

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2016/2017

EFECTO DEL ENTRENAMIENTO EMOCIONAL POSITIVO EN PERSONAS MAYORES CON QUEJAS DE BAJO ESTADO DE ÁNIMO

*Effect of positive emotional training in older
people with low mood complaints*

Realizado por: Alicia Méndez Salguero

Dirigido por: María del Carmen Requena Hernández

En León, a 30 de Agosto de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

ÍNDICE:

RESUMEN.....	3
1- INTRODUCCIÓN.....	5
2- LA GERONTOLOGÍA NARRATIVA.....	7
3- CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS NARRATIVAS EN LA VEJEZ	8
3.1- Autobiografía	9
3.2.-Revisión de vida	10
3.3.-Historia de vida.....	10
3.4.-Reminiscencia	11
4- EL ENFOQUE NARRATIVO EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA	15
5- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	16
6- OBJETIVO.....	20
7- HIPÓTESIS	20
8- METODOLOGÍA.....	21
8.1.- Sujetos.....	21
8.2.-Procedimiento.....	21
8.3.-Instrumentos de Evaluación	22
8.4.- Programas de Entrenamiento para el Estado de Ánimo	24
9- RESULTADOS.....	32
9.1.- Descriptivos	33
9.2.-Comparativos.....	34
10- DISCUSIÓN.....	43
11- CONCLUSIONES	48
12- BIBLIOGRAFÍA.....	50

RESUMEN

Introducción. Uno de los problemas sociales más relevantes entre la población mayor es el bajo estado de ánimo hasta el punto que se prevé que sea la enfermedad más frecuente en este siglo. Este hecho puede estar asociado con que cada vez más personas mayores completan el ciclo vital pero con frecuencia esta extensión de vida se acompaña con una actitud de cierre a planes de futuro ocasionado falta de motivación y quejas subjetivas de bajo estado de ánimo entre un gran colectivo de mayores. En las últimas décadas ha surgido de nuevo la narrativa como estrategia efectiva de afrontamiento de la depresión. **Objetivo.** Nuestra investigación pretende analizar la respuesta emocional y cognitiva ante diferentes entrenamientos para la mejora del estado de ánimo, en personas mayores que padecen quejas subjetivas de bajo estado de ánimo. **Metodología.** El diseño del experimento se conforma con 80 personas mayores con quejas subjetivas de bajo estado de ánimo, captadas a partir de los *centros de día* de León. Los participantes se distribuyeron aleatoriamente en grupos de 20 personas en cuatro grupos de estudio: Grupo 1. Actúa de grupo de control, no recibe entrenamiento. Grupo 2. Recibe entrenamiento en pensamientos positivos mediante la técnica de *revisión de vida*. Grupo 3. Recibe entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo. El Grupo 4. Recibe entrenamiento cognitivo-emocional basado en los grupos de discusión. **Estadísticos.** Los análisis estadísticos empleados han sido medias, desviación estándar, frecuencias, además de la prueba de Wilcoxon para analizar el efecto y la prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes para comprobar las diferencias intersujetos entre los cuatro grupos estudiados. **Resultados.** Los datos ponen de manifiesto que los grupos de entrenamiento en pensamientos positivos (g2), entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo (g3) y entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión (g4), han disminuido los pensamientos rumiativos en general así como los pensamientos negativos y pensamientos reflexivos. La influencia ambiental en los afectos ha mejorado así como el estado de ánimo. En cuanto a los resultados cognitivos subrayar que no solo han mejorado los sujetos que han recibido tratamiento cognitivo sino también los sujetos que han recibido entrenamiento en pensamientos positivos. **Conclusión.** Los hallazgos expuestos nos llevan a recomendar seguir con la aplicación de los programas de entrenamiento emocional en los centros de mayores a los que acuden las personas mayores que han participado en la investigación.

Palabras: Personas Mayores, Bajo estado de ánimo, Gerontología Narrativa, Emociones positivas, Pensamiento Específico.

ABSTRACT

Introduction. One of the most significant social problems among the elderly population, is the low state of mind to the point where it is predicted that it will be the most frequent disease in this century. This fact may be associated with every time elderly people complete the life cycle but often they complete it with an attitude of closing a future plane caused lack of motivation and subjective complaints of low mood among a large group of elderly. In the last decades, narrative has emerged as an effective coping strategy for depression. **Objective.** Our research aims to analyze the emotional and cognitive response to different training for the mood improvement in elderly people suffering subjective complaints of low mood. . **Methodology.** The design of the experiment was conformed with 80 elderly people with subjective complaints of low mood, captured from the *day centers* of Leon. Participants were randomized into groups of 20 people in four study groups: Group 1. It acts as a control group, don't receive training. Group 2. Receive training in positive thoughts through the life review technique. Group 3. Receive cognitive training based on positive emotional vocabulary. Group 4. Receive cognitive-emotional training based on focus groups. **Statisticians.** The statistical analyzes used were mean, standard deviation, frequencies, in addition to the Wilconxon test to analyze the effect and the Kruskal-Wallis test for k independent samples to verify the intersubject differences between the four groups studied. **Results.** The data show that training groups in positive thoughts (g2), cognitive training based on positive emotional vocabulary (g3), and group-based cognitive-emotional training (g4) have decreased ruminant thoughts in general as well as Negative thoughts and Reflective thoughts. The environmental influence on the affections has improved as well as the mood. As for cognitive outcomes, it should be emphasized that it not only have the subjects who have received cognitive treatment improved but also the subjects who have received training in positive thoughts. **Conclusion.** These findings lead us to recommend continue with the application of emotional training programs at senior centers to which the elderly people who have participated in the research come.

Key Words: Elderly people, Low mood, Narrative Gerontology, Positive Emotions, Specific Thoughts.

1- INTRODUCCIÓN

En el momento actual asistimos a un crecimiento exponencial sin precedentes de la población mayor, hasta el punto que este colectivo se ha convertido en el grupo más mayoritario cuando las edades se desagregan por etapas de desarrollo. Basándonos en los datos del INE (1), actualmente en nuestro país, el porcentaje de población mayor de 65 años se sitúa en el 18,7 %, en el 2031 se estima que llegará a alcanzar el 25,6 % y el 34,6 % en 2066, lo que significa que el cambio de la pirámide poblacional es un hecho imparable. Es por ello necesario ofertar una cartera de servicios sociosanitarios que afronten la nueva realidad, no sólo de nuestro país sino de todo el mundo (2).

El envejecimiento, también denominado senescencia en el ámbito de la salud se asocia con pérdida. La senescencia hace referencia a un mecanismo que, mediante el control genético, conduce al individuo a un declive corporal y mental con el paso del tiempo (3). En este sentido, el Informe Mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud (4) propone la necesidad de centrar un marco de acción en la población mayor, que denomina “envejecimiento activo” referido al estilo de vida más conveniente que debe adoptarse en la vejez. Desde la OMS se proponen pautas para preservar la calidad de vida de las personas mayores como la reducción de la inequidad minimizando desigualdades, garantizar el derecho a elegir y propiciar que las personas mayores permanezcan en el entorno habitual, práctica que favorece la sensación de conexión, seguridad y familiaridad. Además, la OMS propone que en armonía con el entorno se diseñen programas preventivos y/o de intervención sobre la salud física, social, emocional y mental de las personas mayores. Para ello nos propone un marco de acción para un envejecimiento saludable, entendiendo salud más allá de la ausencia de enfermedad (Ver Figura 1).

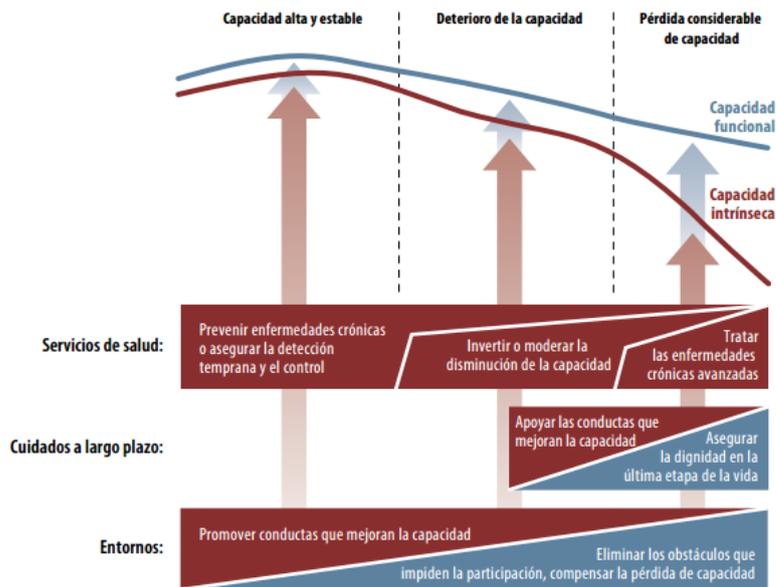


Figura 1. Un marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable (4)

Desde la OMS se proponen cambios en el ámbito de la salud, especialmente en lo que se refiere a la palabra “paciente” o pasivo por el de proactivo, esto es, transmitir al usuario enfermo que la curación o el bienestar dependen también de lo que él haga, convirtiéndolo en un agente activo en su recuperación (5–9). Este cambio del papel del enfermo repercute en la actitud de los profesionales sanitarios que deben dejar de lado el paternalismo o proteccionismo y dar paso a modelos de intervención donde el enfermo mayor tengan más protagonismo en su recuperación. Este modelo centrado en la persona se viene extendiendo en la última década en todas las disciplinas que tienen por objeto el trato con personas, asociándose también a palabras como el empoderamiento o “*empowerment*” (10), que en los últimos años está presente en diferentes tratamientos que persiguen el éxito en la diada enfermo-profesional.

Se puede hablar de empoderamiento en diferentes ámbitos. Si es en la comunidad, implica la realización de programas personalizados de estimulación a nivel local con temáticas como *el cuidado de sí mismo* (11). El concepto de empoderamiento también se aplica al profesional, denominado autoliderazgo o “*personal branding*”, donde se trabaja en el autoconocimiento y la autocapacidad personal para desarrollar al máximo las cualidades, no solo técnicas, sino también las interpersonales (12). Por otro lado, está el empoderamiento femenino, que se basa en la autocapacitación de la mujer desde la perspectiva de género (13). Por último, el empoderamiento del enfermo, se describe como la capacidad de dar al sujeto, en este caso la persona mayor, las herramientas que le ayuden a mantener el control de su vida, de su salud y calidad de vida (14).

2- LA GERONTOLOGÍA NARRATIVA

La gerontología narrativa es un enfoque que estudia envejecimiento de modo subjetivo a partir de las historias de vida que los propios mayores narran. En estas narrativas se detecta cómo influyen los aspectos socioculturales y la propia idiosincrasia en el comportamiento, las creencias y en los planes futuros que se adoptan en la etapa de la vejez (15).

El enfoque narrativo está siendo recuperado por diversas ciencias sociales como una forma de completar la visión objetivada del conocimiento sobre la vejez (16). Autores como Bruner (2002) diferencian el pensamiento lógico-paradigmático (que intenta describir, explicar y predecir los fenómenos del mundo con relaciones causa-efecto) que favorece la creación de teorías y leyes para explicar los fenómenos; del pensamiento narrativo que trata de entender el fenómeno de la vejez desde la perspectiva de los protagonistas. En este paradigma se apuesta por la subjetividad, la propia experiencia da sentido al momento presente y futuro de la vida de cada individuo. Se considera que el ser humano, aparte de la naturaleza puramente biológica, cuenta con una naturaleza biográfica, de tipo narrativo. La perspectiva narrativa considera no solo el plano individual sino también cultural ya que las vivencias ocurren en un espacio y un tiempo concretos. Conocer el momento cultural del individuo nos permite comprender el puzle de la historia vital de las personas en general y de las personas mayores en particular (17).

La evolución e identidad narrativa tiene un componente evolutivo, ya que, pese a que el hecho de contar historias está presente desde la tierna infancia, no es hasta la etapa adulta cuando empezamos a elaborar relatos que definan nuestra propia identidad. En este momento las personas están más dispuestas a seleccionar y ordenar los relatos que han acontecido a lo largo de su vida, vinculándose mediante causas y efectos en una línea temporal. Siguiendo la teoría de Erikson (1986) en esta línea temporal, las personas mayores, buscan la integridad de los propios acontecimientos para alcanzar o superar la última crisis del ser humano, que es como entiende este autor el desarrollo del ciclo vital. Es decir, la última etapa consistiría en una revisión vital de los acontecimientos vividos a lo largo del tiempo, tanto positivo como negativo, reorganizándolos y ajustándolos para encontrar sentido a los años vividos y los que quedan por vivir. Pese a que la historia vital está abierta siempre a nuevos actos, algunas personas mayores viven la vejez con una actitud denominada de "cierre narrativo" o *foreclosure*. Este concepto definido por Freeman (18) como la convicción temprana, o prematura, de que en la vejez, la propia historia de vida ha acabado, es decir, que no existen nuevos actos que añadir a la misma. Los expertos

en el estudio del deterioro en la vejez, han identificado “el cierre narrativo” como un discurso constante en personas mayores que padecen quejas de memoria y de estado de ánimo. Estos mismos expertos proponen técnicas de narrativa autobiográfica como un modo de afrontar esta actitud de cierre y desesperanza; proporcionando programas de intervención guiados por profesionales que ayuden a encontrar nuevos significados a los momentos vividos por los mayores (19).

La perspectiva narrativa es un enfoque que se ajusta perfectamente a la propuesta de la OMS sobre el estilo de vida activo en la etapa del envejecimiento y con el empoderamiento, dos herramientas claves para que los mayores mantenga actitudes positivas hasta el final de sus días, llegando incluso a experimentar un crecimiento vital en sus últimos años (20). No obstante, no debe caerse en tironizar el envejecimiento activo asociándolo a “vivir eternamente joven” que algunos profesionales y mayores intentan defender. Esta visión presenta el lado menos optimista del lema del “envejecimiento activo” y “empoderamiento”, ya que hacen entrever que el mejor envejecimiento es el que se evita, o el que no ocurre, perviviendo valores y actitudes juveniles, argumentos que entre las personas que padecen enfermedades sirve de frustración. No obstante, en los últimos años la apuesta por la atención centrada en la persona que defiende la gerontología narrativa, resuelve y armoniza la transversalidad del estilo del envejecimiento activo conserando la atención personalizada. En este sentido, en la literatura revisada se han encontrado estudios que muestran la mejora del estado depresivo en personas mayores después de participar en la narración de historias de vida o reminiscencia. En particular, los mayores sienten que recuperan el control de sus vidas y son capaces de reinterpretar y adquirir aprendizajes que les permiten una mejor adaptación hacia el futuro (21).

El método de análisis de las historias de vida o bien atiende a los contenidos de los relatos, esto es, en lo que dicen las personas sobre su vida, o bien se centra en el proceso interactivo de contar un relato, es decir, no es tan importante lo que dicen, sino cómo lo dicen. Los datos se analizan mediante análisis temático, de contenido o interpretativo fenomenológico (22).

3- CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS NARRATIVAS EN LA VEJEZ

Las estrategias de intervención basadas en la atención centrada en la persona apuestan por el enfoque narrativo (23). Más allá de la gerontología, disciplinas que estudian la condición humana desde el ámbito sociosanitario, abordan la salud mental, el desarrollo, la memoria, personalidad o calidad de vida desde esta perspectiva (24).

A continuación se detallan diferentes estrategias de intervención basadas en la narrativa que tienen por objeto la mejora cognitiva, emocional, social y de autocuidado:

3.1- Autobiografía

Es sumamente importante, entender bien el significado del término narrativo, ya que engloba tanto el método de investigación, como el fenómeno, que sería el producto hablado. Diferentes autores que estudian la narrativa como método, tales como Booth (25) describen la narrativa como la experiencia subjetiva fiel a la que los sujetos dan a sus propias vidas, siendo la forma más “pura”, la autobiografía, donde es el sujeto el único autor.

La autobiografía es una de las narrativas más apropiadas para promover el envejecimiento activo y empoderamiento de las personas mayores. Se fundamenta en la teoría de desarrollo psicosocial propuesto por Erikson (26) (Ver Tabla 1). El autor explica el desarrollo humano en ocho etapas, en las que el ser humano va pasando por diferentes crisis o conflictos que tiene que ir resolviendo para avanzar a una etapa superior. Para superar cada crisis, se crea un conflicto de bipolarización positivo-negativa, que debe superarse para evitar estancarse y consumir energía creando problemas y preocupaciones. Cada una de las crisis, si se superan, aportan al ser humano una virtud, algo importante para el desarrollo humano, que además ayudará a resolver la crisis posterior. Si nos centramos en la última etapa, que ocurre en la senectud, el conflicto o crisis que aparece es lo que el autor denomina “integridad” contra la “desesperación”, y aporta como virtud básica la “sabiduría” a todas las personas que logran superar esta crisis. Erikson (1997) pone de manifiesto que no todo el mundo es capaz de alcanzar esta etapa final, ni, por supuesto superarla. El abordaje de las historias de vida desde esta perspectiva proporciona a los mayores una guía para seguir abiertos a la vida y atender al pasado lo justo para explicar o activar asuntos pendientes con la intención de resolverlos. Se trata de reconciliarse con el pasado para evitar el estancamiento que inevitablemente nos aboca a una actitud de *foreclosure*, habitual entre el colectivo de personas mayores (18).

Tabla 1. Modelo de Erikson (26)

Etapas	Edad	Crisis	Virtudes Básicas
1	0-2	Confianza vs Desconfianza	Esperanza
2	2-4	Autonomía vs Vergüenza	Voluntad
3	4-6	Iniciativa vs Culpa	Propósito
4	6-12	Laboriosidad vs Inferioridad	Capacidad

5	Adolescencia	Identidad vs Difusión	Fidelidad
6	Juventud	Intimidad vs Aislamiento	Amor
7	Adultez	Generatividad vs Estancamiento	Cuidado
8	Madurez	Integridad vs Desesperación	Sabiduría

3.2.-Revisión de vida

El término revisión de vida fue definido por Butler (1963) como un proceso mental universal, caracterizado por una vuelta progresiva hacia el inconsciente para hacer conscientes las experiencias pasadas, un proceso que tiene sentido a partir de que las personas mayores comienza a tomar consciencia de la proximidad de la etapa final de la vida, y necesitan una reexaminación de la misma, siendo la revisión de vida un buen método para conseguir sacar a la luz las memorias (27). Implica un análisis crítico de la vida, con un recorrido por la historia vital, convirtiéndose pues en una técnica directiva y estructurada, en la que la persona mayor debe reinterpretar y asignar nuevos significados a los recuerdos que van apareciendo, evocados con ayuda de una persona con conocimientos y capacidad (un terapeuta), para guiarle sujeto y ayudarle a evaluar sus hechos pasados desde el punto de vista actual (28). Es una intervención terapéutica individual con un componente central autoevaluativo. Tiene como función principal proporcionar significado, coherencia, autoestima e identidad a la persona que realiza esta terapia. Consiste en una entrevista semiestructurada que se ha utilizado como forma de intervención terapéutica para personas adultas, con efectividad demostrada para las personas con depresión e incluso como herramienta para prevenirla en personas mayores que es un colectivo de riesgo en padecer depresión (27).

3.3.-Historia de vida

La Historia de vida se apoya fundamentalmente en el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como él interpreta los contextos y define las situaciones en las que él ha participado, incluyendo su propio relato y complementándose con otros documentos por parte del investigador(29). Pujadas (1992) diferencia *relato de vida*, es decir, la historia de una vida tal y como la persona que la ha vivido la cuenta, haciendo una reflexión social a partir de un relato personal (30); de *historia de vida*, referida al estudio de caso que no sólo atiende al relato de su vida sino a cualquier otro tipo de información y documentación complementaria que permita la reconstrucción lo más exhaustiva y objetiva posible (31).

3.4.-Reminiscencia

La Reminiscencia propiamente dicha, es el recuerdo no organizado de hechos y sentimientos del pasado vivido, sin ningún otro fin respecto a la vida del sujeto, de manera voluntaria o involuntaria. Implica la reconstrucción de eventos que pueden ser independientes y aislados, permitiéndose el salto de la narración de un recuerdo a otro sin orden. Aunque pudiera tener un componente evaluativo, no es esa su función porque no implica ni reflexión ni síntesis de tipos de recuerdos. Uno de los investigadores más reconocido y experimentado en el modelo de intervención centrado en la persona a partir de las historias de vida es Serrano (32). El autor ha contribuido con numerosos resultados contrastables sobre la efectividad de este tipo de técnica en la mejora de la depresión en personas mayores. Concretamente, describe el proceso de reminiscencia como un sistema natural del ser humano, una tendencia que se produce en la medida que se van cumpliendo años. No obstante, el autor reconoce que el que la narración sea más común o natural en la etapa de la vejez no implica que sea exclusivo de esta edad aunque los datos de investigación apuntan a que es efectivamente más predominante en la última etapa de la vida (33,34).

La Reminiscencia que es uno de las estrategias narrativas mas empleada con mayores. Fue ideada por Robert Butler (35), prestigioso psiquiatra y geriatra. Se puede hablar de la memoria autobiográfica como un sistema de codificación, almacenamiento y guía para el recuerdo de toda la información episódica relacionada con nuestras experiencias personales, utilizando la reminiscencia para acceder a la información para su uso (27), con una *revisión de vida* hecha por el propio sujeto pero guiada por un profesional. La *revisión* se realiza de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas: niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez, que mediante diferentes preguntas el sujeto logre una adaptación exitosa de los mayores, entendiendo por exitosa la superación de etapas que propone Erikson (33). La Reminiscencia se puede entender como un proceso de reconstrucción de los hechos sobre el pasado, en el que uno de los factores influyentes es el estado de ánimo en el que se encuentra el sujeto a la hora de recordar. Butler(35), a partir de la observación clínica, comprobó que los mayores aumentaban el interés por sus recuerdos, lo que le llevó a pensar que se debía a una necesidad de contar la experiencia interior o simplemente que se trata de un proceso natural sobre la revisión de vida a partir de la vejez. Por tanto, la definición que dio Butler, (35) a la *revisión de vida* basada en la *reminiscencia*, fue la de un proceso natural y espontáneo caracterizado por el retorno a la conciencia de las

experiencias pasadas, resurgiendo, sobre todo, conflictos que han quedado pendientes sin resolver.

A continuación se presenta una tabla (Tabla 2) resumen con las estrategias narrativas inspirado en el trabajo de Serrano(27,33,36,37):

TABLA 2. Tipos de Intervención Basada en Reminiscencia (27,33,38,39,36,37)

TIPO DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Reminiscencia simple	Es una autobiografía narrativa no estructurada. Emerge espontáneamente en una relación o reunión social. Este tipo de intervención puede ser usada en grupos de centros residenciales o cuidados domiciliarios para personas mayores, como una forma de establecer relaciones sociales y mejorar el bienestar social a corto plazo. Esta intervención está sostenida por la teoría de la selectividad socioemocional, que engloba los efectos positivos sobre la salud mental de la reminiscencia, incluyendo la regulación emocional, y el proceso de la información orientada hacia estímulos placenteros.
Revisión de Vida o Reminiscencia Estructurada	En contraste con la reminiscencia simple, la revisión de vida es mucho más estructurada, focalizando en la integración de eventos de vida positivos y negativos. Puede ser clasificada como evaluativa. Este tipo de intervención es aplicable a personas con desórdenes psicológicos leves, que necesiten apoyo para hacer frente a su situación actual o eventos de su vida. Esta intervención está basada en la teoría del desarrollo de Erikson, que describe las ocho etapas del desarrollo. Identifica continuidad entre el pasado y el presente y obtiene una visión de cómo los participantes se han desarrollado a través del ciclo de vida y cómo viven el momento presente. Este tipo de intervención es comúnmente utilizada en la prevención de problemas mentales y puede aplicarse de forma grupal e individual.
Terapia de Revisión de Vida	Esta es una intervención eminentemente terapéutica. Necesita cumplir todos los requisitos para la intervención en

relación al nivel técnico del terapeuta y a la confidencialidad y consentimiento del proceso terapéutico. Está altamente estructurado y se utiliza para personas con problemas mentales o patologías tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, estrés postraumático, etc. La Terapia de Revisión de Vida puede modificar, identificar y crear un nuevo panorama en la vida, producir cambios en la identidad y estado de ánimo. Está combinada normalmente con terapias cognitivas de resolución de problemas, terapia narrativa y entrenamiento cognitivo.

Se debe atender a las diferencias entre *revisión de vida* y la *reminiscencia*, como ya se ha incidido previamente (28). Son procedimientos terapéuticos distintos, pero se confunden porque ambas técnicas utilizan la memoria y el recuerdo, ambas pueden ser o no estructuradas, recogen materiales de valencias positivas y negativas, se usan con personas mayores y tienen función terapéutica. Pero las diferencias también son notorias; la *revisión de vida* implica un análisis crítico de la propia vida, con recorrido de la historia vital y la integración de las experiencias vividas, siendo una técnica dirigida y estructurada. Además, es un proceso individual y privado entre el enfermo/terapeuta, estructurado y guiado, con la evaluación como componente principal. La *reminiscencia*, por el contrario, busca generar experiencias placenteras para mejorar la calidad de vida de la persona mayor, mediante un proceso grupal espontáneo, con recuerdos placenteros, sin componente evaluador obligado. Tiene como objetivos aumentar la socialización y mejorar las habilidades de comunicación de las personas mayores (40). En la Tabla 3 se resumen las diferencias/semajanzas de ambos tipos de intervención:

TABLA 3. Diferencias y Semejanzas entre Reminiscencia y Revisión de Vida(28)

Intervención en Reminiscencia	Intervención en Revisión de Vida
Objetivos	
Incrementar la sociabilización	Integridad
Mejorar las habilidades de comunicación	
Proporcionar placer	

Mejorar la confianza en sí mismo

Obtener información

Incrementar el confort

Rol del profesional

No suele redefinir	Redefine los eventos
--------------------	----------------------

No investiga	Aceptando
--------------	-----------

Postura informal	Valorando
------------------	-----------

Compasivo	Empírico
-----------	----------

Proceso

Libre o estructurado	Estructurado
----------------------	--------------

Abierta a la espontaneidad	Enfocada en tomas
----------------------------	-------------------

No está enfocada en un tema en particular	Enfoque cronológico de todas las etapas vitales
---	---

Puede o no tener un enfoque cronológico	Interna
---	---------

Ambiente relajante	Trabajo
--------------------	---------

Enfocado en costumbres placenteras	Integrador
------------------------------------	------------

Enfocado en recuerdos positivos	La repetición como catarsis
---------------------------------	-----------------------------

Evaluación e integración realizada por el propio integrante	Resignificar sucesos individuales
---	-----------------------------------

Resultados

Disminuye el aislamiento	Integración
--------------------------	-------------

Aumenta la autoestima	Aumenta el bienestar
-----------------------	----------------------

Aumenta las relaciones de confianza y amistad	Sabiduría
---	-----------

Permite completar el legado personal	Paz
Aumenta la conectividad	Disminuye la depresión
Aumenta la sociabilización	Aumenta la satisfacción de vida

4- EL ENFOQUE NARRATIVO EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA

Enfermería es una de las disciplinas que implementa la narrativa a los conocimientos técnicos de su profesión (41). Lo cierto es que la investigación en enfermería se interesa por conocer las claves de la propuesta de la atención centrada en la persona como se evidencia en instrumentos de enfermería “Enfermería Basada en la Evidencia” (EBE). Este instrumento se basa en la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente, a partir de la práctica de las enfermeras que se asienta en práctica de los cuidados y la reflexión (23).

Las estrategias de los cuidados al enfermo, basados en la mejor evidencia posible, es uno de los campos de la enfermería que más se está desarrollando a día de hoy, en particular los cuidados a pie de cama. Los profesionales deben gestionar y proporcionar cuidados de calidad a los enfermos, aunque es común que se encuentren con problemas del día a día que, en muchas ocasiones, están sin resolver. En los últimos años, las investigaciones publicadas al respecto están lideradas por profesionales como médicos, farmacéuticos, biólogos o psicólogos pero son escasos los enfermeros que publican sus experiencias. Aunque estas investigaciones han contribuido a avanzar a la profesión enfermera, todavía hay campos de actuación en blanco a los que poco a poco se van incorporando la enfermería para dar la mejor atención en los cuidados. Por ejemplo, ¿cuál es la mejor evidencia en los cuidados de un enfermo con una úlcera por presión?, ¿qué tipo de actuación debemos tener con un enfermo con un manejo inefectivo del régimen terapéutico?, o ¿qué consideraciones se han de tener en cuenta para la adherencia al tratamiento”, “qué tipo de interacción han de adoptarse para lograr la proactividad del paciente? Estas preguntas, y muchas otras, han surgido a lo largo del tiempo en la profesión, pero a día de hoy, que la profesión de la enfermería puede acceder directamente a ámbitos de investigación como los másteres o doctorados, se nos abren un sinfín de posibilidades para responder a estas y otras cuestiones desde la evidencia y con estudios científicos, que pongan de manifiesto el mejor modo de dar tratamientos y cuidados a cada persona.

Cabe destacar que la enfermería es un eslabón importante entre el enfermo y el medio, sobre todo en el ámbito hospitalario; el equipo de enfermería conecta y

gestiona con otros profesionales, como son médicos, fisioterapeutas, farmacéuticos, trabajadores sociales o psicólogos. La enfermería aborda las tres esferas del paciente, no sólo la física, mediante cuidados e intervenciones prescritas, sino también cuida la parte social, emocional y psicológica de la persona que está a su cargo. Por consiguiente, una parte importante de la investigación enfermera, se ha desarrollado también en el enfoque o método narrativo, considerado óptimo para la díada enfermo/enfermero, práctico y adaptado a la profesión. Es más, uno de los pilares fundamentales del EBE son las “preferencias-valores del enfermo” que tienen el mismo estatus que el resto de pilares, y llegado el caso, pueden prevalecer sobre los demás y/o ser el punto de partida de la toma de decisiones sobre los cuidados de salud y la atención sanitaria (42). Así estudios como el de Valverde (43), justifica el método narrativo con los enfermos porque en situaciones de vulnerabilidad, aflora la necesidad de contar. Tratar el sufrimiento, las contradicciones, los significados o las paradojas, que a menudo encontramos en la práctica diaria se puede minimizar si nos centramos en la persona y no solo en los servicios que se prestan (24). El equipo de Valverde propone un modelo centrado en los significados del enfermo, dando espacio a las diferentes interpretaciones del proceso de enfermedad, subjetivos y personales. No obstante, para ello se precisan profesionales preparados y formados con habilidad para aplicar modelos de intervención centrados en la persona. Otro estudio que pone de manifiesto el éxito de este tipo de enfoque es el liderado por Rubiano Mesa y cols. (44) que han mostrado la eficacia del enfoque narrativo biográfico en el ámbito de la investigación de la díada enfermo/enfermero.

5- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

La depresión se define como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (25). Según el DSM-5, en los trastornos depresivos se incluyen, además de la depresión mayor o el trastorno depresivo persistente (distimia), otros tales como trastornos depresivos inducidos por una sustancia, trastornos depresivos debido a otra afección médica o trastorno depresivo no especificado (26).

El modelo computacional explica que las personas depresivas cuando procesan información emocional nueva, se activa el hipocampo (que se encarga de procesar la parte semántica o conceptual del estímulo o evento) y la amígdala, que se encarga de

la parte emocional de la información, siendo de vital importancia el *feedback* que tienen estas dos estructuras del cerebro medio. Según este modelo, el funcionamiento cognitivo en las personas con depresión, dirige la atención del sujeto hacia estímulos negativos y también hacia aspectos negativos de estímulos con rasgos positivos y neutros, por lo que la retroalimentación entre las características semánticas y afectivas en la depresión, acaba distorsionándose. El cerebro de las personas mayores con estado de ánimo deprimido, se caracteriza porque, básicamente procesa información con valencia negativa; es por ello, que la nueva información que procesan tiene la particularidad de tener un valor negativo. Ante este modo de funcionamiento del cerebro, las personas con estado de ánimo deprimido evitan un procesamiento refinado de la información para evitar el sufrimiento que conlleva atender a estímulos o eventos negativos. Esto explica que las personas con estado de ánimo deprimido se caractericen por tener un estilo cognitivo de sobre-generalización, o dificultad de acceso al recuerdos específicos y tendencia a recordar eventos genéricos, (valencia - positiva, negativa y neutra- de ese estímulo o evento).

Una intervención efectiva para la depresión pasa por poner en foco en la persona o personas con las que se va a intervenir. En este sentido, Villar (32) pone de manifiesto la eficacia de las historias de vida como modelo de intervención exitoso para mejorar la calidad de vida y el correcto desarrollo de las personas que se encuentran en la última etapa de la vida. Una perspectiva en la que no se tiene en cuenta a la persona que experimenta los cambios, tiene menos posibilidades de ser exitosa ya que como dice Villar “el comportamiento puede estar más influido por nuestra visión de cómo son las cosas que por las cosas mismas”. Otro de los autores que apuesta por la narrativa como modelo de intervención exitoso con personas mayores es Serrano (39) que fundamenta que demuestra como el entrenamiento en historias de vida positivas mejora el ánimo de personas mayores que padecen depresión clínica. El modelo se basa en identificar el estilo cognitivo y los procesos atencionales no solo por parte del profesional que lidere la intervención sino también de la persona que recibe la intervención. En particular, el modelo se basa en entender el estilo cognitivo que desarrolla la persona depresiva y las bases neurales en las que éste se asienta: hipocampo y la amígdala.

Otro modelo de intervención basado en la narrativa para frontar el estado de ánimo el el propuesto por Serrano (33), contrario al modelo clásico de intervención que propone concentrarse en identificar y cambiar los pensamientos negativos por otros positivos,

como estrategia para mejorar el estado de ánimo. El argumento del autor es que este tipo de enfoque basado en cogniciones de tipo negativo, provoca más pensamientos negativa y refuerza la espiral negativa en los contenidos semánticos. Los recuerdos en las personas con depresión tienden a ser generales, recuerdan eventos generales, que pueden ser almacenados en periodos de vida, o en forma de categoría (personas, lugares y actividades) como puede observarse en el modelo de Serrano (27) recogido en la Figura 2 y en la Figura 3 donde se muestra la jerarquización de los recuerdos. En esta imagen se puede ver cómo Serrano categoriza los recuerdos, en periodos de vida, recuerdos generales y recuerdos específicos, cada uno más detallado y específico que el anterior nivel. En la medida que la búsqueda jerárquica del recuerdo se interrumpe en un nivel más superior, el recuerdo es más general por lo que se reduce la posibilidad de acceder a recuerdos de tipo específico, dando lugar a memorias categóricas anormalmente altas en personas mayores, especialmente cuando están padecen depresión. Además, se ve reducida la memoria de trabajo así como la capacidad de supervisión atencional, debido al aumento de los pensamientos rumiativos. En cuanto a la valencia positiva, negativa y neutra del recuerdo, se ha puesto de manifiesto que en las personas mayores en general, predomina la valencia negativa del recuerdo pero cuando las personas mayores padecen depresión, la asociación de recuerdos negativos es aún más fuerte.

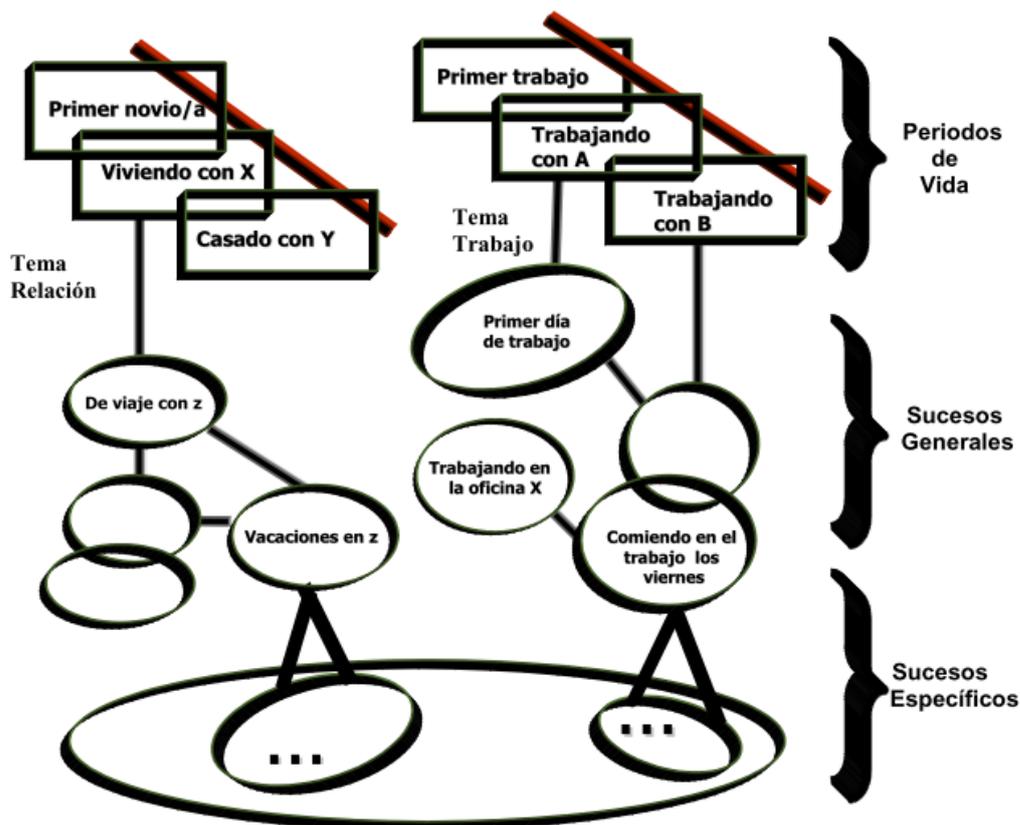


Figura 2- Estructura Jerárquica de la memoria autobiográfica (27).

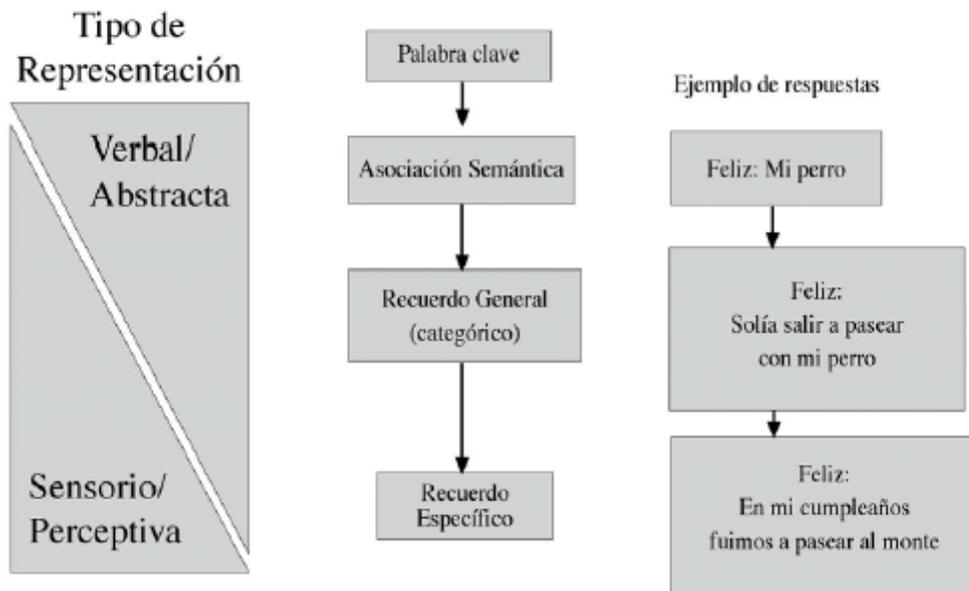


Figura 3 . Proceso jerárquico de recuperación de recuerdos(68).

El fundamento del modelo de intervención que propone Serrano (33) es contrario al modelo clásico de intervención con este tipo de enfermos depresivos que suelen concentrarse en identificar y cambiar los pensamientos negativos por otros positivos, para mejorar el estado de ánimo. El argumento de los autores es que enfocarse en cogniciones de tipo negativo, provoca más pensamientos de este tipo y refuerza la espiral entre las características afectiva y semántica. En particular, Serrano (27,33,39,36,37) propone un modelo alternativo, en el que, a través del entrenamiento en memoria autobiográfica, basado en la Revisión de Vida, se rememoran recuerdos positivos específicos mediante un sistema de entrevistas semi-estructuradas, haciendo que la atención de los participantes se dirija a eventos de su vida positivos y específicos, no como sucede normalmente, que serían eventos de tipo negativo y general. La investigación se llevó a cabo comparando un grupo experimental que recibe terapia de revisión de vida estructurada, con un grupo de control que no recibe tratamiento. Los resultados mostraron que los mayores que habían recibido el entrenamiento mejoraron su estado de ánimo, su satisfacción con la vida, y habían disminuido los síntomas depresivos y de desesperanza, cumpliendo con la hipótesis planteada, frente al grupo control, que no mostraba cambios (38).

6- OBJETIVO

Analizar la respuesta emocional y cognitiva ante diferentes entrenamientos para la mejora del estado de ánimo, en personas mayores que padecen quejas subjetivas de bajo estado de ánimo. En particular, los objetivos específicos que se proponen son:

1. Analizar el efecto de los programas de entrenamiento emocional en la mejora de las emociones de signo positivo, en personas mayores con quejas subjetivas de bajo estado de ánimo.
2. Estudiar el efecto de los programas de entrenamiento emocional en la mejora de los pensamientos específicos, en personas mayores con quejas subjetivas de bajo estado de ánimo.
3. Examinar el efecto del entrenamiento de los pensamientos positivos en pensamientos rumiativos, en el contexto ambiental, en el estado de ánimo, en la memoria de trabajo y en la flexibilidad.
4. Explorar el efecto del entrenamiento cognitivo basado en vocabulario positivo en pensamientos rumiativos, en el contexto ambiental, en el estado de ánimo, en la memoria de trabajo y en la flexibilidad.
5. Considerar el efecto del entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión en pensamientos rumiativos, en el contexto ambiental, en el estado de ánimo, en la memoria de trabajo y en la flexibilidad.

7- HIPÓTESIS

1. Las emociones de signo positivo aumentan con entrenamiento en pensamientos positivos, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo.
2. Las emociones de signo positivo y los procesos cognitivos como la memoria de trabajo y la flexibilidad, aumentan con entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo.
3. Las emociones de signo positivo y los procesos cognitivos como la memoria de trabajo y la flexibilidad aumentan, con entrenamiento cognitivo-emocional

basado en grupos de discusión, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo.

4. Los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento en pensamientos positivos.
5. Los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo.
6. Los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión.

8- METODOLOGÍA

Se trata de un estudio con diseño cuasiexperimental formado por 4 grupos: Grupo 1. Actúa de grupo de control, no recibe entrenamiento. Grupo 2. Recibe entrenamiento en pensamientos positivos mediante la técnica de *revisión de vida*. Grupo 3. Recibe entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo. El Grupo 4. Recibe entrenamiento cognitivo-emocional basado en los grupos de discusión.

8.1.- Sujetos

El diseño del experimento se conforma con 80 personas mayores con quejas subjetivas de bajo estado de ánimo, captadas a partir de los *centros de día* de León. Los participantes se distribuyeron aleatoriamente en grupos de 20 personas en cuatro grupos de estudio.

Los criterios de inclusión para el estudio: mayores de 65 años, vivir en el domicilio habitual, disponibilidad para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión: historial de enfermedad psiquiátrica o demencia, analfabetismo funcional (dificultades con la lectura y la escritura) o dificultades sensoriales de tipo funcional.

8.2.-Procedimiento

El estudio se realizó en diferentes fases: 1ª. Se procedió a la revisión y lectura de la literatura científica relacionada con el objeto de estudio. 2ª. Se diseñó el protocolo de investigación. En esta fase se procedió a la captación de la muestra mediante la toma de contacto con los técnicos responsables de los *centros de día de mayores* de León. Una vez tramitados los permisos, se accedió a los sujetos objeto de estudio y se

procedió a impartir una charla informativa en la que se les explicaron las condiciones de estudio. Los interesados en la participación del estudio procedieron a cumplimentar una ficha con su nombre y apellidos, edad y un teléfono de contacto para posteriormente proporcionarles la cita de evaluación. 3ª Fase. Se procedió a la evaluación de los participantes en grupos de cinco personas durante 50 minutos aproximadamente. Todos los instrumentos de evaluación disponían de ejemplos con el fin de asegurarse que los participantes entendían lo que tenían que hacer. 4ª Fase. En esta fase se procedió a la aplicación de los programas de entrenamiento. Fase 5ª. Una vez realizado el entrenamiento se procedió a la evaluación post de los participantes en el estudio. La evaluación fue aplicada por dos evaluadores previamente entrenados. Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado acerca de los objetivos y los procedimientos del estudio, así como se les facilitó un número de teléfono para que nos consultasen cualquier duda que les surgiera durante el estudio.

8.3.-Instrumentos de Evaluación

Test de Memoria Autobiográfica (AMT-3). Esta prueba evalúa el tipo de recuerdos y está basada en la propuesta de Williams y Broadbent (1986). Las palabras usadas en esta prueba han sido seleccionadas en el protocolo de evaluación del programa REVISEP(32). Estas palabras se presentan de forma oral a los sujetos y se les instruye en que deben tratar de recordar una vivencia específica que “solo les haya ocurrido una vez”. La interpretación del test consiste en evaluar la valencia emocional (positiva, negativa y neutra) y el tipo de recuerdo (general y específico) de las vivencias que recuerdan los participantes. En particular, se utilizaron las palabras: felicidad, árbol y fracaso. La evaluación de cada palabra se hace en relación a la valencia y tipo de recuerdo. Por ejemplo, un recuerdo de uno de los participantes con la palabra *árbol*: “*cuando tenía 15 años, en las fiestas del pueblo, viniendo de fiesta con mis amigas, nos subimos a un árbol a coger manzanas y lo pasamos muy bien*”. Por ejemplo, otro de los recuerdos de un participante con la palabra *fracaso*: “*A veces confías en la gente y recibes un fracaso que duele mucho*”.

Escala de Respuesta Rumiativa (RRS) (Treynor, González, & Nolen-Hoeksema, 2003). Esta escala es una versión reducida (10 ítems) de la original, que tiene 22 ítems y fue desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow en 1991. La escala tiene una alta correlación con la escala original (47) y está validada en castellano(48). La escala evalúa la tendencia a la rumiación, es decir, pensamientos recurrentes acerca de una

situación negativa. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos, que va desde “nunca” hasta “siempre”, tiene un mínimo de 10 puntos y un máximo de 40. La escala se compone de 5 ítems que estudian la rumiación negativa (melancolía) (1, 3, 6, 7, 8) y otros 5 que exploran la rumiación reflexiva (2, 4, 5, 9, 10). La interpretación de la escala: mayor puntuación, más pensamientos rumiativos.

The Environmental Reward Observation Scale (EROS; Armento y Hopko, 2007). Esta escala, en su adaptación española, (49) sirve para medir la relación entre la frecuencia y duración de la recompensa ambiental con estados de humor afectivos, en particular en relación con la etiología, la evaluación y el tratamiento de la depresión. Esta escala pone de manifiesto la influencia del ambiente en el signo del estado de ánimo(50,51) Se trata de una escala de 10 ítems, que se responden con una escala Likert de 1 a 4 puntos, que va desde “Totalmente en desacuerdo” (1 punto) a “Totalmente de acuerdo” (4 puntos). Para la corrección de la misma, se realizó la suma directa de puntuaciones, con los ítems 2, 5, 6, 7 y 9 de corrección inversa. A los sujetos se les facilitan las instrucciones y se pone el acento en los ítems que deben contestar de modo inverso. La escala puntúa de 10 a 40 puntos, y a puntuaciones más altas, encontramos experiencias más subjetivas de recompensas ambientales(52). La escala tiene identificado una puntuación clínica (29,18) y no clínica (22,89).

Escala CES-D. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Soler (53)). La CES-D sirve para registrar los síntomas depresivos en la última semana(54), algo en lo que se hace hincapié en las instrucciones a los sujetos. Consta de 20 ítems y miden los acontecimientos de la semana pasada con 4 opciones: “ninguna vez”, “pocas veces”, “bastantes veces” y “muchas veces”, puntuándose con una escala Likert que va de 0 a 3 puntos, con un máximo de 60 puntos y, por tanto, un mínimo de 0 puntos. La corrección se realiza con la suma de todas las puntuaciones obtenidas, con los ítems 8, 12 y 16 de corrección inversa. Puntuaciones superiores a 16 implican que el sujeto tiene sintomatología depresiva.

Span de dígitos. Es span de dígitos de orden inverso (SpanDI), unos subtests de la *Escala de Inteligencia del Adulto (WAIS III)* (55) mide la memoria trabajo de acuerdo a Baddeley (2003), que la define como un mecanismo cognitivo responsable por el almacenamiento temporal de información y su procesamiento (56,57). Este prueba consiste en memorizar y repetir de modo inverso una secuencia de dígitos que tiene dos intentos. La interpretación de los resultados se hace de acuerdo a que el rango de

normalidad está entre 3 y 5 dígitos. No obstante, hay que considerar en nivel educativo de los sujetos.

Cartas de Bads. Es una prueba que se extrae de una batería ecológica denominada BADS Wilson y cols. (58). Esta prueba en particular, evalúa la flexibilidad cognitiva y consta de 20 cartas que deben manejarse de acuerdo a unas reglas que cambian en función de dos ensayos. El ensayo 1, la regla consiste en: “Sí, cuando la carta es Roja y No si la carta es Negra”. El ensayo 2, consiste en seguir la regla “Sí cuando la carta es igual que la anterior, No si es distinta a la anterior”. La interpretación de la prueba se hace con arreglo a los errores de la siguiente manera: Si no hay errores, el perfil es 4. Si hay de 1-3 errores, nos situaremos en el perfil 3, de 4 a 6 errores, en el perfil 2, hasta un máximo de 9 en el perfil 1 y 10 errores o más nos daría un perfil 0.

8.4.- Programas de Entrenamiento para el Estado de Ánimo

Entrenamiento de pensamientos positivos con la técnica de revisión de vida.

Este programa se inspira en el programa REVISEP (2002). El programa consiste en 14 preguntas relacionadas con vivencias de diferentes etapas de la vida (Barbara Haight, 1979). La peculiaridad que tiene este programa es que las preguntas de las vivencias deben tener signo positivo (ver tabla 4). Los sujetos participan en 12 sesiones de entrenamiento con una frecuencia de una vez por semana. Durante las sesiones los sujetos se agrupan en subgrupos de 4 para responder a las preguntas que componen las diferentes etapas de la vida. La condición es que los recuerdos de las vivencias han de ser positivos. Una vez los subgrupos responden a las preguntas, se expone un resumen de las vivencias evocadas en subgrupos, en el gran grupo. El objeto de las sesiones es entrenar que el signo de la vivencia sea positivo y que los recuerdos sean de tipo específico. Para ello el terapeuta emplea recursos del tipo: “recuerda una vivencia que solo te haya ocurrido una vez”. Los participantes llevan las preguntas trabajadas en la sesión para casa con el fin de seguir evocando recuerdos positivos que escribirán en un cuaderno.

Entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión

La parte cognitiva del programa se fundamenta en el programa Memoria Mejor (Requena, 2002, 2006) que se compone de diferentes ejercicios habituales de los pasatiempos pero con la peculiaridad del vocabulario que componen los ejercicios. El vocabulario se conforma a partir del diccionario de alófonos de la lengua española creado por la autora del programa(59).La parte emocional del programa consiste en la

implementación de los grupos de discusión. Este tipo de grupos se corresponden con un modo de trabajo que consiste no solo en realizar una tarea común (los ejercicios cognitivos) sino también en el intercambio de experiencias que les ayudan a manejar preocupaciones comunes. El grupo proporciona apoyo, intercambio de emociones y la posibilidad de generar nuevas relaciones interpersonales entre pares. En este tipo de grupos se percibe un mayor control sobre los problemas, produciendo un beneficio notorio en el estado de ánimo.

Entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo

Este programa se fundamenta en el programa de memoria “Memoria Mejor” (Requena, 2002, 2006) que se compone de diferentes ejercicios habituales de los pasatiempos pero que tienen la peculiaridad del vocabulario que se emplean en los ejercicios. El vocabulario se conforma a partir del diccionario de alófonos de la lengua española creado por la autora del programa. En el caso que nos ocupa, se seleccionaron 800 palabras con signo positivo de este diccionario para confeccionar los ejercicios de pasatiempos siguiendo el formato de los ejercicios del programa de memoria “Memoria Mejor”. A saber:

Alfanuméricos. Consiste en cambiar números impares por letras del abecedario a partir de una regla que consiste en que el primer número impar se corresponde con la primera letra del abecedario. En particular, este tipo de ejercicios se compone de 5 palabras y 3 frases que se conforman con números y deben sustituirse por letras para encontrar las palabras y frases. Por ejemplo, 1-29-35-41 es A-M-O-R. La corrección de los ejercicios consistió en dar un punto a cada palabra o frase correcta.

Alfabético. Este tipo de ejercicio se compone de 9 palabras y 3 frases que deben descubrir sustituyendo cada letra por la anterior en el abecedario. Por ejemplo: BZVEB es AYUDA. La corrección de los ejercicios consistió en dar un punto a cada palabra o frase bien realizada.

Ejercicios de sopas de letras. Este ejercicio se compone de 4 sopas de letras con 8, 11 y 12 palabras dispuestas en diferentes direcciones que el sujeto debe encontrar en el menor tiempo posible. La corrección de ejercicio consistió en un punto por cada palabra de cada sopa de letras. (Amor, optimismo, felicidad, confianza, fabuloso, bienestar...).

Ejercicio de sacar palabras. Este ejercicio consiste en buscar un mínimo de 3 palabras a partir de una dada como por ejemplo: Por ejemplo, de OPORTUNIDAD, salen PRONTO, OPORTUNA, UNIDO.

Ejercicio de palabras descolocadas. Este ejercicio consiste en ordenar las letras de una palabra desordenada. Por ejemplo, DIAV como VIDA. Este ejercicio está formado por un total de 8 palabras, por lo que la puntuación va de 0 a 8.

Ejercicio de escalera mágica. Este ejercicio se divide en dos partes; en primer lugar, tiene que ordenar las palabras descolocadas y seguidamente colocar las palabras en las casillas horizontales de modo que la columna vertical que esta remarcada responda correctamente a la pregunta formulada en el ejercicio. Se puntuó de 0 al 7, que era el número de palabras que componía cada ejercicio.

Ejercicios de fugas de vocales. Son 3 ejercicios con frases en las que había que rellenar los espacios en blanco, por ejemplo, S_ M_ M_R_ _, P_ _ D_ Q_ _ _ST_ B_RR_CH_ D_ T_ M_R_D_, que sería, “Si me mareo, puede que esté borracho de tu mirada”. La puntuación se daba en base a los espacios correctos ordenados.

Ejercicios de salto de caballo. Son un total de 4 ejercicios, en los que, utilizando el movimiento del salto del caballo del ajedrez se debe buscar la palabra o frase que hay en la cuadrícula. Se indica donde se inicia y finaliza el ejercicio (ver ejemplo en Figura 4).

	VI	
<u>MA</u>		SO.
LLO		RA

Figura 4. Ejemplo de “salto de caballo”. Respuesta: Maravillosa

TABLA 4.- Entrenamiento sobre eventos específicos positivos en la Memoria Autobiográfica basado en la Revisión de vida

Niñez, Familia y Hogar	Adolescencia	Adultez	Resumen de vida
¿Cuál es el instante más agradable que recuerdas de tu vida siendo niño/a?	Piensa en ti o cuando eras adolescente, ¿recuerdas un día de esta época que te sentiste especialmente contento por algo? ¿Te sentiste muy bien en ese momento contigo mismo?	¿Recuerdas algún objetivo siendo adulto/a que tu te propusiste un día conseguirlo, lo lograste y ello te hizo feliz?	¿En general, que clase de vida crees que has tenido? Describe un momento el que quieras, que lo recuerdas como el más feliz de tu vida. El primero que recuerdes.
¿Qué otro momento, instante, recuerdas como muy feliz cuando eras muy joven?	¿Que otro recuerdo destacarías del comienzo de esta época, de la adolescencia que siempre lo has recordado por ser irrepitable por lo bien que lo pasaste?	¿Recuerdas algún instante en que te sentiste muy feliz participando en algún acto religioso o estando en la iglesia como adulto/a?	¿Si todo volviese a pasar de la misma manera que momento te gustaría vivir de nuevo de fuese de gran felicidad, descríbelo?
¿Recuerdas algún hecho de un día específico que viviste	¿Recuerda un día de tu cumpleaños de tu época de adolescente?	Recuerda ahora tu vida cuando eras adulto/a, comienza cuando tu tenias 20 años hasta el	Nosotros hemos estado hablando sobre tu vida, durante algún tiempo. Vamos a discutir todos los sentimientos e ideas sobre

<p>máxima felicidad siendo niño/a y que tuvo lugar en tu casa en compañía de tus padres?</p>	<p>Háblame sobre ese momento que recuerdes, en padres/ hermanos/ hermanas/ amigos/ profesores/ que estuvieron especialmente cerca de ti, recuerda algún momento especial que tengas imborrable?</p>	<p>día de hoy. Cuéntame cual fue el acontecimiento más importante que sucedió en tu vida.</p>	<p>tu vida. ¿Cuál es la primera satisfacción que recuerdes más importante de tu vida?</p>
--	---	---	---

<p>¿Cuéntame algo que hiciera un día tu padre/madre que lo viviste con mucha alegría siendo muy joven?</p>	<p>¿Algún día o momento que hiciste algo especial en la iglesia (en otro lugar) con un grupo de amigos?</p>	<p>¿Cómo fue tu vida de los 20 a los 30 años? Cuéntame un momento de gran diversión.</p>	<p>¿Cuál es la segunda satisfacción que recuerdes más importante de tu vida?</p>
--	---	--	--

<p>¿Tenías hermanos o hermanas? Trata de recordar con uno de ellos, un día que estuvierais haciendo algo juntos siendo muy pequeños y que fuera un</p>	<p>¿Ibas a la escuela? Recuerdas algún día de mucha diversión en tu clase, un día de celebración especial en la escuela que fuese una fiesta para</p>	<p>¿Cómo te divertías, recuerda algún acontecimiento importante para ti siendo ya una persona adulto/a?</p>	<p>Todo el mundo tiene decepciones en su vida. ¿Pero cual ha sido la mayor alegría que alguien te dio algún día?</p>
--	---	---	--

instante que se todos. O si no
 quedó grabado fue en la
 porque fue muy escuela en una
 divertido. fiesta que
 organizasteis
 los amigos/as.

<p>¿Alguien cercano te regaló algo un día cuando tú eras muy joven que te hizo mucha ilusión?</p>	<p>Durante este tiempo, como adolescente, ¿recuerdas un día de pasártelo muy bien mientras ayudabas a tus padres en el trabajo, teniendo la sensación de ser muy feliz ese día por haber terminado un duro trabajo?</p>	<p>Háblame sobre tu trabajo. ¿Disfrutabas en tu trabajo? Cuéntame el momento/día que recuerdes de más orgullo que viviste en tu trabajo de adulto.</p>	<p>¿Qué es la cosa más importante y feliz a la que has tenido que enfrentarte en tu vida? Por favor descríbela.</p>
---	---	--	---

<p>¿Recuerdas algún día en el que estuvieras viviendo algo especial con un amigo/a en la calle y lo pasaste genial? ¿Porqué crees que eso te hizo sentir ese día muy contento/a siendo niño/a?</p>	<p>Cuéntame un día que tu experimentarás en esta época que fuera muy bonito y especial para ti en compañía de alguno de tus mejores amigos. Que sea de tu época de</p>	<p>¿Coméntame algún momento en el que te dieras cuenta que tenías una relación muy importante con otra persona y de la cual se sintieras muy feliz en tu adultez?</p>	<p>¿Cuál fue el período más feliz en tu vida y qué es lo que te hizo ser feliz en este período, recuerda un día y descríbelo?</p>
--	--	---	---

adolescente.

¿Cuál fue el momento o el día que siendo niño/a recuerdas hacer feliz a tus padres por hacer algo?	¿Tu recuerdas estar acompañado en algún momento o situación que viviste y sentiste protegido y querido un día siendo un adolescente?	¿Estabas casado? (si) – ¿Dime algo que tu mujer hizo un día y que demostró su amor por ti. (No)- ¿Porque no? ¿Eres feliz con la elección que realizaste, recuerda un instante que te dieras cuenta estar enamorado por alguien?	¿Cuál fue el momento o instante de toda tu vida que recuerdes con mayor ilusión ahora?
¿Recuerdas un día siendo chico/a que fuese el día mas divertido de tu infancia con algún juguete o juego favorito?	¿Que fue lo que más te gusto un día, que hiciste algo diferente a lo normal, siendo adolescente?	¿Cuál fue el momento que recuerdas de mayor felicidad al lado de tu mujer?	¿Cual fue el momento de mayor orgullo que viviste en tu vida?
Cuéntame algún día en que tus padres siendo jovencito/a te llevaron a algún lugar para hacerte feliz y te sentiste genial?	Considerando todas estas cuestiones, ¿cuál podrías decir que fue el momento o instante que tu recuerdes como el más feliz durante tu adolescencia?	¿Podrías decir que tu etapa de casado sido muy feliz, porque momento especial que recuerdes de forma muy clara?	¿Si tu pudieras elegir un momento o instante de tu vida para quedarte siempre en él, que momento elegirías? ¿Por qué?
¿Como	Describe el	¿Alguien cercano	¿Cómo crees que te ha ido

recuerdas un primer día o instante siendo muy joven de gran ambiente y alegría en tu casa? a ti o conocido se recuperó de una grave enfermedad? ¿Cómo fueron esos instantes de felicidad vividos ya como adulto/a? en los últimos 10 años? ¿Crees que podría haber sido mejor o peor? ¿Qué instante o situación de hace unos 10 años destacarías como más feliz? especial de tu etapa de adolescente.

¿Cuándo te sentiste algún momento o instante concreto, respaldado o querido por alguien cuando fuiste niño/a, recuerdas algún instante concreto? ¿Qué hiciste en compañía de tu padre o tu madre siendo adolescente por que fue un día o situación divertida y especial? (si no tenía padre/madre con un amigo/a). ¿Recuerdas algún día especialmente feliz por algo como haberte librado de sufrir un accidente, ya siendo adulto? ¿Qué es lo más importante que consideras haber hecho en tu vida y ello te llena de felicidad todavía?

¿Quién era la persona que más te quería y que un día siendo niño/a en tu casa te dio un beso o un abrazo que nunca se te ha olvidado algo que hiciste? ¿Qué día recuerdas con tus abuelos siendo un muchacho adolescente que puedes recordar como un momento de máxima felicidad o ilusión? ¿Un día que te pusieras muy contento/a por librarte del trabajo? ¿Cómo sucedió? ¿Recuerdas un día con alguien en tus brazos (hijo, nieto, o alguien) como momento de máxima felicidad que es como si fuera hoy?

¿Qué fue lo que hizo un día tu padre o tu madre de niño/a que te encantó te maravillo?	¿Que momento recuerdas cómo especial en esa etapa, porque fue el primer beso que recibiste o porque viviste algo especial con alguien de quien estabas enamorado/a, en tu adolescencia?	¿Un día de mucha felicidad ofrecerle algo a alguien siendo adulto/a? ¿Cómo ocurrió ese momento y que sentiste?	¿A quién estás eternamente agradecido, por algo que hizo por ti en un momento determinado?
--	---	--	--

9- RESULTADOS

Análisis estadísticos

Para verificar si se cumplían los supuestos de normalidad se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para las variables dependientes (AMT-3, RRS, RRS-Negativo, RRS-Reflexiva, EROS, CES-D, SPAN y BADS). El supuesto de normalidad para los cuatro grupos en cada una de las medidas empleadas mostró que no se cumplía la normalidad. En base a estos resultados se prefirió realizar análisis no paramétricos, usando la prueba de Wilcoxon para analizar el pre-post intrasujetos y seguidamente se determinó si la media de los datos del pre test es inferior o superior a la del post test en función de las características de cada prueba. La prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes, se empleó para comprobar si existían diferencias intersujetos entre los cuatro grupos estudiados en cada una de las variables analizadas así como para comprobar entre qué grupos se daban las diferencias significativas.

En primer lugar se muestran los datos descriptivos relacionados con el test categórico y seguidamente se exponen los resultados de los test con valores numéricos. A continuación, se detallan los datos comparativos intrasujetos e intersujetos.

9.1.- Descriptivos

Los datos descriptivos de las pruebas aplicadas a cada grupo se muestran en las tablas 5 y 6. En la tabla 5 se muestran los test con resultados categóricos y en la tabla 6 se muestran los test con datos numéricos. En cuanto a la tabla AMT- 3, los datos ponen de manifiesto que inicialmente, los recuerdos emocionales de las palabras van en consonancia con el signo de la valencia de la palabra. Por ejemplo, cuando la palabra es *felicidad* tienden a tener recuerdos positivos, en la palabra *árbol* tienden a recuerdos neutros y en la palabra *fracaso* tienden a recordar vivencias negativas. Sin embargo, después del entrenamiento los sujetos que recibe entrenamiento con el programa de revisión de vida y los que reciben entrenamiento cognitivo con vocabulario positivo, los recuerdos son de signo positivo frente a los grupos 1 y 3 que o bien mantienen recuerdos neutros o bien recuerdos negativos. En cuanto a la evaluación de los pensamientos general/específico del test, inicialmente los sujetos tienden a recordar vivencias de tipo general en todas las palabras, independientemente del valor emocional. Sin embargo, después del entrenamiento los sujetos de los grupos 2, 3 y 4 recuerdan vivencias de modo específico frente al grupo 1 que recuerda las vivencias de tipo general.

En relación a los resultados de los test numéricos, en el test RRS total los sujetos de los grupos que reciben entrenamiento de revisión de vida, cognitivo con vocabulario positivo y con grupos de discusión, mejoran los resultados frente al grupo control que aumenta sus puntuaciones, lo que indica que aumentan los pensamientos rumiativos. En cuanto a la parte del test RRS-negativo, los grupos que reciben entrenamiento mejoran sus puntuaciones frente al grupo de control que empeora aumentando los pensamientos rumiativos negativos. En cuanto al test RSS-reflexiva, vuelve a ocurrir lo mismo, todos los grupos que reciben entrenamiento mejoran sus puntuaciones y el grupo control, que no recibe entrenamiento, empeora, aumentando el número de pensamientos rumiativos reflexivos. En el test EROS, encontramos puntuaciones mejores en todos los grupos que reciben entrenamiento frente al grupo de control, que empeora sus puntuaciones, indicando con ello influencia negativa del medio en el estado afectivo de los sujetos. En el test CES-D, los grupos 2, 3 y 4, vuelven a mostrar mejora en las puntuaciones en el estado de ánimo respecto al grupo control (grupo 1). En el test SPAN que mide la memoria de trabajo, el grupo control empeora sus puntuaciones mientras que el resto de grupos mejoran. Por último, en el test de Cartas de BADS que mide la flexibilidad cognitiva, los sujetos que han recibido entrenamiento disminuyen los errores frente al grupo de control que los aumenta. Por tanto, los test

emocionales y cognitivos aplicados, ponen de manifiesto que los entrenamientos muestran eficacia respecto al grupo que no recibe ningún entrenamiento.

9.2.-Comparativos

En relación al test AMT-3 que evalúa de modo categórico los test, se le consignó una escala ordinal para cuantificar la eficacia. En particular, se valoró con un 1 la evolución negativa, 2 la evolución neutra y 3 la evolución positiva. En la cuantificación del éxito en el tipo de recuerdo general/específico, se consignó una escala ordinal en la que el valor 1 se correspondía con recuerdo de tipo general y con un 2 el recuerdo específico (ver tabla 7). Como se puede observar en los datos de frecuencia post, en la palabra positiva “felicidad” de esta tabla los grupos 2 y 3 recuerdan vivencias emocionalmente positivas frente a los grupos 1 y 4 que los datos son más dispersos. En cuanto a la palabra neutra “árbol”, los datos vuelven a ser mejores en los grupos 2 y 3 dado que recuerdan más vivencias positivas frente a los grupos 1 y 4 que mantienen los recuerdos neutros. En cuanto a la palabra negativa “fracaso” los sujetos de los grupos 2 y 3 mejoran el recuerdo de vivencias positivas después del entrenamiento frente a los grupos 1 y 4 mantienen el recuerdo de vivencias negativas. En cuanto a los resultados del tipo de recuerdo general/específico, hay claramente una tendencia a la mejora de los grupos 2, 3 y 4 en cuanto a la mejora del recuerdo específico con palabras positivas y los grupos 2 y 3 también con palabras neutras y negativas. Sin embargo, en los grupos 1 y 4 mantienen las vivencias negativas según los datos cuantitativos consignados.

En cuanto a los test cuantitativos los resultados intrasujetos pre/post obtenidos con la prueba de Wilcoxon: En el grupo 1: en el test RRS: ($Z=-3,963$, $p=0,000$) RRS-negativa ($Z=-3,747$, $p=0,000$), RSS-reflexiva ($Z=-3,663$, $p=0,000$), EROS ($Z=-3,951$, $p=0,000$), CE-D ($Z=-3,757$, $p=0,000$), SPAN ($Z=-2,972$, $p=0,003$) y Cartas de BADS($Z=-3,162$, $p=0,002$). En el grupo 2: En la prueba RRS: ($Z=-3,820$, $p=0,000$) RRS-negativa ($Z=-3,940$, $p=0,000$), RSS-reflexiva ($Z=-3,833$, $p=0,000$), EROS ($Z=-3,941$, $p=0,000$), CE-D ($Z=-3,970$, $p=0,000$), SPAN ($Z=-3,145$, $p=0,002$) y Cartas de BADS($Z=-3,742$, $p=0,000$). En el grupo 3: RRS: ($Z=-3,544$, $p=0,000$) RRS-negativa ($Z=-3,982$, $p=0,000$), RSS-reflexiva ($Z=-3,581$, $p=0,000$), EROS ($Z=-4,008$, $p=0,000$), CE-D ($Z=-3,754$, $p=0,000$), SPAN ($Z=-3,357$, $p=0,001$) y Cartas de BADS($Z=-3,464$, $p=0,001$). En el grupo 4: RRS: ($Z=-2,134$, $p=0,033$) RRS-negativa ($Z=-3,453$, $p=0,001$), RSS-reflexiva ($Z=-1,265$, $p=0,206$), EROS ($Z=-3,226$, $p=0,001$), CE-D ($Z=-1,509$, $p=0,131$), SPAN ($Z=-4,009$, $p=0,000$) y Cartas de BADS($Z=-3,441$, $p=0,001$).

Los análisis intersujetos realizados con la prueba de Kruskal-Wallis ponen de manifiesto que, inicialmente, ninguna de las pruebas muestran diferencias significativas entre los grupos pero si hay diferencias significativas intersujetos en las medidas post. En particular, en el test AMT-3: *felicidad emocional* ($H = 17,237$, $df=3$, $p=0,000$), *felicidad específico* ($H=23,056$, $df=3$, $p=0,000$), *árbol emocional* ($H=31,617$, $df=3$, $p=0,000$), *árbol específico* ($H=21,218$, $df=3$, $p=0,000$), *fracaso emocional* ($H=34,385$, $df=3$, $p=0,000$), *fracaso específico* ($H=26,732$, $df=3$, $p=0,000$). En el RRS, ($H= 43,320$, $df=3$, $p=0,000$), en el RRS-negativa ($H=44,59$, $df=3$, $p=0,000$), en el RRS-reflexiva ($H=53,75$, $df=3$, $p=0,000$), en EROS ($H=50,665$, $df=3$, $p=0,000$), en CES-D ($H=45,217$, $df=3$, $p=0,000$), en el SPAN ($H=45,853$, $df=3$, $p=0,000$) y cartas de BADS ($H=11,372$, $df=3$, $p=0,010$). Para comprobar las diferencias significativas entre los grupos se realizaron análisis post hoc cuyos resultados se muestran en las Tablas 8 a 20. En la Tabla 8, se observa que no hay diferencias significativas en la palabra felicidad entre los grupos 1 y 4, ni tampoco entre los grupos 2 y 3, pero sí existen diferencias entre ellos. Las mejores puntuaciones, se encuentran en estos últimos grupos. En la Tabla 9, sobre la especificidad del recuerdo “felicidad”, no existen diferencias entre los tres grupos de intervención, pero sí existen entre éstos y el grupo control. En la Tabla 10, que muestra los resultados de la palabra “árbol”, de nuevo, encontramos diferencias entre los grupos 1 y 4 frente al grupo 2 y 3, a favor de estos últimos. En la Tabla 11, se muestran diferencias significativas entre el grupo control y el resto de grupos, y a su vez entre el grupo 3 vs. 2 y 4, a favor del grupo que recibe el entrenamiento de pensamientos positivos. La Tabla 12 muestra que entre los grupos 2 y 3 no hay diferencias significativas pero sí respecto del grupo 4 y 1, así como entre ellos. El tratamiento más efectivo se relaciona con los sujetos que reciben entrenamiento de pensamientos positivos y cognitivo con vocabulario positivo. La Tabla 13 muestra que el tipo de pensamiento específico mejora en los grupos 2 y 3. En la Tabla 14, los datos de rumiación ponen de manifiesto que hay diferencias entre todos los grupos, aunque es el grupo 2 el que mejor puntuación tiene, al igual que ocurre en con los pensamientos rumiativos negativos y reflexivos, respectivamente, mostrados en las Tabla 15 y 16, siendo de nuevo la mejor puntuación para el grupo que recibe entrenamiento en pensamientos positivos. En la Tabla 17, que muestra los datos del test EROS, que mide la influencia del ambiente en el estado afectivo, muestra diferencias entre los distintos grupos. De nuevo, el grupo que entrena pensamientos positivos mejora más las puntuaciones que el resto de grupos. En la Tabla 18, el test CES-D que recoge los datos del estado de ánimo, muestra nuevamente, que es el grupo 2 el que mejora en estado de ánimo. En la Tabla 19 los datos de memoria de trabajo, muestran que no hay diferencias significativas entre los

grupos 2 y 4 pero sí respecto de los grupos 3 y 1, así como entre éstos. Estos datos ponen de manifiesto que el entrenamiento de pensamientos positivos y el entrenamiento cognitivo-emocional muestran la misma eficacia. Por último, en la Tabla 20, los resultados muestran que mejora la flexibilidad en los grupos que reciben entrenamiento frente al grupo de control.

TABLA 5. VALENCIA DEL RECUERDO PRE/POST-TEST

VALENCIA	Tip o	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
Felicidad	1	12/8	11/16	13/17	13/9
	2	6/7	2/0	0/0	¾
	3	1/4	6/3	6/2	3/6
Árbol	1	3/1	4/14	3/12	3/1
	2	4/3	4/1	3/0	5/5
	3	12/15	11/4	13/7	11/13
Fracaso	1	2/0	0/14	1/11	4/1
	2	17/19	19/5	18/8	15/18
	3	0/0	0/0		0/0
TIPO ESPECÍFICO VS GENERAL					
Felicidad	1	6/2	6/16	5/14	6/14
	2	13/16	13/3	14/5	13/5
Árbol	1	6/3	5/17	3/12	4/10
	2	13/16	14/2	17/7	15/9
Fracaso	1	2/1	1/15	2/14	1/6

TABLA 6 - ESCALA DE VALORACIÓN ORDINAL DEL RECUERDO EMOCIONAL

Recuerdo	Escala	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Felicidad	1	7	30	0	3
	2	4	3	2	7
	3	8	16	17	9
Árbol	1	3	1	0	5
	2	15	4	7	13
	3	1	14	12	1
Fracaso	1	19	5	8	19
	2	0		0	0
	3	0	14	11	1

ESCALA DE VALORACIÓN ORDINAL DE LOS TIPOS DE RECUERDO GENERAL / ESPECÍFICO

Felicidad	1	16	3	5	5
	2	3	16	14	14
Árbol	1	16	2	7	9
	2	3	17	12	10
Fracaso	1	19	5	6	14
	2	1	15	14	6

TABLA 8. FELICIDAD emoción.

		Subconjunto	
		1	2
Muestra ¹	1,00	27,605	
	4,00	32,079	
	2,00		46,289
	3,00		48,026
Estadístico de contraste		,769 ²	,224
Sig. (prueba 2lateral)		,380	,636
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		,616	,867

TABLA 9. FELICIDAD específico.

		Subconjunto	
		1	2
Muestra ¹	1,00	21,000	
	3,00		43,000
	4,00		43,000
	2,00		47,000
Estadístico de contraste		, ²	,783
Sig. (prueba 2lateral)		.	,676
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		.	,676

TABLA 10. ÁRBOL emoción.

		Subconjunto	
		1	2
Muestra ¹	4,00	24,447	
	1,00	26,974	
	3,00		50,158
	2,00		52,421
Estadístico de contraste		,467 ²	,312
Sig. (prueba 2lateral)		,494	,576
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		,744	,820

TABLA 11. ÁRBOL específico.

		Subconjunto		
		1	2	3
Muestra ¹	1,00	23,500		
	4,00		37,500	
	3,00		41,500	41,500
	2,00			51,500
Estadístico de contraste		²	,420	3,544
Sig. (prueba 2lateral)			,517	,060
Sig. ajustada (prueba 2lateral)			,766	,116

TABLA 12. FRACASO emoción.

		Subconjunto	
		1	2
Muestra ¹	1,00	25,500	
	4,00	27,500	
	3,00		47,500
	2,00		53,500
Estadístico de contraste		1,000	1,025
Sig. (prueba 2lateral)		,317	,311
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		,534	,526

TABLA 13. FRACASO específico.

		Subconjunto		
		1	2	3
Muestra ¹	1,00	24,500		
	4,00		34,500	
	3,00			50,500
	2,00			52,500
Estadístico de contraste		²	²	,122
Sig. (prueba 2lateral)				,727
Sig. ajustada (prueba 2lateral)				,925

TABLA 14. RRS total

		Subconjunto		
		1	2	3
Muestra ¹	2,00	18,600		
	3,00	31,225		
	4,00		48,600	
	1,00			63,575
Estadístico de contraste		3,743	,2	,2
Sig. (prueba 2lateral)		,053	.	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		,103	.	.

TABLA 15. RRS-negativa

		Subconjunto			
		1	2	3	4
Muestra ¹	2,00	16,275			
	3,00		33,925		
	4,00			49,375	
	1,00				62,425
Estadístico de contraste		,2	,2	,2	,2
Sig. (prueba 2lateral)		.	.	.	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		.	.	.	.

TABLA 16. RSS-reflexiva

		Subconjunto			
		1	2	3	4
Muestra ¹	2,00	16,525			
	3,00		31,375		
	4,00			46,675	
	1,00				67,425
Estadístico de contraste		,2	,2	,2	,2
Sig. (prueba 2lateral)		.	.	.	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		.	.	.	.

TABLA 17. EROS

	Subconjunto			
	1	2	3	4
2,00	16,075			
3,00		31,475		
4,00			49,375	
1,00				65,075
Estadístico de contraste	,2	,2	,2	,2
Sig. (prueba 2lateral)	.	.	.	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)	.	.	.	.

TABLA 18. CES-D

	Subconjunto			
	1	2	3	4
2,00	16,800			
3,00		33,750		
4,00			47,450	
1,00				64,000
Estadístico de contraste	,2	,2	,2	,2
Sig. (prueba 2lateral)	.	.	.	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)	.	.	.	.

TABLA 19. SPAN

	Subconjunto		
	1	2	3
1,00	15,700		
3,00		35,750	
2,00			50,750
4,00			59,800
Estadístico de contraste	,2	,2	2,512
Sig. (prueba 2lateral)	.	.	,113
Sig. ajustada (prueba 2lateral)	.	.	,213

TABLA 20. Cartas de BADS

		Subconjunto	
		1	2
Muestra ¹	4,00	34,275	
	2,00	34,725	
	3,00	37,900	
	1,00		55,100
Estadístico de contraste		,315	.2
Sig. (prueba 2lateral)		,854	.
Sig. ajustada (prueba 2lateral)		,854	.

10-DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto que los participantes de los grupos de entrenamiento en pensamientos positivos (g2), entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo (g3) y entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión (g4), han disminuido los pensamientos rumiativos en general así como los pensamientos negativos y pensamientos reflexivos. La influencia ambiental en los afectos ha mejorado así como el estado de ánimo. En cuanto a los resultados cognitivos subrayar que no solo han mejorado los sujetos que han recibido tratamiento cognitivo sino también los sujetos que han recibido entrenamiento en pensamientos positivos. En cuanto a la escala de rumiación global no se muestran diferencias significativas entre los grupos 2 y 3 y sí entre éstos y los grupos 1 y 4. En las escala rumiativa negativa, reflexiva, recompensa ambiental y estado de ánimo, los datos muestran diferencias significativas entre todos los grupos de estudio. Correspondientemente, en memoria de trabajo no hay diferencias significativas entre los grupos 2 y 4 y ambos presentan diferencias significativas respecto los grupos 1 y 3. Finalmente, los datos de flexibilidad cognitiva muestran diferencias significativas entre los grupos que reciben algún tipo de entrenamiento frente al grupo de control, aspecto éste que se ha dado de forma sistemática en todos los test aplicados.

Las quejas de estado de ánimo en personas mayores, con frecuencia se encuentran asociadas a las quejas de memoria hasta el punto que los programas que se ofertan para afrontar las quejas subjetivas de bajo estado se dirigen a entrenar la memoria (60). El planteamiento del que parte este tipo de iniciativa es que, si mejoran las quejas de memoria, mejorarán también las quejas en el estado de ánimo. Los resultados de las investigaciones avalan esta hipótesis de transferencia y generalización del entrenamiento cognitivo en la mejora del estado de ánimo (61). Según los investigadores la mejora del estado de ánimo se explica por el efecto del grupo. En este sentido, algunos investigadores diseñan programas de entrenamiento cognitivo-emocional controlando el efecto de grupo en el estado de ánimo, mediante la combinación del grupo de trabajo con el grupo de discusión (62). Esto es, el entrenamiento además de proponer tareas comunes a sus participantes (tareas cognitivas), favorecen la participación activa de los sujetos intercambiando experiencias, preocupaciones asociadas a la edad y vivencias cotidianas. La mejora del estado de ánimo con este tipo de grupos se explica por el apoyo, la transferencia de emociones positivas, la reflexión racional de las quejas y el desarrollo de nuevas relaciones entre pares(63). Los efectos del grupo de discusión de los programas de entrenamiento cognitivo-emocional se han puesto de manifiesto en nuestro estudio

(ver tabla 8-20). No obstante, el efecto de los programas en pensamientos positivos ha sido superior en lo que respecta a la mejora del estado de ánimo y además este programa ha mostrando transferencia a las funciones cognitivas como la memoria de trabajo y la flexibilidad. Por consiguiente, se puede colegir que los programas de pensamientos positivos tienen un efecto exitoso tanto en el entrenamiento emocional como cognitivo.

El uso presente y futuro de la memoria y flexibilidad cognitiva, se van conformando a partir de vivencias de la vida diaria (64,65). Conocer cómo las personas mayores realizan el acto de recordar nos ayuda a entender como trazan sus planes, como se enfrentan a problemas, como se explican a sí mismos y a otros sus conductas(32). El intercambio de historias personales entre los participantes que han recibido entrenamiento emocional, han servido para entender cómo realizan las conexiones de las vivencias del pasado hacia el presente y el futuro. Esta conexiones permiten al terapeuta y sujetos identificar los pensamientos asentados en creencias erróneas que alimentan pensamientos negativos a cerca de su capacidades, autoestima y bajo estado de ánimo (66). Las personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo se caracterizan por mantener un estilo de pensamiento rumiativo de tipo negativo que con el paso del tiempo convierten en estilo cognitivo habitual, lo que supone que su atención se dirija automáticamente a interpretar las vivencias del presente y del pasado de forma negativa(67). En nuestro estudio los participantes inicialmente, muestran tanto pensamientos rumiativos negativos como reflexivos, que se ponen de manifiesto en la respuesta “Siempre” a ítems como “Pienso: ¿por qué tengo problemas que otros no tienen?” o “Me paro a pensar por qué me siento así”. Además, el hecho de que los sujetos recuerden emociones en función de signo de la palabra, lo que nos lleva a colegir que un entrenamiento con signo positivo favorecerá la activación de recuerdos positivos de emociones, como así se ha podido demostrar en los resultados post de nuestra investigación.

En cuanto al tipo de recuerdo (general/específico), según el modelo constructivista las vivencias se organizan en niveles jerárquicos que va de un nivel general y abstracto a un nivel más personal y específico (27). El nivel más abstracto se organiza en función de etapas temporales y es común a todas las personas. Un nivel intermedio que se caracteriza por temas que suelen ser comunes entre las personas como puede ser las vacaciones, el trabajo, las cenas, etc. Finalmente, hay un nivel que se refiere a hechos que suelen ser únicos que se recuerdan como un todo, en una única imagen. Según las investigaciones, es este último nivel el que ocasiona dificultades de recuerdo y

también es la clave de las quejas del bajo estado de ánimo en las personas mayores (68). En nuestro estudio, se confirman que efectivamente, los participantes han presentado dificultades para evocar recuerdos de modo específico tanto en las palabras positivas, neutras y negativas, especialmente en la palabra con signo negativo. Probablemente, esta dificultad en la recuperación específica de vivencias personales tenga relación con el tipo de claves perceptivas relacionadas con el funcionamiento implícito de la memoria más que con la memoria intencional. Los sujetos que han participado en el entrenamiento de emociones positivas, inicialmente han recordado vivencias de modo general, aludiendo a hechos como “ir a la escuela”, “la boda”, “el trabajo”, “lugares” o “familiares”, localizados en un momento temporal con un principio y fin. Posterior al entrenamiento, los recuerdos se hacen más concretos, con más detalle que se pone de manifiesto en relatos con mayor número de adjetivos y detalles sensoriales relativos a olores, imágenes o canciones. Algunos expertos consideran que este tipo de memoria tiene un almacenamiento específico. Por ejemplo, un estudio realizado con personas con problemas en la memoria retrograda recuerdan eventos generales pero no tienen accesos a vivencias específicas (69). En sujetos no clínicos se pueden entrenar los pensamientos específicos a partir de claves de vivencias generales asociados con etapas de la vida que llevan a categorías y de éstas a los recuerdos específicos (ver Figura 3). Por otra parte, las demandas ambientales son determinantes en el efecto del entrenamiento en emociones positivas como se pone de manifiesto en respuestas a ítems como: “muchas actividades de mi vida diaria son agradables” o “ya no me resultan gratificantes que antes me agradaban”. Es decir, los factores ambientales y no solo los psicológicos han de considerarse para un buen equilibrio emocional (70).

El enfoque centrado en la persona que fundamenta los programas de entrenamiento emocional, conlleva fundamentalmente dos limitaciones. Una es la validez ecológica de los tratamientos. En los últimos años estamos asistiendo a un cambio de paradigma tanto en lo que se refiere a la evaluación como a los programas de entrenamiento cognitivo y emocional dirigidos a personas mayores. El cambio de paradigma se asienta en la búsqueda de modelos ecológicos. Con el término ecológico se hace referencia a medidas que no persiguen diagnósticos sino enfoques centrados en la rehabilitación y en valorar la capacidad del sujeto para vivir de forma autónoma, adaptarse a nuevas situaciones y predecir alteraciones que se puede encontrar en la vida ordinaria y cómo combatir sus efectos (71). Ocuparse de que los programas de entrenamiento resulten ecológicos supone la verosimilitud del tipo de tareas que se proponen en el entrenamiento con las situaciones de la vida diaria. Este aspecto se

resuelve fácilmente con los programas de entrenamiento basados en la narrativa o historias subjetivas que han estado presentes en nuestra investigación. La narrativa es un instinto natural de ser humano que se hace más frecuente a medida que avanza la edad y cuando hay un desajuste emocional(70), como el caso que nos ocupa.

La otra limitación está relacionada con el tipo de entrenamiento multifactorial. En la medida que se constatan los beneficios de los entrenamientos multifactoriales que atienden tanto a aspectos cognitivos como emocionales, se prefieren a los unifactoriales dado que aquellos mejoran varios componentes y establecen nuevas interrelaciones entre ellos (72). El efecto de un proceso puede depender de la activación y participación de otros, como hemos podido contactar en los resultados obtenidos en los diferentes grupos de entrenamiento. Por ejemplo, el grupo 2 que realizó un entrenamiento de tipo emocional muestra no solo mejoras en el estado de ánimo sino también en memoria y la flexibilidad cognitiva. Del mismo modo, el grupo 3 que reciben entrenamiento cognitivo muestra mejoras no solo en procesos cognitivos sino también en estado de ánimo de ánimo. No obstante, la discusión actual es encontrar la mejor estrategia y técnica que contribuya a mejorar un determinado proceso. El por qué hay mas beneficio con los programas multifactoriales que unifactoriales con población mayor parece deberse a los déficits relacionados con la edad. En particular algunos investigadores proponen diferentes causas como por ejemplo, disminución de recursos de procesamiento (como la atención, la memoria de trabajo o la flexibilidad), problemas en la codificación, alteraciones del recuerdo y conocimiento distorsionado de la capacidad de su memoria (59). Otros autores hablan también del nivel de activación y de la ansiedad (73). Probablemente, estén implicados varios de estos mecanismos con distinto nivel de influencia. En nuestra investigación se han entrenado procesos emocionales y cognitivos mediante el entrenamiento emocional y cognitivo: pensamientos positivos, vocabulario emocional positivo, grupos de discusión, fluidez lingüística, memoria de trabajo y flexibilidad, resultando todos ellos efectivo en mayor o menor medida. Entendemos que el nivel actual de conocimientos sobre las quejas de bajo estado de ánimo asociadas a la edad y dada la complejidad de los mecanismos que intervienen en los procesos emocionales, los métodos multifactoriales que inciden en varios procesos relacionados con las alteraciones emocionales y cognitivas de las personas mayores, garantizan la recogida de resultados positivos como así podemos colegir de esta investigación. A pesar de nuestra apuesta por los métodos multifactoriales, a nivel exclusivamente investigador sería conveniente el uso de métodos unifactoriales para delimitar el efecto de cada

uno de ellos o considerar diseños multifactoriales que nos permitan probar cada uno de los procesos y estrategias.

Finalmente, recalcar que en nuestra investigación se han empleado de forma exitosa la combinación de varios factores para conseguir el objetivo final relacionado con la mejora de procesos emocionales y cognitivos en personas mayores con quejas de estado de ánimo. Además, dado que pretendemos que se mantengan el efecto logrado con los programas aplicados se han proporcionado cuadernillos de tareas casa a los sujetos para potenciar en el futuro lo aprendido durante los entrenamientos.

11-CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto que los grupos de entrenamiento emocional propuestos han resultado ser eficaces aunque el entrenamiento en pensamientos positivos ha mostrado la mayor eficacia. Además, este programa junto con el entrenamiento cognitivo con vocabulario positivo y el entrenamiento cognitivo-emocional, han mostrado eficacia en la mejora de procesos cognitivos como la memoria y la flexibilidad respecto a los resultados obtenidos con el grupo de control que no solo no ha mejorado sino que ha empeorado sus puntuaciones en todas las pruebas aplicadas.

En relación a la primera hipótesis de partida, Las emociones de signo positivo aumentan con entrenamiento en pensamientos positivos, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, se confirma.

La segunda hipótesis, las emociones de signo positivo y los procesos cognitivos como la memoria de trabajo y la flexibilidad, aumentan con entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, se confirma.

La tercera hipótesis, las emociones de signo positivo y los procesos cognitivos como la memoria de trabajo y la flexibilidad aumentan, con entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión, en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, se confirma.

La cuarta hipótesis, los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento en pensamientos positivos, se confirma.

La quinta hipótesis, los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento cognitivo basado en vocabulario emocional positivo, se confirma.

La sexta hipótesis, los recuerdos específicos positivos en personas mayores con quejas de bajo estado de ánimo, aumentan con entrenamiento cognitivo-emocional basado en grupos de discusión, se confirma.

Los hallazgos expuestos nos llevan a recomendar seguir con la aplicación de los programas de entrenamiento emocional en los centros de mayores a los que acuden las personas mayores que han participado en la investigación.



12- BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Proyecciones de Población 2016–2066. Nota de Prensa. 2016;1–20.
2. Lillo-Crespo M. Tendencias actuales de investigación e innovación ante el envejecimiento poblacional. *Horiz Sanit* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 21];15(2). Available from: <http://www.redalyc.org/html/4578/457846538001/>
3. Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2008 [cited 2017 Aug 11];24(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010
4. OMS. Informe mundial sobre envejecimiento y salud. In: OMS, editor. Informe mundial sobre envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [cited 2017 Aug 11]. p. 45–78. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)
5. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 21];41. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892017000100217&script=sci_arttext&tIng=es
6. García Ron A, Serrano Grasa R, Blanco Lago R, Huete Hernani B, Pérez Martínez DA. Estudio piloto de la eficacia de empoderar a pacientes mediante coaching como tratamiento asociado en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Neurología* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Aug 21];31(2):83–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485315001693>
7. Akturan S, Kaya ÇA, Ünalán PC, Akman M. The effect of the BATHE interview technique on the empowerment of diabetic patients in primary care: A cluster randomised controlled study. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Aug 21];11(2):154–61. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751991816301565>
8. N W. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [Internet]. Copenhagen Denmark World Health Organization [WHO] Regional Office for Europe Health Evidence Network 2006 Feb.; 2006 [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.poline.org/node/175634>
9. Collette A-M, Spies C, Eckardt R, Wernecke K-D, Schmidt M. Patient Empowerment Reduces Pain in Geriatric Patients After Gynecologic Onco-Surgery: Subgroup Analysis of a Prospective Randomized Controlled Clinical Trial. *J PeriAnesthesia Nurs* [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Aug 21]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S108994721630394X>
10. Rodríguez Beltrán M. Empoderamiento y promoción de la salud. In: *Empoderamiento* [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 21]. p. 20–31. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
11. WHO. Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. In Geneva, Suiza; 2013 [cited 2017 Aug 21]. p. 196. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_1_es.pdf?ua=1
12. Rodríguez Martín V. Empoderamiento y liderazgo personal desde un abordaje de género emocionalmente inteligente como estrategias de autocuidado y optimización profesional. [cited 2017 Aug 11]; Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2F>



- pdf&blobheadername1=Content-
Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEmpoderamiento+y+Autoliderazgo
+de+las+y+los+profesionales+VG.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blob
where=1352844428365&ssbinary=true
13. Araiza Díaz A. Feminismo/s [Internet]. Univ; 2004 [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3238>
 14. Quintero Cruz MV, Figueroa Solano N, García Puello F, Suárez Villa M. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 25];28(1):9–14. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100003
 15. Salazar Villanea M. Approaches from narrative gerontology: autobiographical memory as a resource for identity development in older people. An en Gerontol. 2015;7:41–68.
 16. Villar F, Serrat R. El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. Rev Kairós Gerontol. 2015;18(2):9–29.
 17. López H, Cataño N, Muñoz E. The effect of an educational program for elderly people's caregivers: a cultural perspective. Rev Salud Pública [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 25];13(4):610–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642011000400006
 18. Freeman M. Narrative foreclosure in later life: Possibilities and limits. Storying later life Issues, [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 21]; Available from: https://scholar.google.com/scholar?q=Narrative+foreclosure+in+later+life%3A+P+ossibilities+and+limits&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
 19. Castillo I, Ledo HI, del Pino Y. Técnicas narrativas : un enfoque psicoterapéutico. Norte salud Ment. 2012;10(42):59–66.
 20. Salgado Escalona M, Noa Legrá M, Matos Laffita D, Cardero Leyva D, Castillo Perez Y. Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. MEDISAN [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 25];20(10):2195–201. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000001
 21. Fortuna Terrero FB, Berenice F. Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana: seguimiento de una intervención [Internet]. Universidad de Valencia; 2016 [cited 2017 Aug 25]. Available from: <http://roderic.uv.es/handle/10550/55217>
 22. Dörr A, Florenzano R, Soto-Aguilar F, Hammann F, Lira T. Metodología cualitativa y análisis narrativo en psicoterapia e investigación: una revisión selectiva de la literatura. Rev GPU [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 25];12(3):257–63. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Florenzano/publication/309231014_PSIQUIATRIA_UNIVERSITARIA_257_METODOLOGIA_CUALITATIVA_Y_ANALISIS_NARRATIVO_EN_PSIKOTERAPIA_E_INVESTIGACION_UNA_REVISION_SELECTIVA_DE_LA_LITERATURA_METODO_NARRATIVO_ENTREVISTA_CLIN
 23. Villar F, Serrat R. Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 Jul [cited 2017 Aug 25];52(4):216–22. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X16300762>
 24. Rodríguez TM. La atención centrada en la persona. Algunas Claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas la Depend. 2013;8:25–47.
 25. BOOTH T, BOOTH W. Sounds of Silence: Narrative research with inarticulate subjects. Disabil Soc [Internet]. 1996 Mar [cited 2017 Aug 15];11(1):55–70. Available from:



- <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599650023326>
26. Martínez Ál. Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. Rev Complut Educ [Internet]. 2006 Jan 13 [cited 2017 Aug 11];16(2):601–19. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0505220601A/15990>
 27. Serrano Selva JP. Memoria Autobiográfica y Depresión. La Revisión de Vida. Centro Soc. 1999. 215 p.
 28. Etchemendy E, Baños RM, Botella C, Castilla D. Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores : Una aplicación de tecnologías positivas. Escritos Psicol. 2010;3:1–7.
 29. Veras E. Historia De Vida : ¿ Un Método Para Las Ciencias Sociales ? Cinta moebio. 2010;39(Ribeiro 2001):142–52.
 30. Mallimaci F, Giménez Béliveau V. Historia de vida y métodos biográficos. Estrategias Investig Cual. 2006;175–212.
 31. Hornillo E, Sarasola Sánchez-Serrano JL. El interés emergente por la narrativa como método en el ámbito socio-educativo. El caso de las historias de vida. 2003;3:373–82.
 32. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M. Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. Psychol Aging. 2004;19(2):272–7.
 33. Serrano JP, Latorre Postigo JM, Ricarte Trives JJ, Ros Segura L, Navarro B, Aguilar Córcoles MJ, et al. Reminiscencia y Revisión de Vida . Un Modelo conceptual para la Investigación y la Práctica. Inf Portal Mayores. 2010;32(4):527–64.
 34. Afonso RM, Selva JPS, Postigo JML. Reminisce Interventions in Elderly People. In: Encyclopedia of Geropsychology [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2016 [cited 2017 Aug 15]. p. 1–8. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-981-287-080-3_260-2
 35. Butler R. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry. 1963;26(1):65–76.
 36. Serrano Selva JP, Latorre Postigo JM, Ros Segura L, Navarro Bravo B, Aguilar Córcoles MJ, Nieto López M, et al. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. Psicothema. 2012;24(2):224–9.
 37. Latorre JM, Serrano JP, Ricarte J, Bonete B, Ros L, Sitges E. Life Review Based on Remembering Specific Positive Events in Active Aging. J Aging Health [Internet]. 2015;27(1):140–57. Available from: <http://jah.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898264314541699>
 38. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montanes J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. Psychol Aging. 2004;19(2):270–7.
 39. Selva JPS, Postigo JML, Montañes J. Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. Univ Castilla-La Mancha Albacete España. 2005;40:228–35.
 40. Etchemendy E, Castilla D, Baños RM, Botella C. Sistema Mayordomo: la puerta de entrada de nuestros mayores a las nuevas tecnologías. Ariadna; Cult Educ y Tecnol. 2013;1(1):33–8.
 41. Bugarin CLR. Narrativa de enfermería: dejando ir a Doña Paula. ENE, Rev Enfermería [Internet]. 2007 Aug 31 [cited 2017 Aug 26];9(2). Available from: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/541/donapaula>
 42. Gálvez Toro A. Enfermería Basada en la Evidencia. Index. Fundación Index, editor. Granada, España: Index; 2007. 29-38 p.
 43. Valverde C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente®: Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. Index de Enfermería.



- 2008;17(3):157–8.
44. Rubiano Mesa YL, Ruiz Silva A. La narrativa biográfica: Opción metodológica para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA. *Index de Enfermería* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Jan 19];21(3):169–73. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 45. WHO. OMS | Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Aug 16]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
 46. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Editorial Médica Panamericana, editor. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014. 103-128 p.
 47. Erdur-Baker Ö, Bugay A. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 27];5:2178–81. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042810018070>
 48. Hervás G. Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. [cited 2017 Aug 27]; Available from: [http://www.aepcp.net/arc/\(4\)2008\(2\).Hervás.pdf](http://www.aepcp.net/arc/(4)2008(2).Hervás.pdf)
 49. Barraca J, Pérez-Álvarez M. Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale; EROS. *Ansiedad y Estrés*. 2010;16(1):95–107.
 50. Armento MEA, Hopko DR. The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, Validity, and Reliability. *Behav Ther* [Internet]. 2007 Jun [cited 2017 Aug 27];38(2):107–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17499078>
 51. Elizabeth M, Armento A. The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, Validity, and Reliability. 2006 [cited 2017 Aug 27]; Available from: http://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/1490
 52. Wagener A, Blairy S. Validation and Psychometric Properties of the French Versions of the Environmental Reward Observation Scale and of the Reward Probability Index. *Psychol Belg* [Internet]. 2015 Jun 10 [cited 2017 Aug 27];55(2):71–86. Available from: <http://www.psychologicabelgica.com/articles/10.5334/pb.bg/>
 53. Soler J. Validation Study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish Population of Patients With Affective Disorders - Journals - NCBI. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* [Internet]. 1997 [cited 2017 Aug 27];25(4):243–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/9412163/>
 54. González-Fortaleza C, Wagner Echegaray F, Tapia Jiménez A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Ment* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 27];35(1):13–20. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290003>
 55. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition. 1997.
 56. Gontier J. Memoria de Trabajo y Envejecimiento. *Mem Trab y Envejec* [Internet]. 2004 [cited 2017 Aug 27];13(2):111–24. Available from: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17804/18572>
 57. MC Etchepareborda LA-M. Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Rev Neurol* [Internet]. 2005 [cited 2017 Aug 27];40(1):79–83. Available from: http://www.lafun.com.ar/PDF/21-MT_en_los_procesos_de_48C50.pdf
 58. Wilson, B. Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H., Evans J. Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS). *J Occup Psychol Employ Disabil*. 2003;5(2):33–7.
 59. Requena C, Turrero A, Ortiz T. Six-Year Training Improves Everyday Memory in



- Healthy Older People. Randomized Controlled Trial. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 27];8:135. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27375479>
60. Alfaro C, Mesa-gresa P, Redolat R, España UDV. ¿ Qué factores deberían incluirse en una intervención multicomponente dirigida al mantenimiento de la salud cerebral ? 2017;10(1).
 61. Guadalupe Jiménez M, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva An intervention program to enhance the wellbeing of the elderly. Pilot study based on positive psychology. [cited 2017 Aug 27];51–9. Available from: www.elsevier.es/sumapsicol
 62. Calero García D, Navarro-González E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo Effectiveness of a memory training programme in the maintenance of status in the derly people with and without cognitive decline. 2006 [cited 2017 Aug 27];17(17):187–202. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n2/v17n2a04.pdf>
 63. Carrasco RMJ, Peña M, Montes A. MD, Martín MC. Programas de entrenamiento de memoria. Método U.M.A.M. *Cuad Trab Soc* [Internet]. 2001;(14):255. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0101110255A>
 64. Solcoff K. ¿Fenomenología experimental de la memoria? La memoria autobiográfica entre el contexto y el significado. *Estud Psicol*. 2001;22(3):319–44.
 65. Sánchez Cabaco A, Holgado Sánchez A, Sánchez Zaballos E, Ramos Bernal MT. AÑO EUROPEO. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2017 Jan 30 [cited 2017 Aug 27];7(1):533. Available from: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEPA/article/view/824>
 66. Hernández Zamora ZE. Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit* [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 27];15(2):153–61. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200009
 67. Bohlmeijer ET, Westerhof GJ, Randall W, Tromp T, Kenyon G. Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *J Aging Stud* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Aug 27];25(4):364–70. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089040651100020X>
 68. Navarro B, Latorre JM, López-Torres J, Andrés F. Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez. *Rev clínica Med Fam*. 2008;2(4):171–7.
 69. Conway MA, Rubin DC, Collins AF, Gathercole SE, Morris PE. The structure of autobiographical memory. In: *Theories of memory* [Internet]. 1993. p. 103–37. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1993-98912-004&site=ehost-live>
 70. CHAYTOR N, SCHMITTEREDGECOMBE M, BURR R. Improving the ecological validity of executive functioning assessment. *Arch Clin Neuropsychol* [Internet]. 2006 Apr [cited 2017 Aug 27];21(3):217–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16554143>
 71. Pinsker DM, McFarland K, Pachana NA. Exploitation in Older Adults: Social Vulnerability and Personal Competence Factors. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2017 Aug 27];29(6):740–61. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464809346559>
 72. Lövdén M, Bäckman L, Lindenberger U, Schaefer S, Schmiedek F. A theoretical



- framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychol Bull* [Internet]. 2010 Jul [cited 2017 Aug 27];136(4):659–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565172>
73. Montenegro M, Montejo P, Claver-Martín MD, Reinoso AI, de Andrés-Montes ME, García-Marín A, et al. [Relationship between memory complaints and memory performance, mood and sociodemographic variables in young adults]. *Rev Neurol* [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2017 Aug 27];57(9):396–404. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24150951>