclusions.

Si observem els resultats estadístics es pot afirmar que les sessions d'acompanyament realitzades als pacients del grup experimental sí han tingut efectes positius vers la depressió segons els resultats del test Yesavage. Tal i com s'ha pogut comprovar en la Taula 8, els estadístics han demostrat diferències significatives entre el Pre i el Post Yesavage únicament en el grup experimental.

Per tant, s'ha comprovat per una banda que la depressió es present en el post-operatori de intervenció com la fractura de maluc, tal i com afirmava Javier Amarilla-Donoso (Javier Amarilla-Donoso et al., 2020).

Per altra banda, s'ha pogut corroborar que tal com s'ha vist en el marc teòric, en els estudis realitzats l'any 2022 (Mohammad Auais et al., 2022), la depressió va estretament lligada al estat anímic. I per tant, després d'haver realitzat les sessions d'acompanyament, l'estat anímic ha millorat significativament. Aquí, s'afirma la hipòtesis inicial que deia:

- L'acompanyament emocional actua de manera favorable en l'evolució positiva dels pacients.

En canvi, en el grup control no s'ha vist aquesta millora ja que era el grup al qual no se li havia realitzat cap tipus d'intervenció i per tant, tal i com mostra la Taula 10, el nivell de significació és 1 i no existeixen diferències significatives.

En la última Taula de l'anàlisi estadístic, la Taula 11, serveix de resum per a corroborar els resultats. Fent la comparativa entre els dos grups es demostra que, tot i tractar-se de grups similars existeix una tendència de millora en la depressió del grup experimental a diferència del grup control.

En següent lloc, els resultats del anàlisi qualitatiu han servit per poder fer una valoració qualitativa dels pacients segons la sessió o segons l'ítem realitzat. S'han relacionat els resultats de la graella d'observació amb els resultats del test de *Pfeiffer*, donant-li sentit per exemple al fet que el pacient 1, qui presentava deteriorament cognitiu moderat, no presentava resultats positius

en sessions on requeria concentració o treball mental, tal i com s'ha observat a la Taula 5.

Per altra banda, s'ha comprovat com l'ítem de vincle o interacció de la graella observacional amb l'investigador ha anat augmentant i millorant sessió rere sessió. Per tant, s'ha aconseguit crear aquesta confiança amb els pacients que ha permès realitzar les sessions de la manera més sincera i natural possible.

Si es fa una valoració dels punts forts i dels punts més fluixos d'aquest estudi, s'observa que:

Una de les limitacions importants en aquest estudi ha estat la mida de la mostra i l'absència de control dels factors de confusió. Aquesta última, ha limitat la precisió dels resultats qualitius obtinguts en la recerca. Pel que fa a la mostra, al haver-la reduït a únicament aquells pacient amb fractura de maluc, el nombre de pacients també s'han vist disminuïts. Lligat a aquesta important reducció de la grandària de la mostra, el control dels factors de confusió hauria reduït encara més la població d'estudi. Com per exemple, en el cas del pacient 2, qui estava passant per un dol a causa de la mort d'un familiar proper i per tant, els resultats estaven totalment influenciats. Si s'hagués obtingut una mostra més amplia i més significativa, aquests biaixos no haurien afectat de la mateixa manera a l'estudi.

Tot i haver-se esmenat les limitacions, també es fa referència als punts forts d'aquest estudi. És una idea innovadora la creació d'un pla específic d'acompanyament a l'usuari que ha estat ingressat per una intervenció de maluc o en general per una operació. Aquest estudi tot i no comptar amb els recursos suficients en quan a mostra, s'ha pogut observar resultats favorables en la millora de l'estat anímic gràcies a l'acompanyament emocional. Per tant, una iniciativa molt beneficiosa fora que en els hospitals es poguessin fomentar plans individualitzats d'acompanyament emocional als pacients, d'aquesta manera es podria millorar la seva qualitat de vida i s'arribaria a millorar la recuperació del pacient.

5. Referències.

Akhtar-Danesh N, Landeen J. *Relation between depression and sociodemographic factors*. International. Int J Ment Health Syst. 2007; 1: 4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18271976/>

Baptista H, Mendes D, Soares C. *Age-related mobility loss is joint-specific: an analysis from 6,000 Flexitest results*. Age (Dordr). 2013; 35(6): 2399-407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23529505/>

Beyer JL. *Managing depression in geriatric populations*. Ann Clin Psychiatry. 2007; 19: 221-238. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10401230701653245>

Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE. *Validity of the Zung Self-rating Depression Scale*. Br J Psychiatry. 1978; 132: 381-385. <https://psycnet.apa.org/record/1979-12319-001>

Blazer DG. *Depression in late life: Review and Commentary*. J Gerontol a Biol Sci Med. 2003; 58: 249-265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12634292/>

Casey DA. *Depression in the elderly*. South Med J. 1994; 87: 559-563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8178211/>

Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, Hooijer C, Lawlor BA, Kivela SL, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, deVries MW, Wilson KC. *Depression among older people in Europe: the EURODEP studies*. World Psychiatry. 2004; 3: 45-49. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Delespaul+P%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_RVAbstractPlus

Cujilema J, Palacio J, Stangl W. *Resultados funcionales de hemiartroplastía bipolar en pacientes mayores de 65 años con fracturas intracapsulares de cadera*. Acta Ortop Mex. 2019; 33(4): 241-6. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89794>

Dalton JE, Pederson SL, Blom BE, Holmes NR. *Diagnostic errors using the Short Portable Mental Status Questionnaire with a mixed clinical population.* J Gerontol. 1987; 42: 512-514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3624809/>

Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikström J, Autio L. *Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly.* J Am Geriatr Soc. 1987; 35: 412-416. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3571790/>

Folstein MF, McHugo PR. *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>

Font Taula 1: Shelk JI & Yesavage JA. Geriatric Depresin Scale (GDS); recent evidence and developement of a shorte version. In Brink TL, ed Clinical Gerontology: A Guide to Assessement and intervention. New York: Haworth Press; 1986. Martí D, Miralles R, Llorach I, Garcia -Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. *Transtornos depresivos en una unidad de convallescència: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.* Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35: 7-14.

Font Taula 3: Pfeiffer E. *A short portable mental status questionnaire for the assasment of organic brain deficits in the elderly.* J Am Geratr Soc. 1975; 23: 433-41. Versió espanyola de: Gonzalez-Moltalvo JI, Alarcon-Alarcon MT. Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcon MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. P 73-103.

Gonzalez-Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. *Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección de deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría.* Rev Esp Geriatr Gerontol. 1992; 129-133.

Hamilton M. *A rating scale for depression.* J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960; 23: 56-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>

Javier Amarilla-Donoso, Adela Gómez-Luque, Sara Huerta-González, Isabel Panea-Pizarro, Elena Güesta-Guerra, Fidel López-Espuela. *Impacto de la fractura de cadera operada quirúrgicamente en la calidad de vida, el estado funcional y el estado de ánimo de los ancianos*. Enfermería Clínica, Volumen 30, Número 4, Julio-Agosto 2020, Páginas 244-252. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119300695?via%3Dihub>

Lobo A, Sanz P, Marcos G. Grupo Zarademp. MMSE. *Examen Cognoscitivo mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones S.A; 2002. https://web.teaediciones.com/Ejemplos/MMSE_Extracto_manual.pdf

Lopez Pousa S, Pujol-Gómez C. *Registros de demencias: situación actual en Cataluña*. Rev Neurol. 1998; 27: 96-101. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13874/viabilidad_registro_demencias.pdf

Lopez, R. (2017) *Deterioro cognitivo/demencia: valoración y seguimiento. Aspectos funcionales*. *Deterioro cognitivo/demencia: evaluación y seguimiento. Aspectos funcionales*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Volumen 52, Suplemento. (28-33). <https://medes.com/publication/125592>

Lopez-Pousa S, Llinèa J, Vilalta FJ, Lozano Fernández R. *Prevalència de demència en Girona*. *Neurplogia*. 1995; 10: 89-93.

Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. *Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35: 7-14. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-trastornos-depresivos-una-unidad-convalecencia-13006141>

Martínez J, Dueñas R, Onís M, Aguado C, Albert C, Luque R. *Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años*. *Med Clin*. 2001; 117: 129-134.

Martínez J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Evaluación cognitiva en ancianos. *Datos normativos de una muestra de población española mayor de 70 años*. Med Clin. 2004; 122: 727-740. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Mart%C3%ADnez+de+la+Iglesia+J%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_RVAbstractPlus

Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación*. MEDIFAM. 2002; 12: 620-630. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003

Miralles R, Esperanza A. Anexo 1: Instrumentos y escalas de valoración. Editors: Jiménez MA, Benavent R, Boyano S, Clerencia M, Corujo E, Espauella J, Esteban MJ, Gil P, Jiménez C, Luengo C, Manzarbeitia J, Marañón E, Martínez C, Mesa MP, Miralles R, Muñoz C, Prado F, Rodríguez C, Ruiperez I, San Cristobal E, Veiga F. *Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad española de Geriatria y Gerontologia*. Madrid: Internacional Marketing & Communication, SA. 2007; pp. 771-789. https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf

Mohammad Auais, Thiago de Aquino Costa Sousa, Chengying Feng, Sudeep Gill, Simon D French. *Understanding the relationship between psychological factors and important health outcomes in older adults with hip fracture: A structured scoping review*. Archives of Gerontology and Geriatrics. Volume 101. 2022; 104666, ISSN 0167-4943, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494322000474?via%3Dihub>

Pech-Ciau BA, Lima-Martínez EA, Espinosa-Cruz GA, Pacho-Aguilar CR, Huchim-Lara O, Alejos-Gómez RA. *Fractura de cadera en el adulto mayor: epidemiología y costos de la atención [Hip fracture in the elderly: epidemiology and costs of care]*. Acta Ortop Mex. 2021 Jul-Aug;35(4):341-

347. Spanish. PMID: 35139593.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35139593/>

Pfeiffer E. *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly.* J Am Geriatr Soc. 1975; 23: 433-441.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1159263/>

Pi J, Olivé JM, Roca J, Masana L. *Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya, Spain.* Neuroepidemiology. 1996; 15: 33-41.
<https://doi.org/10.1159/000109887>

Salamero M, Marcos T. *Factor study of the Geriatric Depression Scale.* Acta Psychiatr Scand. 1992; 86: 283-286. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03267.x>

Sheik JL, Yesavage JA. *Geriatric depression scales: recent evidence and development of a shorter version.* Clin Geront. 1986; 5: 165-173.

Sheik JL, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version.* Brink TL, editor. Clinical Gerontology: Guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press; 1986.
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v05n01_09

Wasylenki D. *Depression in the elderly.* Can Med Assoc J. 1980; 122: 525-540.

WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization WHO; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.* J Psychiatr Res. 1982-1983; 17: 37-49.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>