

Capítulo 9: Conclusiones

1. En general, podemos decir que el programa de entrenamiento implementado ha mostrado su eficacia para mejorar distintas variables relacionadas con calidad de vida, estado de ánimo y funciones cognitivas, manteniéndose las mejoras en los seguimientos realizados a los tres y seis meses de haber finalizado el tratamiento y coincidiendo las puntuaciones de autoevaluación con las de heteroevaluación.

2. Los resultados obtenidos muestran mejoras en el grupo de intervención en las variables salud subjetiva, salud psíquica, satisfacción con la vida, calidad de vida del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007), ansiedad y depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD; Zigmond y Snaith, 1983), Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang *et al.*, 1983), orientación temporal, concentración, memoria diferida y puntuación total del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Ezquerro, Burgada, Sala y Seva, 1979). Por tanto, la primera hipótesis planteada al comienzo del trabajo, que señalaba que aparecerían diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en el grupo de intervención y que dichas mejoras permanecerían, si bien disminuidas, en los dos seguimientos se cumple para las variables mencionadas, mostrando una mejora en el grupo de intervención.

3. Sin embargo, nuestro programa no ha resultado efectivo en las restantes variables del MEC (orientación espacial, memoria inmediata y praxia constructiva-gráfica del MEC), no observándose mejoras en el grupo de intervención en ninguna de las evaluaciones.

4. Podemos decir que la segunda hipótesis, la cual planteaba que en el grupo de control no se encontrarían diferencias estadísticamente significativas entre los distintos momentos de medida de las variables dependientes (pre-test, post-test y los dos seguimientos), se cumple únicamente para las variables memoria inmediata, memoria diferida y praxia constructiva-gráfica del MEC. Estas variables se mantienen sin

cambios en las distintas medidas de evaluación del grupo control. En el resto de variables (salud subjetiva, salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida del CUBRECAVI, subescala de ansiedad y subescala de depresión de la HAD, GDS, orientación espacial, orientación temporal, concentración y puntuación total del MEC) se observan las diversas alteraciones que hemos señalado anteriormente.

5. La tercera hipótesis se cumple totalmente para las variables salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida del CUBRECAVI, las subescalas de ansiedad y depresión de la HAD, la GDS y las variables orientación temporal, orientación espacial, memoria diferida, así como la puntuación total del MEC, puesto que en estas variables se observan diferencias estadísticamente significativas en el post-test y en ambos seguimientos entre el grupo de intervención y el grupo control.

6. Sin embargo, la variable salud subjetiva únicamente presenta diferencias estadísticamente significativas en el post-test entre el grupo de intervención y el grupo control. Y la variable concentración únicamente presenta diferencias estadísticamente significativas en los dos seguimientos entre el grupo de intervención y el grupo control. Por lo tanto, en estas dos variables no se cumple totalmente la tercera hipótesis.

7. Nuestro programa no ha resultado efectivo para las variables memoria inmediata y praxia constructiva-gráfica del MEC, no observándose mejorías a nivel intergrupo en el grupo de intervención con respecto del control en ninguna de las evaluaciones.

8. En nuestra investigación hemos incidido específicamente en el área cognitiva a través de un entrenamiento que combina varias técnicas de intervención, obteniendo resultados positivos en el post-test y en ambos seguimientos en las distintas variables cognitivas entrenadas, salvo en memoria inmediata y en praxia constructiva gráfica del MEC. La obtención de estos resultados y el mantenimiento de los mismos a los seis meses de haber finalizado la intervención tiene una gran importancia a la hora de demostrar la eficacia del programa aplicado a largo plazo. Además, se han obtenido importantes efectos colaterales en variables relacionadas con la calidad de vida y el estado de ánimo. La obtención de estos efectos a partir de la intervención es beneficiosa y puede resultar interesante dado que prevenir y tratar la depresión en mayores es muy importante ya que esta enfermedad puede incrementar síntomas de otras condiciones comórbidas,

incapacidad, utilización de cuidados de salud, mortalidad por suicidio y enfermedades cardíacas (Steinman *et al.*, 2007), como señalamos en la introducción.

9. Los datos del grupo control parecen reflejar el hecho de que el nivel cognitivo disminuye con la edad, incluso en períodos cortos de tiempo. Según esto, probablemente, nuestro tratamiento, además de mejorar las puntuaciones del grupo de intervención, también impidió que decayesen, como se observó en el grupo control, pudiendo la intervención amortiguar o compensar el deterioro asociado a la edad en el grupo de intervención. De este modo, nuestra intervención, centrada en la combinación de varias técnicas, parece bloquear o retrasar este deterioro cognitivo asociado a la edad y, además, produce efectos colaterales en el estado de ánimo y en la calidad de vida de los participantes.

10. Las medidas de tamaño del efecto muestran que nuestra intervención ha tenido un tamaño del efecto pequeño en la variable memoria inmediata del MEC en el post-test, mientras que en la variable praxia constructiva del MEC se observa un tamaño del efecto pequeño en los dos seguimientos.

12. El grupo de intervención obtiene un tamaño del efecto elevado en las variables salud subjetiva del CUBRECAVI y en la variable orientación espacial del MEC en el post-test. En los seguimientos ambas variables presentan un tamaño del efecto medio.

12. La variable concentración del MEC presenta un tamaño del efecto medio en el post-test, que pasa a ser elevado en los dos seguimientos.

13. Finalmente, el tamaño del efecto ha sido elevado en las variables salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida del CUBRECAVI, en las subescalas de ansiedad y depresión de la HAD, en la GDS, y en las variables orientación temporal y memoria diferida y en la puntuación total del MEC en el post-test del grupo de intervención. Todas estas variables mantienen un tamaño del efecto elevado en ambos seguimientos.

14. Los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares a los datos obtenidos por Payne y Marcus (1988) en su meta-análisis y a los presentados por los

doce estudios recogidos en el mismo que utilizaron una única técnica de intervención y realizaron comparaciones entre post-test y seguimiento, puesto que las técnicas utilizadas en estos estudios y las técnicas utilizadas en nuestra investigación son las mismas y han demostrado su eficacia en diversos estudios. En el meta-análisis de Payne y Marcus (1988) solo dieciocho estudios, que utilizaron una única técnica de intervención, informaban de comparaciones entre grupo de tratamiento y grupo control y cuando comparamos sus resultados con los nuestros observamos que nuestra combinación de técnicas de intervención obtiene mejores resultados que la aplicación de una sola.

15. Dada la importancia de la intervención en personas mayores sin problemas, de cara a prevenir el desarrollo de alteraciones cognitivas posteriores que supongan un deterioro en su calidad de vida, y observando los beneficios de dicha intervención, consideramos conveniente que en futuras investigaciones se amplíe el número de sujetos de la muestra, el número de sesiones de intervención, la duración del seguimiento y se desarrollen estudios en diferentes momentos del año, así como estudios de desmantelamiento y estudios multicentro.

16. La intervención preventiva en personas mayores sanas es cada vez más necesaria en nuestra sociedad para evitar deterioros cognitivos mediante técnicas no invasivas. La investigación psicológica ha demostrado que es posible mejorar la calidad de nuestros mayores sin recurrir necesariamente a tratamientos farmacológicos, por lo que se hace necesario continuar investigando y desarrollando nuevas formas de intervención.