UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO CON TRASTORNO DEPRESIVO

Estudiante: Ester Blanco Tobar

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 09 de junio de 2015

ÍNDICE

1. RESUMEN 4
2. JUSTIFICACIÓN 5
3. MARCO TEÓRICO 6
   3.1. Enfermería 6
      3.1.1. Concepto e historia 6
      3.1.2. Metodología de los cuidados enfermeros 8
   3.2. Envejecimiento 10
      3.2.1. Concepto 10
      3.2.2. Cambios biopsicosociales durante el envejecimiento 11
   3.3. Residencias geriátricas 12
      3.3.1. Concepto de residencia para mayores 13
      3.3.2. Perfil del usuario 13
   3.4. Trastornos del estado de ánimo 15
      3.4.1. Trastornos depresivos 17
4. OBJETIVOS 23
5. MATERIAL Y MÉTODOS 23
6. RESULTADOS-DISCUSIÓN 25
   6.1. Factores relacionados con los trastornos depresivos en mayores institucionalizados 25
   6.2. Métodos de detección y escalas de valoración de los trastornos depresivos en residencias para mayores 30
   6.3. Cuidados de enfermería en mayores con trastorno depresivo en residencias geriátricas 32
7. CONCLUSIONES 35
8. BIBLIOGRAFÍA 36
9. ANEXOS 41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica 24

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CIE	•Consejo Internacional de Enfermería
NANDA	•North American Nursing Diagnosis Association
NIC	•Nursing Interventions Classification
NOC	•Nursing Outcomes Classification
DSM	•Diagnostic and Statical Manual of mental disorders
TEC	•Terapia electroconvulsiva
OMS	•Organización Mundial de la Salud
ABVD	•Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	•Actividades Instrumentales de la vida diaria
MNA	•Mini-Nutricional Assesment
GDS	•Geriatric Depression Scale
MDS	•Minimum Data Set
EBADEP	•Escala Baptista de Depresión

1. RESUMEN

Justificación: El actual envejecimiento poblacional en los países desarrollados conlleva consecuencias políticas, económicas y sociales, entre ellas el aumento de la demanda de recursos sociosanitarios. La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos, de gran prevalencia y con graves repercusiones en la vida del mayor, situación que se agrava en el ámbito de las residencias geriátricas.

Objetivo: Analizar el abordaje desde el punto de vista de enfermería en mayores con trastorno depresivo institucionalizados en residencias geriátricas.

Material y métodos: Estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica en diversas bases de datos y portales bibliográficos: Cuiden, PubMed, Scielo, Dialnet, Elsevier, Google Académico y LILACS.

Resultados-discusión: Los principales factores de riesgo de desarrollar una depresión que tienen los mayores en residencias geriátricas se asocian a la institucionalización, situaciones sociodemográficas, biológicas y psicosociales. El instrumento más empleado en residencias para detectar trastornos del ánimo es la escala GDS de Yesavage y la escala Cornell. En el abordaje de cuidados, las intervenciones identificadas como efectivas son las psicoterapias, apoyo social, programas de ejercicio, musicoterapia, fototerapia y fitoterapia.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería forman parte de la red social del mayor institucionalizado, lo que les sitúa en una posición privilegiada para la detección y tratamiento precoz de los trastornos depresivos, lo que reduciría las graves consecuencias que conlleva para el mayor, tales como el aumento de la mortalidad y el impacto negativo en la calidad de vida del residente.

Palabras clave: depresión, residencias, enfermería, mayores.

1. ABSTRACT

Justification: The current aging population in developed countries has political, economic and social consequences, including increased demand for social and health resources. Depression is one of the main geriatric syndromes with high prevalence and serious impact on the lives of the elderly, situation that is worse in the field of nursing homes.

Objectives: To analyze the approach from the point of view of nursing in elderly with depressive disorders in nursing homes.

Material and methods: Descritive study of a literature review in various databases and bibliographic portals: Cuiden, PubMed, Scielo, Dialnet, Elsevier, Google Scholar and LILACS.

Results-Discussion: The main risk factors for depression in elderly who lives in a nursing home are associated with institutionalization and some demographic, biological and psychosocial situation. The most used tool in nursing home to detect mood disorders is GDS of Yesavage and Cornell scale. In the care approach, we identified as effective interventions the psychotherapy, social support, exercise programs, music therapy, light therapy and herbal medicine.

Conclusions: The nurses are part of the social network of elderly living in a nursing home, which puts them in a prime position to early detection and treatment of depressive disorders, reducing the severe consequences for the elderly, such as increased mortality and the negative impact on quality of life of the elder.

Keywords: depression, nursing homes, nursing, elderly.

2. JUSTIFICACIÓN

En España, la proporción de personas mayores de 65 años en el último siglo ha pasado de 5,5% al 18,1% de la población total, y se prevé que llegue hasta el 38,7% en 2061.[1] Este fenómeno se denomina envejecimiento demográfico y está relacionado con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad.[2] Es un dato significativo que la proporción de personas mayores de 80 años esté creciendo en mayor medida, representando un 5,7% de la población total actualmente.[1] Este fenómeno conlleva consecuencias políticas, económicas y sociales.[3] La edad avanzada se asocia con pluripatología y tendencia a la cronicidad de las enfermedades, que por su especificidad incrementa la demanda de recursos sanitarios. Asimismo sucede con los recursos sociales, especialmente teniendo en cuenta la modificación de los roles tradicionales asociados al género y la edad acontecida estas últimas décadas, que ha afectado a la organización familiar, haciendo necesario el desarrollo de nuevos recursos sociales dedicados a la atención geriátrica, como las residencias para mayores. Según datos del 2011[4], en España el 3,3% de la población mayor de 65 años vive en instituciones residenciales.

Los síndromes geriátricos son cuadros clínicos que por su importancia, frecuencia de presentación y repercusiones requieren atención sociosanitaria. Habitualmente están infradiagnosticados y cuando no son detectados y tratados precozmente conllevan un importante aumento de la morbi-mortalidad de los mayores. La depresión constituye uno de los principales síndromes geriátricos con una elevada prevalencia, que puede oscilar entre el 7-36% en mayores ambulatorios[5], y su gran repercusión en su calidad de vida.[6] Según Aracil et al[7], la razón por la que la prevalencia es mayor en ancianos que en cualquier otra etapa puede ser debido a la influencia de diversos factores de riesgo, como la inactividad provocada por la jubilación, la pérdida de seres queridos, la aparición de enfermedades crónicas, etc.

Respecto a la prevalencia de trastornos depresivos en mayores institucionalizados en residencias, las cifras varían según distintas bibliografías, pero se incrementan con respecto a las personas que permanecen en su entorno y oscilan entre un 20-40%.[8,9,10] Esta diferencia puede estar determinada por el hecho de que el ingreso en una residencia representa un acontecimiento que puede ser adverso para la

persona mayor[11], lo que aumentará las probabilidades de desarrollar una depresión. A pesar de su alta prevalencia, un número importante de los casos no llega a ser diagnosticado[6], lo que compromete su evolución y llega a plantear riesgos como el de la conducta suicida. Este problema se agrava los mayores, ya que en muchas ocasiones se justifica por la presencia de los síntomas por problemas físicos, económicos, de aislamiento social, etc. y no es tratado adecuadamente.

Todos estos datos justifican la importancia que debemos dar por parte de enfermería a esta patología. Nuestra situación privilegiada por la cercanía con el mayor, nos aproxima a un entorno favorable que trabaje en la detección precoz y el adecuado abordaje de su prevención o tratamiento.

Mi experiencia como estudiante de enfermería en la unidad de psiquiatría y el centro de salud me ha permitido valorar que la mayor parte de los ingresados de edad avanzada en la unidad padecían un trastorno depresivo y que un importante número de personas mayores que acudían a la consulta de enfermería del centro de salud estaban en tratamiento con antidepresivos. Esta experiencia me ha motivado a profundizar mis conocimientos sobre este tema.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENFERMERÍA

3.1.1. Concepto e historia

Desde que Florence Nightingale a principios del siglo XX desarrolló la que es considerada la primera teoría de enfermería, basada en la utilización del entorno del paciente para favorecer su curación, hasta la actualidad el concepto de la profesión ha ido evolucionando, pasando por Hildegard Peplau en 1952, Virginia Henderson en 1955, Martha Rogers en 1970, Dorothea Orem 1971 y Callista Roy en este mismo año desarrollaron los llamados marcos conceptuales, que constituyen la base y definen la estrategia para el desarrollo de las teorías enfermeras.[12,13] El concepto de enfermería propuesto por Virginia Hernderson, ampliamente aceptado en nuestro entorno, afirmaba que “la función de enfermería es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a

una muerte tranquila, que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible".[14]

Desde la *International Council of Nurses*, proponen un concepto en el que se incluyen como propias de la profesión las actividades de promoción y prevención, además de la atención en situación de enfermedad: "La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, en todas sus configuraciones. Enfermería incluye promoción de salud, prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y al morir […] apoya la promoción de un entorno seguro, la investigación y la participación en la formulación de políticas de salud. La gestión de los sistemas de salud y educación son también esenciales para la enfermería".[15] La OMS afirma que "la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal".[16]

Estas aportaciones sobre el concepto de enfermería insisten en la atención al individuo sano, enfermo y en situación terminal, especificando las dos últimas la atención a las familias, grupos y comunidades, y la importancia de la promoción de salud y prevención de enfermedades, mencionadas por Henderson como "actividades que contribuyen a su salud". El CIE completa su definición con las funciones investigadora, administradora y docente propias de enfermería, reguladas actualmente en nuestro país por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que determina que son "la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades".[17]

Para precisar las características de la disciplina enfermera es necesario definir los conceptos de persona, salud y entorno, ya que son los conceptos desarrollados por los diferentes teóricos y la manera de relacionarlos identifica el campo de la disciplina. La persona es un todo y es más que la suma de cada una de sus partes (biológica,

psicológica, social, cultural y espiritual), pues todas están interrelacionadas. La salud es presentada de diferentes maneras, según el modelo, en continuidad con la enfermedad, como un valor, un estado, un proceso, o como reflejo de cambios en la persona. El entorno es percibido como la estructura interna y las influencias externas de la persona, incluyendo familia, comunidad y sociedad, así como el entorno físico.[18]

La enfermería psiquiátrica y de salud mental es un área especializada de la práctica de la enfermería que aplica las teorías del comportamiento humano como marco científico para prevenir la enfermedad mental, tratar los trastornos mentales y facilitar la rehabilitación del paciente.[19] Es en el siglo XX cuando aparecen los primeros modelos de cuidados para enfermos mentales de la mano de Dorotea L. Dix y Linda Richards. Pero el auge de la especialidad tiene lugar en 1952, cuando H. Peplau en *Relaciones interpersonales de enfermería*[20] proporciona un marco conceptual en el que lo enfermeros podían prestar cuidados de forma sistemática en el campo de la enfermería psiquiátrica y la salud mental.[21,22] Varias teorías de enfermería definen conceptos relacionados específicamente con la enfermería psiquiátrica, como la teoría de la interacción de Peplau centrada en la relaciones interpersonales; la teoría conductual de la enfermería de Orem basada en las deficiencias del propio cuidado; la teoría de la adaptación de Roy, basada en las respuestas conductuales al estrés y al entorno y la teoría del devenir humano de Parse, que propone la calidad de vida desde la propia perspectiva de cada persona.[19,21]

3.1.2. Metodología de los cuidados enfermeros

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Permite identificar el estado de salud de un individuo, familia o grupo y las necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como realizar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a estos.[23,24] El proceso de enfermería es cíclico, es decir sus componentes siguen una secuencia lógica. Hay acuerdo en que se desarrollen cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y, por último, evaluación.

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de información que permita identificar las necesidades y las características de estas, con el fin de dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados y adaptar

la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario. Puede ser inicial, focalizada (necesidad o problema determinado), urgente y nueva valoración después de un tiempo, para comparar el estado actual respecto a los datos iniciales.[25]

Nuestro trabajo se centrará en la valoración psiquiátrica y geriátrica, que explicaremos más adelante. Para alcanzar los objetivos de salud es imprescindible que el trabajo de enfermería se base en una valoración global de la persona o grupo. Sin embargo, con frecuencia se olvida el bienestar mental y social. La salud mental es un estado de buen funcionamiento psíquico, que se traduce en actividades productivas, relaciones satisfactorias, la capacidad de adaptarse a los cambios y enfrentarse a la adversidad, es imprescindible para el bienestar personal, para las relaciones familiares e interpersonales y la contribución a la sociedad.[26] En la bibliografía actual sobre enfermería psiquiátrica, el modelo de recogida de datos más aceptado es el de los patrones funcionales de Marjory Gordon, que aconseja la valoración de 11 patrones de salud, utilizando pautas de conducta en el tiempo más que hechos aislados, incorporando una visión fisiológica, psicológica o sociológica del individuo. Los patrones funcionales fueron propuestos por Gordon para servir como medio de identificación de diagnósticos enfermeros, proporcionando un marco estructurado para la valoración del individuo.[27]

La etapa de diagnóstico consiste en elaborar un juicio clínico, mediante los datos obtenidos en la valoración. Los diagnósticos son etiquetas que identifican las situaciones de cuidados, utilizando un lenguaje homogeneizado que permita la comunicación clara entre todos los miembros del equipo de enfermería.[28] La taxonomía más utilizada actualmente es la propuesta por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)[29], creada en 1982 con el propósito de definir, perfeccionar y fomentar uso generalizado de los diagnósticos de enfermería. Su actualización se lleva a cabo cada dos años.

Durante la etapa de planificación, el profesional y el paciente desarrollan los objetivos del paciente o resultados esperados y las intervenciones de enfermería destinadas a prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente. Los datos de la valoración y los enunciados diagnósticos sirven para orientarnos en esta etapa, estableciendo prioridades respecto a los problemas. El producto de esta fase es un

plan de cuidados individualizado del paciente. Al igual que en la valoración también existen varios tipos: inicial, continuada y al alta. Estos objetivos son el referente para poder medir el efecto de las acciones realizadas y, por lo tanto, imprescindibles en la evaluación de los resultados. En esta etapa se hace referencia a los protocolos de actuación, a los proyectos NIC[30] (*Nursing Interventions Clasification*), que utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, y NOC[31] (*Nursing Outcomes Classification*), que estandariza el nombre y las definiciones los resultados.

Una vez desarrollado el plan de cuidados, se procede a su ejecución, que consiste en llevar a cabo las intervenciones planificadas anteriormente, así como registrar estas actividades y las respuestas del paciente.[28]

La evaluación consiste en determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios. Aunque sea considerada la quinta y última etapa del proceso enfermero, las acciones que comporta se llevan a cabo a lo largo y en cualquier momento del mismo.[32]

3.2. ENVEJECIMIENTO

3.2.1. Concepto

El envejecimiento es un fenómeno natural, presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte.[33] Es un proceso dinámico, continuo e inherente a todos los seres humanos.[34] Ya en 1990, Schneider y Rowe[35] definieron el envejecimiento como el "deterioro progresivo de un organismo vivo tras alcanzar la madurez de su forma y función y que es universal, progresivo, intrínseco y degenerativo.". La Organización Mundial de la Salud[36] lo define como "el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales."

Hasta hace muy poco, la etapa de la vejez ha sido considerada como una prolongación de la fase de persona adulta, caracterizada por las pérdidas y en la que se homogeneizaba a los individuos.[37] Actualmente sabemos que es un proceso individual

y muy variable, ya que ocurre en diferente tiempo, modo, ritmo y velocidad dependiendo de cada persona. Esto es debido a su carácter multifactorial, que implica factores genéticos, socioculturales e psicológicos, que se construyen durante el ciclo vital.[38] De tal manera que no está claro el momento de la vida en que se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor importancia lo individual y lo social.

3.2.2. Cambios biopsicosociales durante el envejecimiento

En el proceso de envejecimiento se pueden identificar modificaciones a nivel físico, psíquico y social. Las modificaciones físicas que se producen durante el proceso de envejecimiento afectan tanto a la estructura anatómica como a la funcionalidad orgánica, lo que genera en el organismo una disminución de la eficacia funcional.[39] Estos cambios anatomofisiológicos también ocurren a nivel de las estructuras cerebrales, afectando al sistema nervioso y a otros órganos que intervienen en las funciones cerebrales.

Los cambios psicológicos más importantes se manifiestan en las funciones cognitivas y la afectividad.[40] Entre las alteraciones de las funciones cognitivas destacan el enlentecimiento de los procesos mentales, la modificación de la forma de aprendizaje y la modificación en el funcionamiento de la memoria.[41] La capacidad del lenguaje, la comprensión, fonética y sintaxis se encuentran mínimamente afectadas, mientras que la fluidez verbal se deteriora con la edad. Otras capacidades afectadas son el pensamiento abstracto, la orientación visoespacial y las funciones ejecutivas. A pesar de estas generalidades, no parece haber un patrón uniforme y universal de declive cognitivo. Mientras unas funciones se deterioran, otras se mantienen o incluso aumentan, además existe una gran variabilidad interindividual.[42]

Respecto a la vida afectiva, no está claro se vea alterada en esta etapa vital. Sin embargo, sí que se suelen dar ciertos sentimientos de inutilidad o impotencia frente a determinadas situaciones y de certeza de que la propia muerte es cada vez más cercana causados por diversas pérdidas (familiares y amigos, trabajo, salud…).[37] El ingreso en una residencia supone una serie de pérdidas de diferente índole acontecidas en el entorno de la persona ingresada. Todos estos factores influyen en gran medida en la aparición de trastornos del ánimo.

Al contrario de las creencias extendidas en la sociedad, la personalidad parece estable en este grupo etario; simplemente se va modulando la personalidad previa, debido a la influencia de las experiencias vividas a lo largo de la vida.[40]

En cuanto a los cambios sociales, los principales son los referidos a la familia, jubilación, estado de viudedad o la soledad, entre otros. La sociedad tiende a asignar a cada grupo de edad un rol específico. En nuestra cultura, se encuentran arraigadas ciertas conductas edadistas, procedentes de marcados estereotipos negativos acerca de la vejez, apreciándose como un estado de déficit físico y mental, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social.[43,44]

Las relaciones familiares van cambiando durante esta etapa según la capacidad funcional de mayor, pasando de ayudar a la familia responsabilizándose del cuidado de los nietos a invertirse esta situación cuando aparecen los problemas de salud y dependencia. Situación muy relacionada con la evolución que ha sufrido el concepto de familia tradicional y de cuidado de sus miembros en los últimos años. Por ejemplo en España, hasta hace apenas veinte años el cuidado de las personas mayores era asumido por la familia, mientras que en la actualidad, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, se recurre a alternativas como la ayuda a domicilio, los centros de día o la institucionalización.[45]

3.3. RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

La institucionalización constituye en sí misma un factor de riesgo de aparición de trastornos afectivos, particularmente en el período inmediato al ingreso[46], por esta razón hemos decidido centrarnos en este ámbito para el desarrollo de nuestro trabajo. La prevalencia de depresión es 20-40%[9,10] significativamente más elevada que entre los mayores de residentes en la comunidad.

Según el estudio del Ministerio de Sanidad publicados en el Libro blanco del envejecimiento activo[4], en España el 3,3% de la población mayor de 65 años vive en residencias para personas mayores. Estos datos muestran una proporción mucho menor que la de otros países desarrollados (5-15,5%).

3.3.1. Concepto de residencia para mayores

Las residencias geriátricas son establecimientos socio-sanitarios, que ofrecen una atención integral y continuada de carácter personal, social y sanitario. Pueden tener carácter permanente o temporal, con motivo de vacaciones, fines de semana, convalecencia, enfermedades o descansos de los cuidadores no profesionales.[47] Generalmente, en todas las residencias ofrecen los siguientes servicios: alojamiento, cuidados personales y alimentación, atención social y psicológica, asistencia sanitaria y atención geriátrica y rehabilitadora.

Existen varias formas de clasificar las residencias para mayores según qué criterios utilicemos, el de nivel de dependencia de los residentes o el de titularidad del centro. Si nos centramos en el perfil de los residentes (aunque actualmente se encuentra en desuso) pueden ser:[11]

- Centros para válidos: destinadas a personas mayores que realizan de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria.
- Centros para asistidos: para personas dependientes para las actividades básicas de la vida diaria.
- Centros mixtos: donde acceden tanto mayores autónomos como dependientes.
- Centros monográficos: atienden a personas con un problema específico (por ejemplo, las residencias psicogeriátricas).

También pueden clasificarse en función a su titularidad.[37]

- Centros de titularidad pública.
- Centros de titularidad religiosa sin fines lucrativos.
- Centros de titularidad privada sin fines lucrativos.
- Centros de titularidad privada con fines lucrativos.

3.3.2. Perfil del usuario

El perfil básico de los residentes responde a personas que por su problemática social y/o sanitaria no pueden ser atendidos en su propio domicilio y requieren de ayuda externa. Un porcentaje de hasta un 70% según Sáez et al[47], requieren asistencia sanitaria que no pueden recibir en su hogar. El envejecimiento poblacional

experimentado en las últimas décadas en España ha traído consigo un aumento de las personas con pluripatología, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno. Además, ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Los principales factores que se asocian con la necesidad de asistencia sociosanitaria son la ausencia de cuidador, ser mujer, la presencia de deterioro cognitivo y presentar incapacidad grave. Según el INE[8] en 2008, de las casi 300.000 personas residentes en centros, 269.139 declaran tener alguna discapacidad. Esto supone que más de nueve de cada diez personas residentes en los centros presenta alguna limitación.

La edad y ser mujer aumentan la probabilidad de vivir en una residencia para mayores. Según la bibliografía consultada[47,48], hasta el 80% de los residentes pertenecen al sexo femenino. Esto puede ser debido a que tienen una mayor esperanza de vida (84,7 años frente a un 78,7 en hombres[49]) y que hay un mayor porcentaje viudedad entre las mujeres, que también es una característica del perfil del mayor institucionalizado.[50] En lo que respecta a la edad, la media suele ser de 80-85 años, aunque hay una creciente tendencia a ingresar en estos centros a adultos jóvenes con enfermedades psiquiátricas, retraso mental o daño cerebral.[48] A pesar de estas excepciones, la proporción de residentes aumenta según lo hace su edad. El informe 2008 del IMSERSO[51] refiere que, en España, el número de mayores en residencias pasa de un 1,5% en el grupo de edad de 75 a 84 años a un 4,6% entre los que superan los 85 años, también predominan las personas procedentes del ámbito rural. Las investigaciones sugieren que los limitados servicios sanitarios, la falta de apoyo social o la mayor proporción de personas con bajo nivel de escolaridad en el medio rural pueden promover dificultades adicionales en la rutina diaria de las personas mayores, lo que contribuye a la presencia síntomas depresivos.[52]

Entre las patologías más prevalentes en las residencias para mayores cabe destacar el ictus, la Diabetes Mellitus y enfermedades neurológicas de alteración de la

conducta, como la enfermedad de Parkinson la enfermedad de Alzheimer y la demencia senil.[48,53]

3.4. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

El concepto de trastorno del estado de ánimo es definido como una enfermedad cuya característica principal es una alteración del humor, que produce sentimientos desproporcionados de euforia o tristeza, en cuanto a intensidad o duración, que suelen ir acompañados de ansiedad, alteraciones del sueño, el apetito y la sexualidad y de otros síntomas somáticos. Además generan alteraciones de la conducta y del nivel de autoestima.[54,55,56]

Los criterios considerados como el estándar ideal para el diagnóstico de depresión, son los propuestos por el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales[57] (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), que recoge una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. Los trastornos del estado del ánimo se clasifican, según la edición vigente DSM-5, en trastornos depresivos o depresión unipolar, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los **episodios afectivos** (depresivo mayor, maníaco, mixto e hipomaníaco) sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

Respecto a la depresión unipolar, está clasificada en depresión mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. El concepto clave para definir los trastornos depresivos es el de episodio depresivo mayor (anexo 1). Se clasifican en niveles, de ligero a y grave, que puede ser con síntomas psicóticos o sin ellos. También puede encontrarse en estado de remisión parcial o total, cuando no ha habido signos y síntomas significativos en los 6 meses anteriores.[55]

El **trastorno depresivo mayor** (anexo 2) se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, delirante o

psicótico no especificado. El episodio puede ser único o recurrente. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno distímico** (anexo 2) se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

En el caso de presentar características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo se denomina **trastorno depresivo no especificado**. También se clasifica como tal cuando la información sobre los síntomas depresivos es inadecuada o contradictoria.

En cuanto a los **trastornos bipolares** existen: el trastorno bipolar I, que se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores; el trastorno bipolar II, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco; el trastorno ciclotímico, que se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor y el trastorno bipolar no especificado, que presenta características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica o de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

Existe un último tipo de trastorno que incluye síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo concreto, que es el denominado **trastorno del estado de ánimo no especificado.**

3.4.1. Trastornos depresivos

Dentro de esta clasificación profundizaremos en los trastornos depresivos unipolares, ya que es el tema de desarrollo de nuestro trabajo. De todos los trastornos del ánimo, es sin duda la depresión el más importante por su frecuencia, por su evolución y por la alteración que produce en la vida de aquel que la padece. Según Jonis, la Organización Mundial de la Salud afirma que en el mundo habría 300 millones de enfermos depresivos (3-5% de la prevalencia mundial) y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.[58] En el ámbito comunitario, entre el 10-20% de las personas que acuden a consulta padecen depresión. Esta cifra asciende hasta el 50% en consultas de psiquiatría.[56] La prevalencia de los trastornos depresivos en adultos mayores varía entre el 7-36% en pacientes ambulatorios, según datos recientes.[5] La prevalencia del trastorno depresivo mayor en se sitúa entre el 1-6%, la distimia entre 3-20% y los trastornos mixtos de ansiedad-depresión hasta el 13%.[59] Estas cifras varían según la población de referencia, la metodología utilizada y la inclusión o exclusión de pacientes con trastornos cognitivos (por norma general se excluyen), los cuales presentan alteraciones afectivas en un porcentaje muy elevado de los casos. Respecto a la prevalencia de depresión en residencias geriátricas, las cifras del Instituto Nacional de Estadística en 2009 indican que es del 19,9%, un 7% en varones y un 12,9% en mujeres.[8] Otros estudios realizados en España dan unas cifras incluso superiores, entre un 20-40%[9] y, el más reciente encontrado 39,6 %.[10]

Los trastornos depresivos están caracterizados por un descenso persistente en el ánimo o desinterés generalizada por casi todo lo que rodea al individuo, junto con un descenso marcado de la actividad física y psicofisiológica, manifestada a través de la falta de motivación, apetito y líbido, insomnio y, en los casos más graves, por la pérdida de las ganas de vivir, lo que puede llevar al suicidio.[60]

La depresión es un trastorno cíclico y con tendencia a la recurrencia. Alrededor de un 60-80% de las personas que experimentan un primer episodio sufrirán una recurrencia. Además la probabilidad de recurrencia aumenta con el número de episodios previos.[54] Los principales factores de riesgo para una evolución poco favorable y una mayor probabilidad de recurrencia son la edad avanzada, pertenecer al

sexo femenino, tener un bajo nivel educativo, la falta de apoyo social, padecer trastornos de personalidad y el consumo de tóxicos. [61]

- **Factores de riesgo**

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores, tanto biológicos como psicosociales. En el anexo 3 se exponen los principales factores, que desde atención primaria se tienen en cuenta para una detección precoz.

En cuanto a los factores biológicos, es significativo el componente genético en la transmisión de los trastornos del ánimo, que condicionan una cierta vulnerabilidad y predisposición familiar. Se distingue entre los antecedentes familiares, la patología afectiva y la personalidad predispuesta de algunos sujetos, generalmente excesivamente perfeccionistas, autoexigentes, hiperresponsables y dependientes de los demás.[56,62]

Las evidencias señalan la implicación de algunos neurotransmisores, citoquinas y hormonas en el desencadenamiento y el curso de la depresión, como trastornos del eje adrenal o del eje tiroideo, alteraciones de los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina o alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas.[56] Algunas de estas sustancias no son generadas autónomamente por el organismo, sino que son producidas por el metabolismo de algunos aminoácidos esenciales. De ahí la importancia de una alimentación adecuada en la prevención y remisión de la depresión. Igualmente importante es la realización de ejercicio físico, en este caso debido a la producción de endorfinas, óxido nítrico y ciertos neurotransmisores.[60]

Respecto a los factores psicosociales, los principales son el temperamento, acontecimientos vitales desencadenantes, estrés psicofísico, falta de recursos adecuados de apoyo social, frustración crónica, agotamiento, pérdida de valores, marginalidad y fracaso laboral. También otros como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico o el nivel educativo.[62,63]

- **Criterios diagnósticos**

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia y una exploración que incluya una valoración neurológica y del estado mental. Las técnicas diagnósticas para los trastornos depresivos comprenden la entrevista clínica, la

observación, autorreferencias y registros fisiológicos, que habrá que adaptar a las particularidades de la sintomatología de las personas con trastornos depresivos, como las dificultades en la concentración, la fatiga y la falta de motivación.[60]

En cuanto a los mayores, la detección desde enfermería se realizaría por medio de la valoración geriátrica integral, que es un instrumento diagnóstico terapéutico que consiste en la valoración de los problemas biológicos, mentales, funcionales y sociales de las personas mayores con el fin desarrollar medidas tanto terapéuticas como preventivas respecto a dichos problemas.[64] La valoración geriátrica abarca las siguientes áreas: biológica, funcional, cognitiva, psicoafectiva y sociofamiliar. En nuestro trabajo nos centraremos en las tres últimas, que son específicas para valorar el estado mental. Esta puede ser llevada a cabo mediante la observación y la entrevista o de forma estructurada mediantes diversas escalas de valoración.[65]

En la entrevista preguntaremos al paciente sobre algunos detalles de su vida diaria, como sus hábitos de sueño, sus ocupaciones, su familia, amigos, cuidadores, si los precisa, y otros sistemas de apoyo, hábitos tóxicos, problemas o preocupaciones referentes a la actividad sexual e indagaremos sobre si tiene problemas no resueltos, tristeza, depresión o pérdida de interés en las actividades usuales.[66] En caso de demencia o dificultades en la comunicación será de mucha utilidad la información reportada por familiares, cuidadores informales[59] o, en el ámbito de nuestro trabajo, los profesionales sanitarios de las residencias.

Las escalas de valoración son instrumentos de detección utilizados por el equipo interdisciplinar, en el que está incluido el profesional de enfermería, para la detección precoz de los trastornos depresivos, en este caso, y la posterior derivación al psiquiatra. Se elegirá el método que mejor se adapte a las preferencias del paciente, la población a la que se dirige y el contexto clínico, para que proporcione pruebas cualitativas y cuantitativas de la gravedad de los síntomas.[55] Sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir la evaluación e interacción con el paciente y familiares. Los instrumentos más empleados para la valoración cognitiva son la escala Mini-Mental State Examination de Folstein, la escala mental de Pfeiffer y la escala de incapacidad psíquica de la Cruz Roja. Conocer el funcionamiento cognoscitivo del mayor puede parecer en principio poco relevante para la detección de los trastornos depresivos, sin embargo, como explicaremos

posteriormente, uno de los síntomas clínicos característicos de la depresión, en este grupo etario, son las alteraciones cognitivas, como la disminución de la memoria y la atención o las alteraciones de la concentración. Para la valoración psicoafectiva se utiliza principalmente la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y otros test frecuentemente empleados, descritos en el anexo 4. En la valoración sociofamiliar no es frecuente el uso de escalas, sino que se realiza durante la entrevista mediante preguntas directas sobre algunos aspectos de interés en el cuidado del mayor, destacando los recursos materiales (dinero, vivienda), las relaciones familiares, actividades sociales y la ayuda externa.[64,65,67]

- **Tratamiento**

El tratamiento de la depresión está basado en el tratamiento farmacológico con antidepresivos en combinación con medidas psicoterapéuticas.

La psicoterapia es el tratamiento de los problemas emocionales mediante la relación entre el paciente y el terapeuta con sus experiencias interpersonales.[68] Se requiere explicar el carácter temporal y el pronóstico favorable de la enfermedad, evitando la toma de decisiones trascendentes e intentando implicar al entorno en el proceso curativo. Según Farreras las psicoterapias son muy efectivas, especialmente en casos menos graves, e incluyen la psicoterapia dinámica, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.[61]

Desde el punto de vista farmacológico, los antidepresivos son los fármacos de elección en el tratamiento de este tipo de trastornos. Existe una gran variedad de familias farmacológicas, como son los antidepresivos tricíclicos (ATC), inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de la serotonina y noraadrenalina (IRSN), antidepresivos atípicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).[54] Todos ellos requieren un período de latencia antes de iniciar el efecto terapéutico, que está entre 10 y 15 días. La medicación debe administrarse en la dosis adecuada y durante el tiempo suficiente. Puede ser necesario ajustar la dosis para conseguir el efecto adecuado. Se aconseja continuar el tratamiento en períodos de mantenimiento prolongados, mínimo 6 meses-1 año, para prevenir la aparición de recaídas. La depresión recurrente puede requerir tratamiento profiláctico durante un periodo prolongado de tiempo.[60] Desde enfermería se debe

valorar la adherencia al tratamiento, las contraindicaciones, vigilar la aparición de efectos adversos e interacciones farmacológicas y alimenticias y educar al paciente en el uso adecuado de estos medicamentos.[56,69]

Otros tratamientos, como privación del sueño, fototerapia en la depresión estacional, estimulación magnética transcraneal, estimulación cerebral profunda o del nervio vago, se usan con menor frecuencia y permanecen en un grado experimental y únicamente se llevan a cabo en unidades especializadas.[61]

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en el uso de corrientes eléctricas para inducir crisis convulsivas. Se utiliza en los casos de depresión de mayor gravedad, tales como la depresión psicótica, estupor melancólico o depresión resistente. Las intervenciones de enfermería consisten en la educación previa al TEC (informar sobre beneficios esperados y posibles riesgos), la obtención del consentimiento informado, la preparación del paciente para el tratamiento, la atención durante el procedimiento y la asistencia durante la recuperación.[19] Se han reducido y erradicado la mayor parte de los efectos adversos, aunque sigue siendo frecuente la aparición de cefaleas, desorientación y tratarnos de la memoria.[70]

- **Depresión como síndrome geriátrico**

Al referirnos a los grandes síndromes geriátricos, estamos identificando cuadros clínicos que destacan en el campo de la geriatría por su importancia, prevalencia y repercusiones a distintos niveles.[71] La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica.[6] Es una situación crónica o recurrente que tiene graves consecuencias en este grupo etario: aumenta por cuatro la mortalidad, produce un impacto negativo en la calidad de vida y se ha convertido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Su prevalencia es de 7-36% en la comunidad[5] y 20-40% en residencias para mayores.[8,9,10], a pesar de estos datos, se considera que los trastornos de ánimo están infradiagnosticados e infratratados en la personas mayores: menos de un 20% de los casos son diagnosticados y tratados, e incluso en aquellos que reciben tratamiento, la utilidad de las intervenciones parece ser modesta.[72]

Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo descritos en el DSM-5 son aplicables a los pacientes mayores, sin embargo existen algunas variaciones en este

grupo. La principal diferencia es que el humor suele ser menos deprimido y la disforia es menos prevalente que otros síntomas, como los síntomas hipocondriacos y quejas somáticas relacionadas con dolores, altamente frecuentes en los trastornos depresivos en adultos mayores. Otro de los síntomas clínicos más característicos en los mayores es el alto porcentaje de alteraciones cognitivas (disminución de la memoria y la atención, alteraciones de la concentración…), lo que dificulta el diagnóstico diferencial respecto a la demencia. Asimismo, presentan con más frecuencia sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo culpabilidad, nihilismo, persecución, celos…) así como síntomas melancólicos (pérdida de placer, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia, sentimientos de culpa…). Otros síntomas descritos en este grupo etario pueden ser los síntomas psicomotores (agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas, anorexia, pérdida de peso y alteraciones de la funcionalidad.[59,72]

En general, los mayores tienen mayor riesgo de recaídas cuando ya han presentado un trastorno depresivo y el tiempo necesario para alcanzar la remisión aumenta cuando existe una enfermedad médica concomitante[73], situación frecuente en este grupo de población. El deterioro cognitivo, la gravedad del episodio depresivo, la presencia de comorbilidad y la discapacidad son también factores que empeoran el pronóstico.[72]

4. OBJETIVOS

General:

- Analizar el abordaje desde el punto de vista de enfermería en mayores con trastorno depresivo institucionalizados en residencias geriátricas.

Específicos:

- Identificar los principales factores relacionados con los trastornos depresivos en el adulto mayor institucionalizado.
- Definir los métodos de detección y escalas de valoración de los trastornos depresivos más utilizados en residencias para mayores.
- Describir el abordaje de los cuidados de enfermería en mayores institucionalizados en residencias geriátricas que padecen depresión.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio de revisión bibliográfica, llevado a cabo entre diciembre de 2014 y abril 2015.

Estrategia de búsqueda:

1. Elegimos las siguientes palabras clave: depresión, residencias, enfermería, mayores, depression, nursing homes, nursing, elderly. Los operadores booleanos usados fueron: depresión AND residencias, depresión AND mayores, depresión AND mayores AND enfermería; y los truncamientos: depres*, mayor*, enfermer*.
2. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos y portales bibliográficos en el campo de búsqueda avanzada:
   - Cuiden[74]: Base de datos que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados.
   - PubMed[75]: Base de datos de MEDLINE de citaciones y resúmenes de artículos de investigación biomédica.

- Scielo España[76]: Biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos.
- Dialnet[77]: Portal bibliográfico de acceso libre y gratuito que cuenta con una base de datos de contenidos científicos hispanos, exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, y que permite el depósito de contenidos a texto completo.
- Elsevier[78]: Portal bibliográfico líder global en edición técnica en Medicina y Ciencias de la Salud, con más de 20.000 libros, 2.000 revistas científicas y bases de datos en Internet del mayor prestigio y difusión en 180 países.
- Google Académico[79]: Buscador bibliográfico que permite realizar tales búsquedas en un gran número de fuentes y disciplinas.
- LILACS[80]: Base de datos de la literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe. Desde hace 29 años contribuye al aumento de la visibilidad, del acceso y de la calidad de la información en la Región.

3. Se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Artículos científicos. • Estudios relacionados con los objetivos de nuestro trabajo. • Estudios editados entre el año 2005 y el 2015. • Estudios escritos en lengua española, inglesa o portuguesa.	• Estudios que no estén disponibles a texto completo. • Estudios realizados con anterioridad al año 2005. • Literatura gris. • Cartas al director. • Estudios escritos en idiomas distintos al español, inglés y portugués.

4. Se valoró la pertinencia de los artículos en base a los objetivos propuestos mediante lectura del resumen.
5. Se realizó búsqueda de los artículos a partir de las referencias bibliográficas seleccionadas.
6. Se recuperaron y analizaron 31 artículos (anexo 5).

6. RESULTADOS-DISCUSIÓN

Se analizaron 31 artículos que cumplen los criterios de inclusión y están relacionados con los objetivos. Presentamos los resultados estructurados en base a los objetivos propuestos.

6.1. FACTORES RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Obtuvimos 17 artículos que profundizan en el tema de los factores asociados a la depresión en el ámbito específico de las residencias para mayores, 15 de ellos eran estudios descriptivos y dos revisiones bibliográficas. Una vez analizados se exponen los siguientes resultados clasificados en los cuatro principales factores de riesgo hallados: institucionalización, factores sociodemográficos, biológicos y psicosociales.

- **Institucionalización**

Estudios que comparan la depresión, en residencias para mayores y en la comunidad, ponen de manifiesto que la institucionalización es uno de los factores asociados a los trastornos depresivos en adultos mayores, siendo las prevalencias de 31,6-38% y 17-26% respectivamente, añadiendo que además entre los residentes, término que emplearemos para referirnos a las personas institucionalizadas en residencias para mayores, los síntomas son más severos.[81, 82, 83] Estamos de acuerdo con las razones que aportan Marinho et al[84] en su estudio para justificar esta situación, que hacen referencia la alta dependencia funcional y la presencia de un número mayor de enfermedades en los residentes. Cabe destacar que la satisfacción de los residentes con la institucionalización influye en su estado de ánimo, especialmente en lo referente al personal que le atiende, la comida y el propio centro. [85,86]

También el hecho de llevar menos de un año institucionalizado es un importante factor relacionado[87], como evidencia un estudio llevado a cabo en residencias estadounidenses[88], donde destaca una amplia diferencia entre la prevalencia de depresión entre los mayores en su primer año de estancia en el centro (54%) y los residentes de más de un año (21%). Este dato puede tener relación con que el primer año de institucionalización está caracterizado por numerosas trasformaciones en su vida. El cambio a un entorno desconocido siempre requiere un

de periodo de adaptación. Por ello, pensamos que puede llegar a condicionar la aparición de la depresión, pues deben aprender a vivir en un nuevo medio, convivir con nuevas personas y aceptar ciertas reglas y horarios establecidos. La propia percepción que la persona tiene acerca de esta nueva situación influye notablemente en su adaptación, como destaca el trabajo de Real[89], que halló una relación entre el estado de ánimo y la autopercepción de la calidad de vida. Asimismo, consideramos que las ideas preconcebidas sobre las residencias para mayores pueden repercutir negativamente en el estado de ánimo del mayor al ingreso. Aunque el concepto de residencia, antes llamadas asilos, ha evolucionado mucho en estos últimos años, aún prevalecen en la sociedad ciertos prejuicios sobre estos centros y los mayores pueden percibir esta situación como un rechazo por parte de su familia o verse a sí mismos como una carga para ellos.

- **Factores sociodemográficos**

Respecto a las características sociodemográficas, analizaremos la asociación de los trastornos depresivos con el género, la edad, el estado civil, la escolaridad y la raza. La mayoría de los estudios hallaron una relación significativa entre ser mujer y la presencia de síntomas depresivos[90,91] en las instituciones, igual ocurre en la comunidad.[63] Sólo un artículo de los analizados, que realizó un seguimiento en 17 residencias para mayores, no halló diferencias entre ambos sexos, pero observó que entre las mujeres existía mayor prevalencia de depresión grave y entre los hombres era mayor la de depresión leve.[85] Existe más desacuerdo en relación a la edad, la mayoría de artículos afirman que los trastornos depresivos son más prevalentes en mayores de 80 años[10,82] y que esta aumenta a medida que lo hace la edad.[86] Otros trabajos, por el contrario, hallaron que la depresión era más frecuente en los residentes más jóvenes, entre 60 y 79 años.[85,87] En cuanto al estado civil, se detectó como factor de riesgo de depresión ser soltero o viudo[82,90] excepto un estudio iraní que halló una prevalencia más alta entre los casados.[85] El hecho de que haya mayor proporción de mujeres con depresión puede estar relacionado con que el estado civil de viudedad sea un factor asociado, ya que existe hay mayor número de mujeres viudas[50], debido a que su esperanza de vida es más alta que la de los hombres. Otros datos sociodemográficos asociados con los trastornos depresivos fueron el

analfabetismo[82,87] y la raza caucásica.[92] Un mayor nivel de escolarización aporta al individuo un mayor número de recursos, lo cual creemos que facilita la adaptación al centro y el afrontamiento de los cambios en la vida diaria.

- **Factores biológicos**

Como factores biológicos relacionados se encontraron la presencia de otras enfermedades concomitantes y los cambios de las estructuras cerebrales, así como la dependencia, tanto física como psíquica, y el estado nutricional.

Los autores que analizan los factores etiológicos describen que las anormalidades de ciertas estructuras cerebrales pueden ser causa de la aparición de trastornos del ánimo.[93] El estudio de Bastidas[94], que aborda la relación etiológica de las enfermedades médicas y la depresión, destaca que estas anormalidades pueden producirse debido a que enfermedades como la Diabetes Mellitus, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y las enfermedades cardiovasculares, provocan un deterioro anatómico y funcional en las estructuras corticales y subcorticales y en los sistemas endocrinos. En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, los trastornos depresivos sólo están presentes en las fases iniciales, ya que en fases avanzadas los síntomas desaparecen por la afectación de las funciones cognitivas, que impide detectar cambios en el estado de ánimo y expresarlos.

Otras enfermedades asociadas a los cambios en el estado de ánimo, muy prevalentes en residencias geriátricas, son las fracturas de cadera, el dolor crónico y la incontinencia urinaria.[93] Además, se afirma que la depresión también puede surgir como reacción emocional ante enfermedades crónicas, ya que sus implicaciones en la salud y en el funcionamiento individual y social pueden exceder los recursos de afrontamiento del individuo, haciendo al individuo más vulnerable a los síntomas depresivos.[94] Consideramos relevante este hecho debido a la relación existente entre la presencia de enfermedades crónicas y el proceso de envejecimiento. De igual forma y como describimos en el perfil básico del mayor institucionalizado en centros geriátricos, un 70% de los residentes precisan atención sanitaria que no pueden recibir en sus hogares.[47]

Las enfermedades antes mencionadas tienen en común que todas pueden conllevar a una discapacidad y dependencia funcional. Tanto la dependencia para las

actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se revelaron como factores de riesgo de depresión en el ámbito de las residencias para mayores. En un estudio de prevalencia de depresión y factores asociados en una residencia de Zaragoza[10] se valoró que la discapacidad y una mayor dependencia para las AIVD (Lawton y Brody menor de 3) eran factores asociados de la depresión, también estaba relacionado con una menor dependencia para las ABVD, es decir, con unos resultados en la escala de Barthel más altos. Este último resultado es una excepción, pues el resto de artículos analizados muestran una relación significativa entre depresión y dependencia para las ABVD.[86,95] El estudio de Gaboda et al[92], matiza que la depresión es más frecuente en personas dependiente de las AVD, pero no totalmente. Consideramos que esta relación entre discapacidad, dependencia funcional y depresión puede estar ligada al hecho de que exista una mayor prevalencia en residencias, ya que, como apuntan datos del INE referidos anteriormente, nueve de cada diez residentes declaran tener alguna discapacidad.

En cuanto al deterioro cognitivo, no hay resultados concluyentes. Uno de los artículos afirma que la depresión es más prevalente en los mayores con un mayor deterioro cognitivo[91], otro estudio especifica que en mayores con una daño cognitivo moderado[92] y, un último artículo afirma que es más alta la prevalencia en los residentes con un deterioro cognitivo menor.[10] Uno de los principales síntomas clínicos de la depresión en este grupo etario son las alteraciones cognitivas[72], lo que complica su diagnóstico diferencial y puede ser la razón de la falta de consenso.

Respecto al estado nutricional, un estudio realizado en centros sociosanitarios de la Comunidad de Madrid[95] evidencia una relación entre el estado nutricional de los mayores con la presencia de síntomas depresivos. Este dato es importante en el ámbito residencial ya que, como apunta dicho estudio, la malnutrición afecta a alrededor de un 60% de los residentes de centros geriátricos, datos que concuerdan con los obtenidos por otros autores. Los resultados obtenidos muestran una correlación negativa entre los valores de la escala Mini-Nutritional Assessment (MNA) y los de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), por lo que se concluye que un estado nutricional inadecuado es un factor de riesgo para la depresión, ya que una ingesta

inadecuada de nutrientes puede perjudicar seriamente la síntesis de algunos neurotransmisores. Asimismo, un estado nutricional adecuado tiene un efecto protector respecto a la depresión y una influencia positiva sobre la enfermedad. Entre los residentes con síntomas depresivos, un 75,9% habían experimentado una disminución de su apetito de forma severa, por los que pensamos que esto puede causar un mecanismo de retroalimentación respecto a la gravedad de la depresión.

- **Factores psicosociales**

Las modificaciones en la dimensión psicosocial de los mayores institucionalizados en residencias pueden influir de forma negativa en su estado de ánimo. Distintos autores abordan la importancia del ocio, concluyendo que existe una mayor prevalencia de depresión en los mayores que le dan menos importancia a las actividades de ocio, además concretan, que entre los residentes que pasaban su tiempo de ocio descansando en la habitación eran más frecuentes los trastornos depresivos que entre los que lo pasaban al aire libre.[85,91]

El apoyo social y familiar es otro elemento a tener en cuenta, tal y como demuestra un estudio llevado a cabo en Brasil[90] en el que se analizan la relación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos, concluye que los mayores institucionalizados que presentan disfuncionalidad familiar son seis veces más frecuentes los síntomas depresivos. En la misma línea de análisis sobre el apoyo de las personas del entorno más próximo a los mayores, el estudio llevado a cabo en residencias de Estados Unidos[92], valoró que la depresión es más frecuente en mayores sin contacto con parientes o amigos íntimos. La falta de apoyo social y familiar puede conllevar a un sentimiento de soledad, que también parece estar relacionado con el desarrollo de un trastorno depresivo, como apunta Alves et al[91], aunque no quede clara su asociación, ya que encontramos que en la publicación de Rocha[96] se contradice esta hipótesis.

Una vez analizados los resultados de los distintos trabajos podemos elaborar una propuesta del perfil del adulto mayor con riesgo con riesgo de sufrir un trastorno depresivo, lo que facilitará en gran medida el trabajo de los profesionales a la hora de detectar y diagnosticar precozmente los trastornos depresivos entre los residentes, así

como implementar los cuidados preventivos en aquellos residentes con un riesgo más elevado de desarrollar depresión.

6.2. MÉTODOS DE DETECCIÓN Y ESCALAS DE VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES

Dada la magnitud del problema de la depresión en residencias para mayores, la detección precoz y la valoración de los factores de riesgo, sería el primer paso en el tratamiento de este problema. De las publicaciones analizadas, 13 centran sus aportaciones sobre el tema.

El reconocimiento de la depresión en este ámbito es, sin duda, difícil, según algunos autores, motivado por la alta prevalencia de trastornos físicos y funcionales en los residentes.[97] Con todo, otros afirman que es responsabilidad de los profesionales de estos centros, ya que se centran únicamente en los trastornos físicos, por la dificultad que tienen para reconocer los síntomas depresivos[84] o bien por subestimar la presencia de depresión, posiblemente porque los síntomas depresivos se asocian como parte del envejecimiento normal.[93,98] Sin embargo, la depresión, una vez diagnosticada, puede tratarse eficazmente en una residencia para mayores.

Para detectar síntomas y signos es necesario realizar una correcta anamnesis. En los mayores no es una tarea fácil, puesto que pueden presentar dificultades en el reconocimiento y en la expresión de sus emociones, así la clínica depresiva puede ser valorada y asumida por ellos mismos como fenómenos propios de su envejecimiento o atribuirla a otro cuadro somático.[99] Por ello, se recomienda en la valoración del paciente mayor se debe explorar el estado de ánimo realizando una sencilla pregunta: “¿Qué tal se encuentra de ánimo?”. Si la respuesta es “mal”, debemos iniciar los test de determinación[100], que más adelante explicaremos. Analizando detalladamente el tema en el entorno de las residencias para mayores Gerritsen et al[98] elaboraron un protocolo con el objetivo de mejorar la detección de la depresión en estas instituciones, el primer paso propuesto consiste en identificar al mayor con trastorno depresivo. Para ello, enfermería valorará, por medio de una simple y corta escala de detección basada en la observación de seis ítems, desarrollada por Hammond et al. (Anexo 6), la posibilidad de depresión en cada residente En los mayores que obtienen una puntuación menor de 3 se completa la observación después de 3-4 meses. Si la

puntuación es mayor o igual a tres es indicativo de que necesitan una valoración a través de una escala de detección adicional.

En la mayoría de la bibliografía consultada, las escalas más referenciadas fueron la *Geriatric Depression Scale* o GDS de Yesavage y la escala de Cornell. La GDS (Anexo 7) evalúa la presencia o ausencia de depresión en el mayor y consta de 30 ítems de respuesta dicotómica[100], una puntuación de 11-20 indica depresión moderada y mayor de 20, severa. Es la herramienta más utilizada residencias para mayores para pacientes sin deterioro cognitivo, ha sido validada para este grupo de población, tiene una alta sensibilidad y especificidad en su versión de 30 ítems.[97,101] También sus versiones reducidas son ampliamente utilizadas, en los artículos analizados hemos encontrado versiones de 1, 4, 5, 8, 10, 12 y 15 ítems. Mitchell et al[102] valoraron que la GDS-4 y GDS-5 eran las más eficientes en residencias geriátricas y, en ausencia de estas, la GDS-15, cuyo uso está más extendido, era preferible a la GDS-30. No obstante, Jongenelis et al[101] asumieron que la GDS-10 era la mejor opción por la facilidad de llevarla a cabo y su sensibilidad en residencias. Por otro lado, el estudio de Martínez et al[103] no advirtió diferencias significativas entre las versiones de 15, 5, 4 y 1 ítems respecto a los resultados sensibilidad (71,1-81,1) y especificidad (74,1-76,7). A pesar de los buenos resultados aportados sobre el uso de este instrumento de valoración, la escala no se considera útil en personas con deterioro cognitivo, ya que incluye preguntas complejas y elaboradas, por lo que se emplea con mejores resultados de validez la escala Cornell, instrumento validado para mayores con demencia, aunque no se ha validado aún en residencias para mayores.[93] En ella, se evalúan una serie de signos y alteraciones, agrupados en cinco apartados: signos relacionados con el estado de ánimo, alteraciones del comportamiento, signos físicos, funciones clínicas y alteraciones del contenido del pensamiento. Consta de 19 ítems valorados mediante observación directa y entrevista al cuidador y el corte se halla en 8 puntos.

Otros países aportan métodos diferentes a los analizados hasta ahora, como el Minimum Data Set (MDS) en Estados Unidos, que es un instrumento de detección y evaluación de obligatoria cumplimentación en residencias para mayores de este país de forma periódica. Está compuesto por 350 ítems e incluye información sobre datos sociodemográficos, diagnósticos clínicos activos, bienestar psicológico, funcionalidad

física, síntomas y tratamientos y servicios recibidos. Los síntomas depresivos son evaluados específicamente por el MDS Depression Rating Scale, su grado de validez es escasa en comparación con otros instrumentos.[92,93] Otro ejemplo es la Escala Baptista de Depresión (EBADEP), utilizada en Brasil y Portugal, que evalúa 18 indicadores de depresión donde la puntuación más alta indica una mayor presencia de síntomas depresivos. En su estudio, Carneiro et al, hallaron una correlación positiva y excelente entre esta y la GDS, así como, una mínima variación en sus resultados.[83]

Para finalizar, queremos destacar el papel de enfermería en la detección de los trastornos depresivos en residencias para mayores. El estudio de Eisses[97] puso en práctica un programa de formación dirigido a todo el personal cuidador de una residencia, que obtuvo como resultado una mayor tasa de reconocimiento de la depresión en los mayores institucionalizados. En los artículos de Brühl[104,105] se advirtió que la formación de los profesionales en la evaluación de la depresión no sólo ayudaba a mejorar el reconocimiento, sino también la tasa de remisión y la atenuación de los síntomas. Observar al paciente y hacerle preguntas, entrevistar a la familia y la intercomunicación entre los miembros del equipo, especialmente médicos y enfermeros, también supuso una importante mejora en este aspecto. Consideramos que los profesionales de enfermería se encuentran en una situación privilegiada para detectar precozmente los síntomas depresivos, dada su estrecha relación con los residentes y que, por lo tanto, se debería poner énfasis en la formación continuada, lo que mejoraría en gran medida la calidad de vida de los mayores.

6.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MAYORES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Tras la detección de la depresión, un equipo interdisciplinar debe asegurarse de que se establezca un plan de tratamiento efectivo. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave y no deben limitarse únicamente al tratamiento físico, sino cuidar a la persona mayor deprimida de forma específica y multidimensional. Para ello, emplearemos la metodología propia de la disciplina: el proceso enfermero. En la primera fase, la valoración, se recogen los datos que hemos analizado en los dos puntos anteriores: factores relacionados y métodos de detección y escalas de valoración de los trastornos depresivos en mayores institucionalizados.

Respecto a los diagnósticos de enfermería solo encontramos un artículo[106] que propone el de proceso de pensamiento perturbado, riesgo de soledad, sensación de desamparo y desesperanza. Como explicamos anteriormente, el cambio de entorno siempre requiere un periodo de adaptación, a veces surgen dificultades en el afrontamiento de esta nueva situación para el mayor, por lo que creemos que existen otros posibles diagnósticos a tener en cuenta, como el síndrome de estrés al traslado, definido en la NANDA como trastorno fisiológico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro, o el de afrontamiento ineficaz, definido como incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.[29]

El objetivo de las intervenciones enfermeras será prevenir y reducir los síntomas depresivos y la mejora y mantenimiento de la salud mental de los residentes.

A continuación, se explican las intervenciones susceptibles de realizarse por enfermería, incluidas en el campo conductual en la NIC, clasificadas en psicoterapias, apoyo social y otras terapias.[30] Entre las psicoterapia, más empleada por tener mayor evidencia científica, es la terapia cognitivo-conductual, que consiste en la identificación de pensamientos negativos y conductas que contribuyen a la depresión, y los reemplazan con pensamientos positivos y actividades gratificantes.[107] La terapia reminiscente o terapia individual de revisión de vida, específicamente desarrollada para adultos mayores, con la premisa de la reflexión sobre experiencias de vida que posibiliten la reducción de sentimientos de desesperación y depresión.[98,108] Con su estudio piloto, Araújo demostró la efectividad de la terapia de remotivación, que aumentó la autoestima y el bienestar general de los residentes, mejorando su estado de ánimo.[109]

El apoyo social es la interacción entre las personas, que incluye la expresión de afecto, la afirmación de los comportamientos y la ayuda material. La familia es la mayor fuente de apoyo social, sin embargo los enfermeros, como miembros de la red social formal de los residentes tiene un papel clave.[110] En la misma línea, Rocha[111] propone favorecer el contacto social y la participación en actividades de ocio y trabajo para mejorar la calidad de vida y la autoestima de los residentes, ya que el solo hecho

de que se encuentre rodeado de persona que le comprenden y a las que contar sus problemas le ayuda a superarlos, sin siquiera recibir la ayuda de esas personas.

El estudio de Brühl aporta los programas de ejercicio, la musicoterapia y estimulación multisensorial como intervención en mayores con depresión.[104] El ejercicio mejora el humor de forma evidente, siempre adaptado a su edad y capacidad física, y así lo confirma el estudio de Thakur[93], que halló que un programa de ejercicio aeróbico en 16 semanas era tan efectivo como el tratamiento farmacológico. Otras intervenciones efectivas son la fototerapia, mediante la exposición a 30 minutos de luz solar al día[93], y la fitoterapia con coriandro, espino blanco y valeriana.[108]

Los estudios sugieren la combinación de terapias para conseguir unos mejores resultados en la disminución de los síntomas depresivos.[112] Desde nuestro punto de vista se deben elegir las intervenciones de acuerdo a la valoración de la persona y combinarlas para así proporcionar al mayor una atención individualizada y de calidad.

Consideramos que los profesionales de enfermería de las residencias geriátricas deben asumir el compromiso de ayudar al mayor que sufre depresión e implicarse en su tratamiento para así mejorar su calidad de vida.

7. CONCLUSIONES

La depresión tiene una prevalencia muy alta entre la población mayor de 65 años, que aumenta más en el ámbito residencial.

El perfil de riesgo de desarrollar este trastorno del mayor institucionalizado se asocia con el ingreso reciente, ser mujer, raza caucásica, soltero o viudo y tener un bajo nivel de escolaridad, padecer enfermedades concomitantes, dependencia, tanto física como psíquica, deterioro del estado nutricional, tener escaso apoyo social y familiar y no mostrar interés por las actividades de ocio.

Para detectar de forma precoz el trastorno depresivo es importante realizar una correcta anamnesis acerca de su estado de ánimo y una adecuada comunicación con la familia y con el equipo interdisciplinar. La herramienta de elección para detectar la depresión es la GDS de Yesavage, en su versión original de 30 ítems o en las versiones reducidas. Si las personas presentan deterioro cognitivo se recomienda la escala Cornell. El compromiso del personal de enfermería y la actualización continuada de los conocimientos aumenta la tasa de detección y remisión.

Las intervenciones de enfermería identificadas como más efectivas son las psicoterapias, apoyo social, programas de ejercicio, musicoterapia, estimulación multisensorial, fototerapia y fitoterapia con coriandro, espino blanco y valeriana. El equipo interdisciplinar que atiende al mayor en las residencias, que incluye al profesional de enfermería, forma parte de la red social del mayor. Esto les sitúa en una posición privilegiada para prevenir, detectar y tratar precozmente la depresión para reducir las graves consecuencias que conlleva para el mayor, mejorando así la calidad de vida de los residentes, porque no olvidemos que es más importante dar vida a los años que años a la vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

[1]Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red [revista en Internet] 2015 [acceso 5 de febrero de 2015]; (10): [1-27]. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf

[2]Pérez J. Demografía. El envejecimiento de la población española. Investigación y Ciencia: Edición Española de Scientific American. 2010; (410): 34-42.

[3]Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2002.

[4]Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2011. Disponible en: http://www. imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/ binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

[5]Jurschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. Gerokomos. 2013; 24 (1): 14.17.

[6]Pinazo S, Sánchez M. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson educación; 2005.

[7]Aracil DD, Signes MEE, Girón M, López M. Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. Rev Fundamentos de Psicología. 2014; 6(1): 47-50.

[8]Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2009; 10: 1-12.

[9]Mínguez L. Tratamiento de la depresión geriátrica en el medio residencial. Anales de psiquiatría. 2008; 24(4): 184.

[10]Remacha A. Prevalencia de depresión y factores asociados en usuarios de centros sociosanitarios. Rev ROL Enferm. 2014; 37(7-8): 506-513.

[11]González G. Los mayores. Madrid: OCU; 2005.

[12]Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2007.

[13]Reyes E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Madrid: Manual Moderno; 2009.

[14]Hernderson V. The nature of nursing: A definition and its implication for practic, research and education. New York: Macmillan; 1966.

[15]International Council of Nurses. Definition of Nursing. 2014 http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/.

[16]Organización Mundial de la Salud. Quinto informe. Serie de informes técnicos. Ginebra: OMS; 1966.

[17]Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 42/2003 de 21 noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº280. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf

[18]Kérouac S, Jacinthe P, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2007.

[19]Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos. 6ªed. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.

[20]Peplau H. Relaciones interpersonales de enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.

[21]Fornés J, Gómez J. Evolución histórica y modelos conceptuales en Salud Mental y Psiquiatría. Madrid: FUDEN; 2007.

[22]Megías F. El concepto de salud mental: el rol de la enfermera. En: Megías F, Serrano MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p. 332-345.

[23]Alfaro-Lefevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. Philadelphia: Lippincott; 2014.

[24]Huitzi JX, Elorza MI, Urkia JM, Asurabarrena C. Implantación del proceso de enfermería en un área de salud: modelos y estructuras de valoración utilizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(5): 772-777.

[25]Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 8ª ed. Madrid: Prentice Hall; 2008.
[26]Stuart GW. Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad. En: Stuart GW, Laraia MT. Enfermería psiquiátrica: Principios y prácticas. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
[27]Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12ªed. New York: Jones & Bartlett Pub; 2009.
[28]Benavente MA, Francisco C, Ferrer E. Los modelos de cuidados. En: García R. Fundamentos de enfermería. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p. 164-177.
[29]Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2012.
[30]Bulechek G M et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
[31]Moorhead S et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
[32]Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Formentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
[33]García A, María A, Maya S, María A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25 (2): 57-62.
[34]Gómez J, Curcio C. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Tizan; 2002.
[35]Schneider EL, Rowe JW. The handbook of the biology of aging. 3ª ed. California: Academic Press; 1990.
[36]Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. [Internet] [acceso 15 de febrero de 2015]. Disponible en: http:// traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envellecemento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
[37]Toronjo AM, Rojas MJ. El envejecimiento desde una perspectiva cronológica. En: García MV, Rodríguez C, Toronjo AM. Enfermería del anciano. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p. 25-36.
[38]Lazarus RS, Lazarus BN. Coping with aging. Cary: Oxford University Press; 2006.
[39]Martínez R. Proceso de envejecer. En: García M, Martínez R. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 9-26
[40]Papalia DE, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano. 11 ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
[41]Gude D. Estudio del desarrollo cognitivo de la gente mayor. Biomedicina. 2006; 2(2): 143-154
[42]Sánchez MI. Psicología del envejecimiento. En: Guillén F, Pérez J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 47-52.
[43]Carbajo M.C. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. 2009; 24: 87-96.
[44]Bárcena C, Iglesias Guerra JA, Galán Andrés MA, Abella García V. Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. Rev. enferm. CyL. 2009; 1(1): 46-52.
[45]Calenti M. Gerontología y geriatría. Madrid: Editorial médica panamericana; 2010.
[46]Gil P, Martín M. Guía de buena práctica clínica en Geriatría: Depresión y Ansiedad [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología;2006 [acceso 13 mayo 2015]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/guiaDepresionAnsiedad
[47]Sáez N, Expósito C, Ortiz D. Criterios de organización y gestión asistencial. En: Ceballos R. Dirección y gestión de residencias geriátricas. Jaén: Formación Alcalá; 2010. p 33- 101.
[48]Pérez J, Sanz MJ. La asistencia en centros de cuidados continuados (residencias). En: Guillén F, Pérez J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 167-190.
[49]Gonzalvo M, Farrés MG, Sánchez MVR. Esperanza de vida entre 1991-2011: explicación epidemiológica a la desigualdad por género en Tarragona, una provincia de Cataluña, España. Población y Salud en Mesoamérica. 2013; 11(1): 1-14.

[50]Fuente M, Martínez M, Romero M, Fernández F, Navas F. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. Fisioterapia. 2012; 34(6): 239-244.
[51]Observatorio de Personas Mayores del Imserso. Las personas mayores en España: informe 2008: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Imserso; 2009.
[52]Dos Santos PC, dos Santos DM. Prevalência e fatores asociados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 401-407.
[53]Ayuso M, del Pozo R., Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. Rev Esp Salud Pública. 2010; *84*(6): 789-798.
[54]Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, Saiz PA. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2002.
[55]Vázquez C, Sanz J. Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill; 2009. p. 234-269
[56]Fuentes JC. Trastornos afectivos. Clasificación y abordaje terapéutico. En: Serrano A, Leonsegui RA. Introducción a la enfermería en salud mental. España: Díaz de Santos; 2012. p. 81-88.
[57]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- 5. 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association. 2014.
[58]Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered. 2013; 24:78-79.
[59]Aguilar S, Ávila JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx. 2007; 143 (2):141-148.
[60]Carrobles JA. Trastornos depresivos. En: Caballo V, Salazar IC, Carrobles JA. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide; 2011. p.311-337.
[61]Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
[62]Granada JM et al. Manual de enfermería psiquiátrica. Barcelona: Glosa; 2009.
[63]Durán R, Guerrero AJ. Trastornos del estado del ánimo. En: Megías F, Serrano MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p. 127-137
[64]Valle M. Manual CTO de enfermería: Enfermería geriátrica. 6ª ed. Madrid: CTO; 2013.
[65]Rodríguez C, Bonill C. Valoración de las necesidades en la persona anciana. En: García MV, Rodríguez C, Toronjo AM. Enfermería del anciano. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p. 105-125.
[66]Eckman M. Enfermería geriátrica. México: Manual Moderno; 2012.
[67]Moya MJ. Valoración de enfermería. En: Guillén F, Pérez J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 273-285.
[68]García RF, Aguayo LV. Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia. Analítica Funcional. Psicothema. 2010; *22*(1): 92-98.
[69]Aristil PM. Manual de farmacología básica y clínica. 6ªed. Madrid: McGraw-Hill; 2013.
[70]Bernardo M, García-Amador M, Amann B, Vieta E. La terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión bipolar. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 35(3): 199-207.
[71]Guillén F, Pérez J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
[72]Peña DM, Herazo MI, Calvo JM. Depresión en ancianos. Rev Fac Med. 2009; 57: 347-355.
[73]González M. Depresión en ancianos: Un problema de todos. Rev Cubana Med Ger Integr. 2001; 17(4): 316-316.
[74]Fundación Index. Cuiden Plus [Base de datos en Internet]. Granada: Fundación Index; 1994 [Actualización diaria; acceso marzo 2015]. Disponible en : http://www.index-f.com/new/cuiden/
[75]Pubmed [Base de datos en Internet]. USA: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 1996 [acceso marzo 2015]. Disponible en: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
[76]Scielo España [sede Web]. Madrid: Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud; [acceso marzo 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php

[77]Dialnet [sede Web]. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2001 [acceso marzo 2015]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/

[78]Elsevier España [sede Web]. España: Grupo Elsevier; [acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es

[79]Google académico [sede Web]. Estados Unidos: Google; 2011 [acceso marzo 2015]. Disponible en: http://scholar.google.es/

[80]Biblioteca Virtual en Salud. LILACS [Base de datos en Internet]. São Paulo: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud; 2015 [acceso marzo 2015]. Disponible en: http://lilacs.bvsalud.org/es/

[81]Ferraz E, Carreira L, Silva S. Sintomas depressivos em idosos: comparacao entre residentes em condominio especifico para idoso e na comunidade. Rev Bras Enferm. 2014; 67(3):450-456.

[82]Vicente MA, de la Cruz C, Fuentes MT, Hernández G, López G. Prevalencia de depresión en adultos mayores residentes en asilo, en comunidad rural y factores asociados. Rev Paraninfo Digital. 2013; 17. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n17/094.php

[83]Carneiro AM, Baptista MN, Santos AAA. Medidas de sintomas depressivos em idosos: relações com variáveis sociodemográficas. Avances en Psicología Latinoamericana. 2013; 31(3): 483-492.

[84]Marinho PEM, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. Arch Gerontol Geriatr. 2010; 50(1): 151-155.

[85]Nazemi L et al. Depression, Prevalence and Some Risk Factors in Elderly Nursing Homes in Tehran, Iran. Iran J Public Health. 2013; 42(6): 559–569.

[86]Roesler E, Pimentel AR, Brandão L, Maia H. Prevalence and factors associated with depression among institutionalized elderly individuals: nursing care support. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6): 1388-1394.

[87]Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(2): 268-273.

[88]Hoover DR, Siegel M, Lucas J, Kalay E, Gaboda D, Devanand DP, et al. Depression in the first year of stay for elderly long term nursing home residents in the U.S.A. Int Psychogeriatr. 2010; 22(7): 1161-1171.

[89]Real T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. Informaciones Psiquiátricas. 2008; 192.

[90]Camargo S, Angelini A, Pavarini SF. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1): 65-71.

[91]Alves SF, Soares NM. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Revista de Enfermagem Referência. 2011; 3(4): 49-58.

[92]Gaboda D, Lucas J, Siegel M, Kalay E, Crystal S. No Longer Undertreated? Depression Diagnosis and Antidepressant Therapy in Elderly Long Stay Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(4): 673–680.

[93]Thakur M, Blazer DG. Depression in Long-Term Care. J Am Med Dir Asso. 2008; 9: 82-87.

[94]Bastidas H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología. 2014; 32(2): 192-218.

[95]Centurión L, Aparicio A, Ortega RM Rodríguez E, López B, López AM. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. Nutr. clin. diet. hosp. 2010; 30(2): 33-41.

[96]Rocha MA, Méndez JO. Bueno DE, Hernández N, Cruz Ortiz M, Rodríguez Pérez MC. Soledad en los adultos mayores de un asilo y su relación con la depresión. Rev Presencia [revista en Internet] 2014 [acceso 4 mayo 2015]; 10(19). Disponible en: http://www.index-f.com/presencia/n19/p9428.php

[97]Eisses AMH, Kluiter H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman ATF, Ormel J. Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly. British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 404-409.

[98]Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Leontjevas R, Adang EM, Vernooij-Dassen M, Derksen E, Koopmans R. Act In case of Depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes. Study Protocol. BMC Psychiatry. 2011; 11: 91.

[99]Franco MD, Alcalá V. El diagnóstico de la depresión del anciano. Informaciones Psiquiátricas. 2006; 184.

[100] Pérez N, García L, Montero B, Cruz AJ. Valoración del paciente geriátrico. Medicine. 2014; 11(62): 3641-3658.

[101]Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, et al. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20(11): 1067-1074.

[102]Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Which version of the geriatric depression scale is most useful in medical settings and nursing homes? Diagnostic validity meta-analysis. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 18(12): 1066-1077.

[103]Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Arias MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Aten Primaria. 2005; 35(1): 14-21.

[104]Brühl KG. ¿Qué capacidad tienen los enfermeros y los auxiliares de enfermería para reconocer y tratar la depresión en las personas mayores? Infor Psiquiátricas. 2009; 195**.**

[105]Bruhl KG, Luijendijk HJ, Muller MT. Nurses' and Nursing Assistants' Recognition of Depression in Elderly Who Depend on Long-Term Care, J Am Med Dir Assoc; 2007: 441-445.

[106]Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia. 2010; 20: 1-13.

[107]Bharucha AJ, Dew MA, Miller MD, Borson S, Reynolds C. Psychotherapy in long-term care: A review. J Am Med Dir Assoc. 2006; 7(9): 568–580.

[108]Dimas C, García H. Intervenciones efectivas en adultos mayores con depresión. Paraninfo. 2011; 5(12).

[109]Araújo L, Gómez V, Teixeira C, Ribeiro O. Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: estudo piloto. Revista de Enfermagem Referência. 2011; 3(5): 103-11.

[110]Fernández R, Manrique FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería global. 2010; 19: 1-9.

[111]Rocha MDM, Ribeiro MCP. Projeto saúde do idoso institucionalizado atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanencia. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Tres Coracoes, 2011; 9(1): 152-172.

[112]Meeks S, Looney S, Van Haitsma K, Teri L. BE-ACTIV: A Staff-Assisted Behavioral Intervention for Depression in Nursing Homes. The Gerontologist. 2008; 48(1): 105-114.

8. ANEXOS

Anexo 1. Síntomas clínicos y características diagnósticas del episodio depresivo mayor

Síntomas clínicos

- Animo deprimido.
- Disminución acusada del interés o del placer.
- Cambios notables de peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o tentativa o planificación de suicidio.

Características diagnósticas

- Evidencia de al menos cinco síntomas, además de depresión anímica o falta de interés o de placer.
- Los síntomas se manifiestan durante la mayor parte del día y casi a diario, durante un periodo de al menos 2 semanas, representando un cambio real en el grado de funcionamiento del paciente.
- Angustia o alteración del funcionamiento importante del individuo.
- Los síntomas no son causa de una enfermedad o consumo de medicamentos o drogas.
- No está asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2meses.

Fuente: Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos.[Rebraca]

Anexo 2. Criterios diagnósticos según el DSM- 5

Trastorno depresivo mayor	Trastorno distímico
A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (episodio único) o de dos o más episodios depresivos mayores (recidivante). B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.	A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años (1 año en niños). B. Presencia de 2 o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión y desesperanza. C. El sujeto no ha estado sin síntomas durante 2 meses seguidos. D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año en niños). E. Nunca ha habido un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. F. La alteración no aparece exclusivamente durante un trastorno psicótico crónico. G. Los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia o a enfermedad médica. H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Fuente: Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- 5.[DSM]

Anexo 3. Factores de riesgo de los trastornos del ánimo

Factores de riesgo de los trastornos del ánimo
•Episodios anteriores de depresión. •Antecedentes familiares de trastornos depresivos. •Intentos anteriores de suicidio. •Género femenino. •Edad de aparición inferior a los 40 años. •Periodo puerperal. •Comorbilidad médica asociada a un alto riesgo de depresión. •Falta de apoyo social. •Sucesos vitales estresantes. •Alcoholismo o drogadicción actual o uso de medicamentos asociados a un alto risgo de depresión, •Ansiedad, trastornos alimentario, obsesivo compulsivo, de somatización o de personalidad, aflicción o reacciones de adaptación.

Fuente: Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice guidelines: Treating depression in primary care. Washington DC. Agency for Health Care Policy and Research; 1998.

Anexo 4. Escalas de valoración

Escala de autovaloración de Zung	• Escala de 20 ítems que permite valorar los sentimientos del paciente. Se basa en los síntomas clínicos de la depresión en las últimas 2 semanas.
Escala de depresión de Hamilton	• Posee de 17 a 21 cuestiones para valorar los síntomas depresivos.
Inventario de depresión de Beck	• Consta de 21 cuestiones de 5 minutos, que valora la intensidad de la depresión en individuos de 13 a 80 años.
Escala de Depresión Geriátrica (GSD)	• Escala de detección de la depresión en adultos compuesta por 30 ítems. El resultado puede ser ausencia de depresión o depresión leve, moderada o grave.
Cuestionario de Wakefield	• Cuestionario de 12 temas con el que se trata de identificar los sentimientos personales en el momento en que el paciente lo cumplimenta.
Cuestionario de salud general (CGS)	• Instrumento de detección de los trastornos psiquiátricos en comunidades de población y contextos clínicos no psiquiátricos.
Escala de identificación de la conducta y los síntomas	• Medida integral que valora los síntomas referidos por el paciente y su estado de salud funcional.
Escala de Goldberg	• Valora la presencia tanto síntomas depresivos como ansiosos en las 2 semanas previas.

Fuente: Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos[Rebraca] *y López JA. La depresión en el paciente anciano.*[Lopez JA]

Anexo 5. Ecuaciones de búsqueda y artículos válidos obtenidos

DeCS MeSH	Depresión AND residencias Depression AND nursing homes	Depresión AND enfermería AND mayores Depression AND nursing AND elderly	Depresión AND mayores	VÁLIDOS
Cuiden	21	56		7
PubMed	31 [tittle, 10 años]	17 [tittle, 10 años]		6
Scielo	6	6		1
Dialnet	81	62		6
Elsevier	225 [10 años]	457 [10 años]		1
Google académico	0		177 [tittle, 10 años]	1
LILACS	10	137		2
Búsqueda artículos				7
TOTAL				31

Anexo 6. Cuestionario desarrollado por Hammond et al.

1. Does the patient sometimes look sad, miserable or depressed?
2. Does the patient ever cry or seem weepy?
3. Does the patient seem agitated, restless or anxious?
4. Is the patient lethargic or reluctant to mobilize?
5. Does the patient need a lot of encouragement to do things for him/herself?
6. Does the patient seem withdrawn, showing little interest in the surroundings?

Fuente: Hammond M., O'Keeffe S, Barer DH. Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients. Age and Ageing. 2000; 29(6), 511-515.

Anexo 7. Escala de Depression Geriátrica (GDS) de Yesavage

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)

	NO	SI
- 1. ¿Está Ud., satisfecho con la vida ?		+
+ 2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés?	+	
+ 3. ¿Siente su vida vacía ?	+	
+ 4. ¿Se aburre frecuentemente?	+	
+ 5. ¿Se siente desesperanzado con respecto al futuro?	+	
- 6. ¿Se siente molesto por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	+	
- 7. ¿Está de buen humor la mayoría del tiempo?		+
+ 8. ¿Está preocupado porque algo malo va a sucederle ?	+	
- 9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		+
+ 10. ¿Se siente frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 11. ¿Se levanta frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 12. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	+	
+ 13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	+	
+ 14. ¿Cree Ud., que tiene más problemas con la memoria que el resto de la gente?	+	
- 15. ¿Se siente feliz de estar vivo?		+
+ 16. ¿Se siente frecuentemente descorazonado y triste?	+	
+ 17. Se siente inútil e inservible?	+	
+ 18. ¿Se preocupa demasiado por el pasado?	+	
- 19. ¿Se siente que la vida es estimulante?		+
+ 20. ¿Se le hace difícil comenzar nuevos proyectos?		+
- 21. ¿Se siente con energías?	?	?
+ 22. ¿Se siente desesperanzado?		+
+ 23. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.?	+	
+ 24. ¿Se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas?	+	
+ 25. ¿Siente frecuentemente ganas de llorar?	+	
+ 26. ¿Tiene problemas en concentrarse?	?	?
+ 27. ¿Se siente contento al levantarse en la mañana?		+
+ 28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	+	
- 29. ¿Le es fácil tomar decisiones?		+
- 30. ¿Siente que su mente es tan clara como antes?	+	
TOTALES	no	si

Puntuación

Puntuación de cero por cada respuesta no depresiva y de uno por cada respuesta depresiva
Las respuestas depresivas son NO para: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 10
Son SI para todas las demás
La puntuación normal es entre 0 y 10