



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería de Valladolid  
Grado en Enfermería  
Curso 2017/18**

# **ESTUDIO COMPARATIVO DE DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS**

**Alumna: Nuria Arranz López**

**Tutor: José Luis Viaña Caballero**

## RESUMEN

La depresión es una de las enfermedades mentales que más problemas sanitarios y sociales genera. Siendo los ancianos los más susceptibles en padecerlas por las características propias de este grupo de edad.

El presente trabajo trata de hacer un estudio comparativo dentro de este grupo de alto riesgo, en el cual se estudiaron 37 individuos de los cuales 22 eran institucionalizados y 15 no institucionalizados. A ambos grupos se les aplica el test de Barthel (como uno de los criterios de inclusión) y el test de depresión de Zung, para comparar y valorar la depresión en ambos grupos.

Los resultados del estudio mostraron que el porcentaje de ancianos deprimidos y severamente deprimidos en pacientes institucionalizados es del 94%, frente al 20% de los ancianos no institucionalizados, demostrando la mayor prevalencia de depresión en aquellos ancianos que se encuentran en residencias, encontrándose también una asociación entre la depresión y la autonomía personal.

Se concluye con todo esto la importancia de la depresión en el anciano institucionalizado y en la necesidad de seguir estudiando los agentes causales y el seguimiento de programas encaminados a la detención o tratamiento de la depresión en este grupo de pacientes.

## PALABRAS CLAVE

Depresión, ancianos, institucionalización de ancianos, atención enfermera.

## ABREVIATURAS

- **OMS** → Organización Mundial de la Salud
- **SEPG** → Sociedad Española de Psicogeriatría
- **SEGG** → Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- **DSM** → Manual of Mental Disorders o Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales.
- **CS** → Centro de Salud
- **INE** → Instituto Nacional de Estadística
- **AVD** → Actividades de la vida diaria
- **PAE** → Proceso de Atención de Enfermería
- **NANDA** → North American Nursing Diagnosis Association o Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería
- **NIC** → Nursing Interventions Classification o Clasificación de Intervenciones Enfermeras
- **NOC** → Nursing Outcomes Classification o Clasificación de resultados de enfermería

# ÍNDICE GENERAL

→ÍNDICE DE TABLAS .....	IV
→ ÍNDICE DE FIGURAS .....	IV
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
Antecedentes históricos .....	1
Actualidad .....	1
Síntomas, tipos y causas de la depresión.....	2 - 6
Depresión y tercera edad.....	6
<b>2.JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>7 - 8</b>
<b>3.OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4.METODOLOGÍA</b>	
Diseño del estudio.....	10
Población a estudio.....	10
Criterios de inclusión.....	10
Criterios de exclusión.....	10
Instrumentos utilizados .....	11
Procedimiento .....	11 - 12
Consideraciones ético-legales .....	13
<b>5.RESULTADOS.....</b>	<b>14 - 15</b>
<b>6.DISCUSIÓN .....</b>	<b>16 - 19</b>
<b>7.CONCLUSIONES .....</b>	<b>20</b>
<b>8.BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>21 - 23</b>
<b>9.ANEXOS</b>	
Anexo 1: Test de Barthel.....	24
Anexo 2: Test de depresión de Zung .....	25
Anexo 3: Interpretación ambos test.....	26

## ÍNDICE DE TABLAS

1. <b>TABLA 1:</b> Alteraciones y síntomas de la depresión .....	2
2. <b>TABLA 2:</b> Características definitorias y factores relacionados según criterios NANDA del diagnóstico: “Deterioro la regulación del estado de ánimo” .....	17-18

## INDICE DE FIGURAS

1. <b>FIGURA 1:</b> Trastorno depresivo mayor .....	3
2. <b>FIGURA 2:</b> trastorno depresivo recurrente .....	3
3. <b>FIGURA 3:</b> Trastorno distímico .....	4
4. <b>FIGURA 4:</b> Depresión bipolar .....	4
5. <b>FIGURA 5:</b> Esperanza de vida al nacimiento según sexo .....	7
6. <b>FIGURA 6:</b> Diagrama de actuación del estudio .....	12
7. <b>FIGURA 7:</b> Comparativa de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados .....	14
8. <b>FIGURA 8:</b> Porcentajes según el grado de depresión en ancianos no institucionalizados .....	14
9. <b>FIGURA 9:</b> Porcentajes según el grado de depresión en ancianos institucionalizados.....	15

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la antigüedad creían que la depresión era la falta de equilibrio de los cuatro humores del cuerpo: la bilis negra, la bilis, la flema y la sangre. Cuando se tenía demasiada bilis negra, se caía en un estado melancólico. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento según la teoría propuesta por Hipócrates.

En el año 1735 el británico Richard Blackmore (médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta) rebautizó el cuadro conocido anteriormente como “melancolía” con el término actual de depresión. Dicho facultativo hablaba de depresión como un estar hundido en la profunda tristeza y melancolía.<sup>1</sup>

El origen del vocablo depresión, se encuentra en la expresión latina "de" y "premere", *empujar u oprimir hacia abajo*.

Thomas Willis será el primer médico en esta etapa, en rechazar la teoría de los cuatro humores, atribuyendo a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad.<sup>21</sup>

## 1.2 ACTUALIDAD

Hoy en día, la depresión se conoce como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y puede llegar a hacerse crónica o recurrente dificultado la capacidad para afrontar la vida diaria.<sup>2-3</sup>

Según las últimas estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud)<sup>4</sup>, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento más del 18% en los últimos diez años. Siendo esta la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo.

### 1.3 SINTOMAS, TIPOS DE DEPRESION Y CAUSAS

La sintomatología de la depresión es muy variada, se suele caracterizar por un estado de ánimo deprimido y anhedonia o pérdida del interés por las actividades de la vida cotidiana, pero a esto se le pueden sumar otros síntomas y alteraciones<sup>21</sup>:

**Tabla 1:** Alteraciones y síntomas en la depresión.

Alteraciones del humor	Alteraciones de la afectividad	Alteraciones cognitivas	Alteraciones somáticas
-Tristeza patológica	-Falta de sentimientos -Anhedonia -Abulia -Apatía	-Bradipsiquia -Disminución de la capacidad para tomar decisiones -Incapacidad para concentrarse -Ideas de culpa y muerte -Desesperanza	-Pérdida importante de peso y disminución del apetito. -Estreñimiento -Disminución de la libido -Quejas somáticas
	Alteraciones psicomotrices	Alteraciones de la conducta social	Alteraciones de los biorritmos
	-Inhibición psicomotora -Astenia	-Aislamiento social -Descuido en el aspecto externo -Retraimiento emocional -Conducta autolítica	-Empeoramiento matutino -Alteraciones del sueño -A veces se puede producir hipersomnia -Influencia estacional

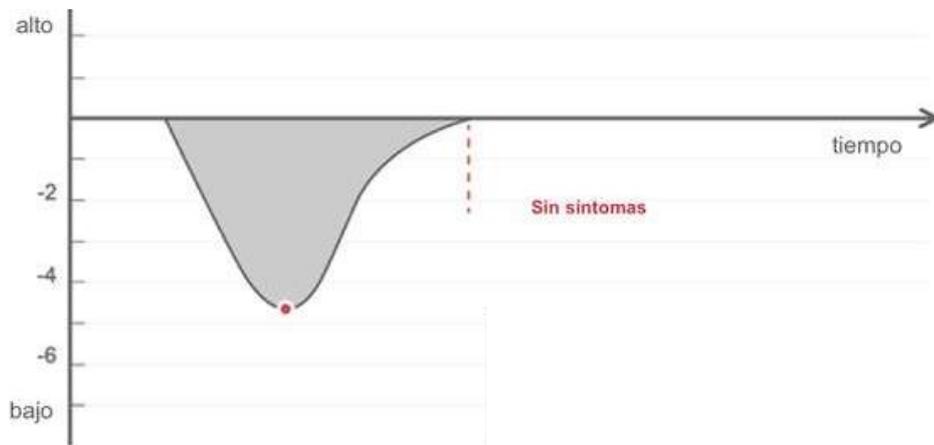
El problema que surge en las personas mayores es que muchos de estos síntomas les asociamos de forma errónea al propio hecho de envejecer y por ello su diagnóstico suele ser más tardío. Por todo esto, a la hora de tratar a un anciano debemos de tener en cuenta que la depresión no es algo normal ni asociado al envejecimiento.

La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.<sup>5</sup>

En cuanto a los tipos de depresión, según la Sociedad Española de la Depresión existen varios tipos de trastornos depresivos<sup>11-21</sup>:

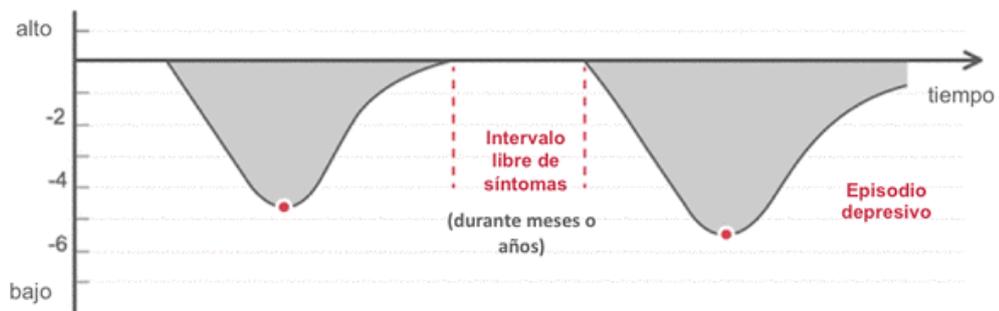
- Trastorno depresivo mayor → es una combinación de síntomas cambiantes de duración mínima de dos semanas hasta años, que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y

disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. Este tipo de depresión por tanto incapacita a la persona.



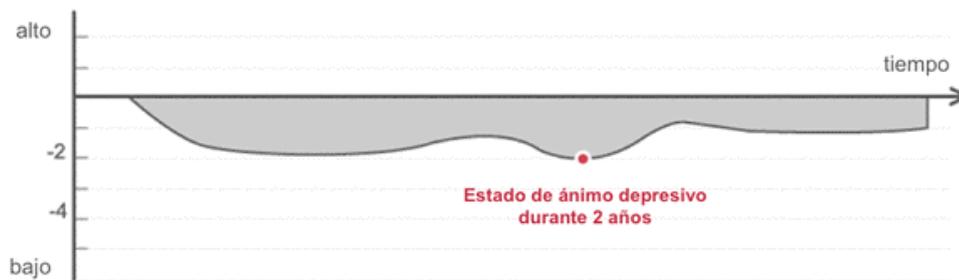
**Figura 1:** Trastorno depresivo mayor

- Trastorno depresivo recurrente → caracterizado por episodios repetidos de depresión, entre los cuales se experimentan fases de estado de ánimo normal que pueden durar meses o años. Este tipo de depresión, al igual que la anterior, causa muchos problemas en la funcionalidad del paciente en su vida cotidiana.



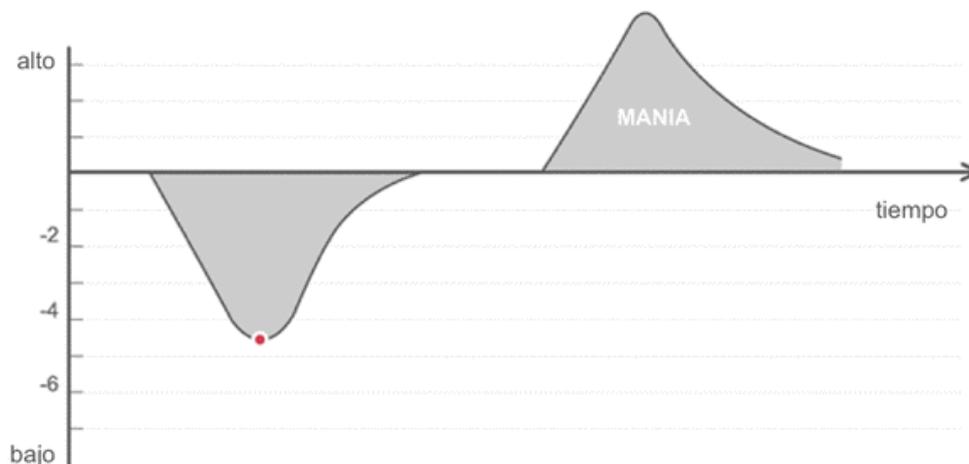
**Figura 2:** Trastorno depresivo recurrente

- Trastorno distímico → este trastorno se caracteriza por síntomas más leves, pero de larga duración, los cuales pueden no incapacitar a una persona, pero si impedirle sentirse bien durante largos periodos de tiempo. Se necesitan al menos dos años para diagnosticar este trastorno.



**Figura 3:** Trastorno distímico

- Depresión bipolar (trastorno maniaco depresivo) → este trastorno se caracteriza por alternar entre fases depresivas, fases de estado de ánimo normal y fases maníacas. En esta última fase además de la sintomatología de la depresión descrita anteriormente los pacientes suelen alterar su pensamiento, juicio y comportamiento social, causando problemas serios.



**Figura 4:** Depresión bipolar

- Cuadro ansioso depresivo → en estos casos la depresión suele coexistir con síntomas de ansiedad incluso con serios trastornos de ansiedad.
- Trastorno depresivo de patrón estacional → este trastorno suele ocurrir durante los cambios de clima o estacionales, sobre todo al comienzo del invierno o el otoño.

- Episodio depresivo con síntomas psicóticos→ es una depresión psicótica o delirante en la cual a los síntomas de la depresión se le unen síntomas psicóticos (ver u oír cosas o personas que no están presentes o tener ideas o pensamientos falsos).
- Depresión post-parto→ la cual es diagnosticada a una mujer que ha dado a luz recientemente y sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto.

La SEPG (Sociedad Española de Psicogeriatría)<sup>5</sup> ha creado múltiples plataformas de ayuda y apoyo para las personas que padecen esta enfermedad. Según esta sociedad las causas de la depresión pueden ser factores genéticos, cambios hormonales, ciertas enfermedades médicas, estrés, duelo o circunstancias vitales estresantes. La combinación de cualquiera de estos factores puede producir cambios en el cerebro y dificultades para adaptarse a los eventos internos o externos, contribuyendo a que aparezcan los síntomas depresivos. Las personas mayores son más propensas a que les ocurra esto, ya que en muchas ocasiones no tienen las herramientas adecuadas para afrontar estos cambios o dificultades en sus vidas.

Muchos estudios muestran que hay un componente genético en la depresión, aunque aún no se ha podido identificar un gen. Algunos estudios (incluidos trabajos con población general y estudios de gemelos) muestran que las probabilidades de desarrollar una depresión se triplican para las personas cuyos padres o hermanos han tenido este trastorno<sup>13-15</sup>. En otras palabras: las personas que tienen un familiar que haya tenido depresión son más propensas a desarrollar el trastorno, aunque también son necesarios otros factores.

La depresión es un trastorno biosocial. Esto quiere decir que para explicar la génesis de la depresión es necesario considerar la interacción entre factores biológicos y ambientales o psicológicos. Ambos factores son caras de la misma moneda y su interacción es importante para explicar la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Estos factores pueden interaccionar a distintos niveles,

a nivel de la resiliencia, como disparadores, como mantenedores y como factores para acabar con un episodio depresivo.<sup>3-5</sup>

#### 1.4 DEPRESION Y TERCERA EDAD

Este trastorno puede afectar a cualquier persona, pero en los pacientes de la tercera edad puede confundirse como parte del envejecimiento y pasar inadvertida para el equipo médico y la familia hasta que llega al intento de suicidio.<sup>6</sup>

“La depresión en la edad geriátrica tiene un pronóstico peor, un mayor riesgo de cronificarse y de presentar recurrencias, incrementa el riesgo de que aparezcan otras patologías y de desarrollar deterioro cognitivo, al mismo tiempo que ocasiona o acelera la aparición de incapacidad funcional o física”, ha explicado el doctor Pedro Gil Gregorio, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)<sup>7</sup>. No obstante, el infra diagnóstico o el diagnóstico tardío y, en consecuencia, la falta de tratamiento, son algunos de los problemas más importantes del manejo de la enfermedad en los pacientes geriátricos, hasta el punto de que se estima que 3 de cada 4 ancianos europeos con un trastorno depresivo no recibe ningún tipo de tratamiento.<sup>17</sup>

En el DSM 5 (“Manual of Mental Disorders”)<sup>22</sup> requiere que para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor deberán de estar presentes al menos cinco síntomas de los nombrados anteriormente (Tabla 1), siendo necesario siempre entre ellos la tristeza vital o la anhedonia, durante al menos dos semanas que provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo. Por esto, en los ancianos nos encontramos ante un difícil diagnóstico, en el que debemos de diferenciar los aspectos relacionados con el propio proceso del envejecimiento y aquellos aspectos patológicos.<sup>23</sup>

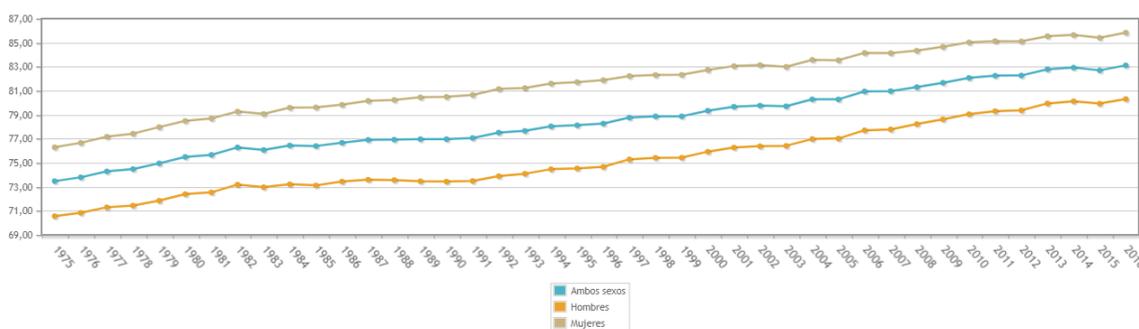
Los profesionales sanitarios debemos enfatizar con el anciano, valorando tanto la dimensión física como la emocional o psicológica. Muchas veces, nos centramos en lo físico y nos olvidamos de lo importante que es la parte psicológica.<sup>15-16</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

El motivo principal para la realización de este estudio responde a motivaciones personales. A lo largo de toda mi formación en la Facultad de Enfermería de Valladolid y de mis prácticas en los distintos Centros de Salud me ha ido interesando, preocupando e inquietando cada vez más la geriatría, en concreto la depresión y las aptitudes que los ancianos muestran hacia su vida.

Pienso sinceramente que en muchos casos el tema de la ancianidad es algo que no preocupa lo suficiente a la sociedad, pero debemos de incidir en la importancia de una buena práctica enferma, abriendo los ojos ante la realidad que se nos presenta “una sociedad cada vez más envejecida y con altas tasas de depresión en este sector de la población”

La depresión en la tercera edad según los datos estadísticos internacionales y nacionales está en aumento, y una de las razones sería porque el promedio de la expectativa de vida a nivel mundial se ha incrementado. Así pues, según los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>9</sup> en las últimas décadas ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres.



**Figura 5:** Esperanza de vida al nacimiento según sexo. Indicadores demográficos básicos.

Pues bien, al no existir ninguna causa única conocida de la depresión, siendo, más bien, el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos, al alargar la esperanza de vida hace que estemos sometidos a mayores traumas o situaciones estresantes durante la vida. Siendo la tercera edad el grupo más vulnerable al no tener las herramientas adecuadas para

enfrentarse ante estas situaciones, hace que la aparición de la depresión aumente razonablemente.<sup>8-13</sup>

Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.<sup>10</sup>

Esta propuesta de iniciación investigadora pretende comparar la depresión en ancianos no institucionalizados e institucionalizados. Pretendiendo demostrar la necesidad de una mejor atención o cambio en el plan de cuidados de estos últimos. Esto se intentará demostrar apoyándonos en resultados recogidos al pasar una encuesta a ambos grupos y posterior tratamiento de la información que esperamos consoliden y validen nuestra hipótesis planteada.

Se demostrará por tanto la necesidad de un buen y continuo seguimiento de los pacientes institucionalizados para una detección y tratamiento precoz de la depresión, evitando la cronicidad de la misma, intentando que tan solo sea un episodio aislado.

### 3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

El objetivo general que nos hemos planteado en esta propuesta de investigación es demostrar que la depresión en los ancianos institucionalizados es superior a la de los ancianos no institucionalizados.

Los objetivos específicos son:

- Conocer y estudiar el nivel de depresión de 15 ancianos no institucionalizados residentes en Valladolid y 15 ancianos institucionalizados en la residencia "RioSol" de Valladolid
- Establecer un plan de cuidados para ancianos con depresión
- Determinar cuáles son las aptitudes más importantes del personal de enfermería ante un problema como es la depresión.

## 4. METODOLOGÍA

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio comparativo, el cual trata de identificar y comparar la presencia de depresión en una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Valladolid.

### POBLACION DE ESTUDIO

Durante el mes de diciembre (momento en el cual se pasaron las encuestas) se reclutaron un total de 37 adultos mayores, tanto mujeres como hombres, de los cuales 7 de ellos no entraron a formar parte de la investigación al no cumplir los criterios de inclusión.

Del total, 22 individuos son Institucionalizados pertenecientes a la Residencia Riosol de Valladolid y los 15 restantes, individuos no Institucionalizados residentes en Valladolid.

### CRITERIOS DE INCLUSION

Individuos entre 75 y 90 años tanto mujeres como hombres, residir en Valladolid o sus pueblos, índice de Barthel mayor de 90, carentes de discapacidad para oír, hablar o ver y para el grupo de los mayores institucionalizados haber ingresado en la residencia de forma voluntaria.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Población menor de 75 y mayor de 90, residir fuera de la provincia Valladolid, índice de Barthel menor de 90 y con trastornos del habla, visión u oído que impida realizar las encuestas o entender el fin del estudio y para el grupo de los mayores institucionalizados haber ingresado en la residencia de forma necesaria e involuntaria.

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS

En este estudio se han utilizados dos tipos de escalas.

- **Índice o escala de Barthel**<sup>24</sup>→ es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 utilizada para valorar el nivel de independencia del paciente para realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria (AVD).

El cuestionario cuenta con 10 preguntas correspondientes a las diez AVD que queremos examinar, cada pregunta tendrá una puntuación en función de cómo el paciente lleve a cabo dicha AVD. (*Véase anexo 1*)

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, a menor puntuación más dependencia y a mayor puntuación más independencia. (*Véase anexo 3*)

- **Test de depresión de Zung**<sup>18</sup>→ es una escala desarrollada por Zung en 1965 utilizada para valorar el grado de depresión de los pacientes.

Hay 20 preguntas en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). (*Véase anexo 2*)

El rango de calificación es de 20-80, a menor puntuación menor depresión y a mayor puntuación mayor depresión. (*Véase anexo 3*)

## PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron realizados a los ancianos con previo conocimiento del fin de su participación y su consentimiento.

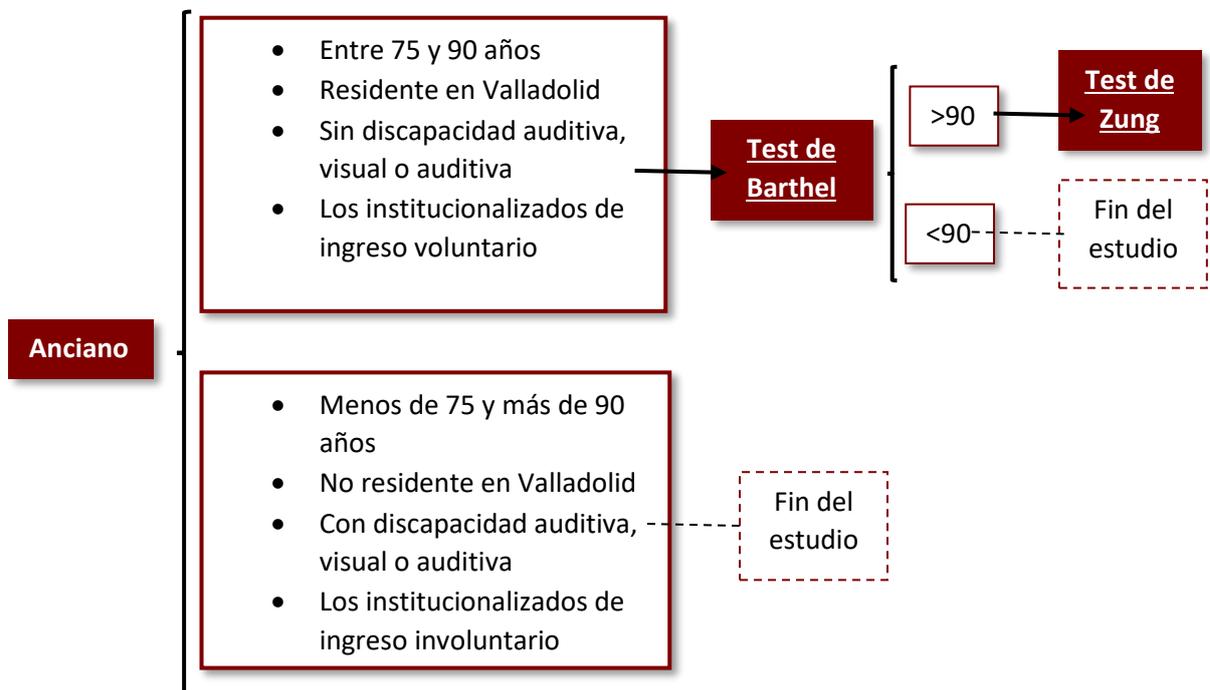
En los ancianos institucionalizados los test fueron realizados durante el mes de diciembre hasta conseguir los 15 participantes que cumplieran los criterios de inclusión (se eligieron a 22 individuos de los cuales 7 no cumplían criterios). La forma de aplicación del test fue tipo entrevista, de forma individual en las

instalaciones de la residencia Riosol de Valladolid, donde se contó con un espacio privado y tranquilo.

En canto a los ancianos no institucionalizados los test también fueron realizados durante el mes de diciembre eligiendo aleatoriamente a gente que pasaba por la calle (15 individuos) en la provincia de Valladolid y que cumpliera los criterios de inclusión. En este caso la forma de aplicación del test fue al igual que los anteriores tipo entrevista y de forma individual pero el espacio fue al aire libre, intentando llevarse a cabo en un sitio tranquilo y lo más privado posible.

Cabe señalar que todos los cuestionarios fueron aplicados por la misma persona y durante el mismo mes.

Para la visualización y estudio posterior de los resultados se utilizó el programa Excel.



**Figura 6:** Diagrama de actuación del estudio

## CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES

Este estudio se ha llevado a cabo respetando el marco legal marcado por el código deontológico enfermero en cuanto a investigación<sup>19</sup>. Dichos aspectos los encontramos en:

- Capítulo XI, Artículo 74: “Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.”
- Capítulo XI, Artículo 75: “La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.”

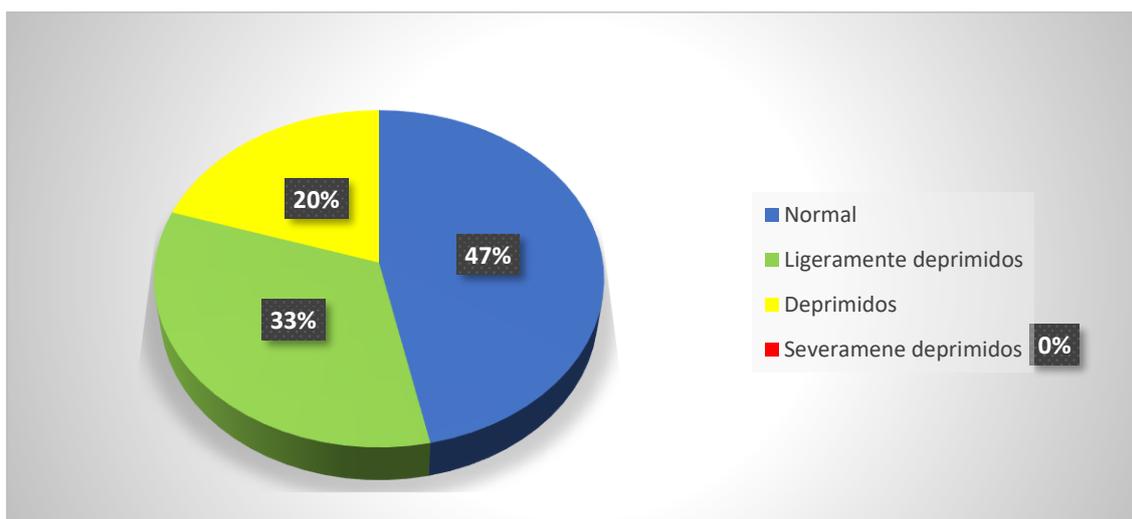
## 5. RESULTADOS

Tal y como enunciamos en nuestro objetivo principal, con esta investigación, observando los datos recogidos en nuestra muestra, se demuestra que la depresión en personas institucionalizadas es mayor que la que no lo están.



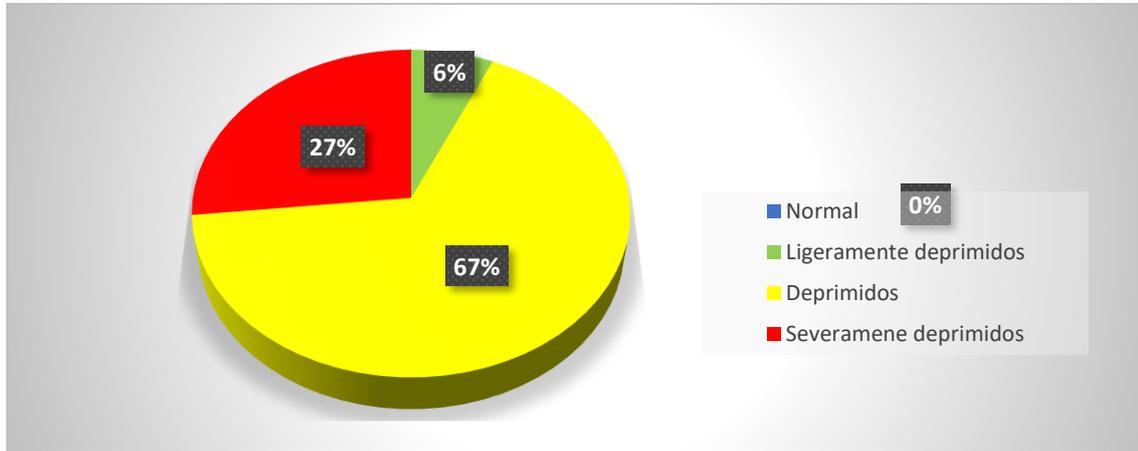
**Figura 7:** Comparativa de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

El grado de depresión en pacientes no institucionalizados varía en torno a normal, ligeramente deprimidos y deprimidos, siendo mayoritariamente individuos sin depresión lo que nos encontramos.



**Figura 8:** Porcentajes según el grado de depresión en ancianos no institucionalizados.

Por el contrario, en los pacientes institucionalizados, es alarmante el grado de depresión que alcanzan, estando la mayoría de los ancianos deprimidos, y un porcentaje importante de ellos severamente deprimidos.



**Figura 9:** Porcentajes según grados de depresión de ancianos institucionalizados.

Por todo esto, queda demostrado la existencia de una mayor prevalencia de depresión en las personas institucionalizadas, siendo bastante significativa la diferencia con aquellas que no están institucionalizadas.

Más allá de estos resultados, con este estudio también observamos la existencia de asociación entre el grado de dependencia del anciano y la intensidad de la depresión. Se puede establecer que tanto la existencia de sintomatología depresiva puede hacer que la persona sea más dependiente, como que la dependencia puede ser causa de depresión, a pesar de ello esta última puede presentarse en personas con completa autonomía. Es decir, la aparición o no de sintomatología depresiva está relacionada estrechamente con el grado de autonomía personal, los ancianos con un índice de Barthel menor, observamos que tienen un grado de depresión mayor. Por ello los individuos con mayor dependencia deberán de ser controlados por el mayor riesgo a padecer patológica depresiva.

## 6. DISCUSIÓN

El tema de la depresión ha sido estudiado desde tiempo atrás, sin embargo, cuando se le relaciona con la senectud, se encuentran pocos estudios al respecto, pues cuando se hace referencia a este tema, generalmente se piensa en enfermedad o se atribuyen al envejecimiento una serie de síntomas que se consideran normales a este proceso, cuando en su mayoría se trata de manifestaciones de un cuadro depresivo.

Los resultados de este estudio permiten observar cómo la depresión en los ancianos, y sobre todo institucionalizados, tiene una tasa de prevalencia muy elevada. Este hecho hace pensar en la senectud como una etapa de riesgo, ya que, como hemos nombrado anteriormente, en ella se presentan disminución de algunas capacidades, además de perder toda esperanza en la vida, al estar cada vez más próximo de la muerte.

En conclusión, se puede señalar que la depresión es un fenómeno complejo, que no permite explicaciones unicasales. Por esta razón se requieren nuevos estudios ya que el presente contempla a una muy pequeña parte de la población, por tanto, se sugiere la necesidad de seguir investigando en las causas de estas diferencias tan significativas entre pacientes institucionalizados y no institucionalizados, para poder llevar a cabo programas de atención psicosocial al anciano en residencias, trabajando con ellos aspectos como la esperanza, las motivaciones, la expresión de las emociones...

Además, el progresivo envejecimiento de la población, y el mayor riesgo de padecer depresión en las últimas generaciones, hace que, si no se ponen medios adecuados de detección precoz, así como iniciar una intervención terapéutica precoz, la frecuencia de la depresión en los ancianos será aún mayor, y constituirá uno de los problemas de salud pública y/o mental de mayor relevancia.

No obstante, el estudio realizado presenta algunas limitaciones, tales como el tamaño de la muestra, que podría ampliarse y hacer más extensivo este estudio a otras residencias y provincias. También los datos recogidos, son restrictivos en tanto quedan limitados a respuestas cerradas. Debido a que se trata de un

estudio preliminar, con una muestra pequeña de pacientes, en un futuro nuestro deseo es realizar un proyecto más global de análisis de esta situación de depresión en pacientes institucionalizados.

La importancia de este trabajo reside en que, al estudiar los datos obtenidos, se observa una alta prevalencia de depresión en personas mayores y sobre todo institucionalizadas. Una de las soluciones ante esta problemática es el desarrollo de un adecuado PAE (Proceso de Atención de Enfermería) que nos permita la estructuración de un correcto plan de cuidados para todos estos ancianos, considerando este proceso como la base del ejercicio de la profesión<sup>20</sup>.

Ante el problema de la depresión las intervenciones, objetivos y actividades a realizar según la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería serán:

- Diagnostico definitorio según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association):

00241- Deterioro de la regulación del estado de ánimo: estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas u/o fisiológicas que varían de leves a graves.

*Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia a estrés.*

*Patrón 10: afrontamiento/ tolerancia al estrés*

**Tabla 2:** Características definitorias y factores relacionados según criterios NANDA del diagnóstico: "Deterioro la regulación del estado de ánimo"

<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
Abandono	Aislamiento social
Actitud triste	Ansiedad
Agitación psicomotora	Cambio en el apetito
Autoconciencia excesiva	Cambios en el patrón de sueño
Autoestima afectada	Cambios en el peso
Autoinculpación excesiva	Deterioro en el funcionamiento social
Cambios en la conducta verbal	Deterioro funcional
Culpa excesiva	Dolor
Desesperanza	Enfermedad crónica
Desinhibición	Hipervigilancia

Deterioro de la concentración Disforia Irritabilidad Pensamientos de huida Retraso psicomotor	Pensamientos recurrentes de muerte Pensamientos recurrentes de suicidio Psicosis Soledad Uso inadecuado de sustancias
---	---

- Planteamiento de objetivos (NOC)

(1204) Equilibrio emocional

(1300) Aceptación: estado de salud

(1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado

(1502) Habilidades de interacción social

(1604) Participación de actividades de ocio

(1302) Afrontamiento de problemas

(1205) Aumentar autoestima

(1201) Esperanza

(2512) Recuperación del abandono

(1310) Resolución de la culpa

- Planificación de intervenciones (NIC)

(5330) Control del estado de ánimo

(5270) Apoyo emocional

(5440) Aumentar los sistemas de apoyo

(5310) Dar esperanza

(5820) Disminución de la ansiedad

(4720) Estimulación cognitiva

(5300) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

(5230) Mejorar el afrontamiento

(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales

(5400) Potenciación de la autoestima

(5100) Potenciación de la sociabilización

- Posibles actividades que realizar con nuestro grupo de pacientes:

Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, teniendo en cuenta aquellos medicamentos que afectan o contribuyen a las alteraciones del estado de ánimo

Comentar la experiencia emocional con el paciente, animándole a que exprese y reconozca sentimientos tales como ansiedad, ira, tristeza...y proporcionar apoyo necesario, intentando tomar junto a él soluciones a sus problemas.

Determinar el grado de apoyo familiar y económico del paciente.

Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente con el disfrute de éxitos y experiencias anteriores, pero nunca disfrazando la realidad.

Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas, informar al paciente sobre noticias o sucesos de actualidad, utilizar radio, televisión o música, proporcionar un calendario y orientar al paciente en tiempo, lugar y persona.

Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a largo y corto plazo y evaluar los recursos disponibles para ello.

Animar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de sí mismo.

Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, fomentando actividades sociales y comunitarias y fomentar el compartir problemas comunes con los demás.

## 7. CONCLUSIONES

- Al finalizar este estudio, podemos concluir diciendo que la depresión en los pacientes institucionalizados es superior a la de los ancianos no institucionalizados, siendo conscientes de las diversas limitaciones de nuestro estudio.

- Hemos conocido la diferencia del grado de depresión entre los dos grupos de estudios:

Un 50% de los ancianos estudiados eran institucionalizados, la puntuación media de la escala de Zung para estos pacientes fue de 67,2 que según el rango de depresión de dicha escala (véase anexo 2) corresponde a pacientes con depresión.

El otro 50% corresponderán a ancianos no institucionalizados cuya puntuación media de la escala de Zung fue de 49,13 que según el rango de depresión de dicha escala (véase anexo 2) corresponde a ausencia de depresión.

Con estos datos podemos observar la gran diferencia de prevalencia de depresión entre ambos grupos de población anciana.

- Al no ser la depresión un diagnóstico definitivo, según la clasificación NANDA<sup>20</sup>, en nuestro caso el diagnóstico adecuado para realizar un Proceso de Atención de Enfermería para nuestros pacientes es: “deterioro de la regulación del estado de ánimo”. El profesional de enfermería deberá conocer los objetivos, intervenciones y actividades a realizar, anteriormente descritos, para llevar a cabo una buena atención de los ancianos y evitar en la medida de lo posible estas tasas tan elevadas de depresión en los pacientes institucionalizados.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. García Villalta, Maricela. La depresión. [Internet] Curso psiquiatría 2012. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:auUaHA8bwJkJ:www.cebie.es/wp-content/uploads/2012/02/Monografia-psiquiatria-La-Depresi%25C3%25B3n.doc+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=es>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 th ed. Washington DC, USA. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. López R. Trastornos del ánimo. Depresión, ansiedad, apatía. Sueño y envejecimiento. Trastornos del sueño. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid. 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental. [Internet]. OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
5. Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso Español de depresión en el anciano. [Internet] SEPG 2010. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/sepg.es-publicaciones-ConsensoDepresion.pdf.pdf>
6. Pozo Cerna, MC. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad. Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. [revista internet]. 2015-Nº1:35-43. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/234/172>
7. Organización Médica Colegiada. Tres de cada cuatro ancianos con depresión no reciben tratamiento. Médicos y Pacientes.com. [revista internet]. OMC 2010. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/tres-de-cada-cuatro-ancianos-con-depresión-no-recibe-tratamiento>.
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. [informe compendiado internet]. OMS 2015. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo. [Internet]. INE 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1414>

10. Charles A. Hall y Charles F. Reynolds. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. [Internet]. PMC 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169311/>
11. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. [Internet]. NIMH 2010. Disponible en [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)
12. Lyn Y. Abramson, Lauren B. Alloy, Gerald I. Metalsky, Thomas E. Joiner, Bonifacio Sandín. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. [revista internet]. UNED Psicopatología y psicología clínica. Vol. 2,3. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845>
13. Gaitán N, Murcia S, Sarmiento K, Toro R, Umbarila D, Vargas J. Depresión mayor en adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. Rev. Vanguardia Psicológica. 2014.
14. Poy Solano, Laura. En 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo: OMS. [periódico internet] La jornada 2016. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/12/28/index.php?section=sociedad&article=034n1soc>
15. European Alliance Against Dpression. Targeting depression and suicide globally. [Internet]. iFightDepression, 2018. Disponible en: <https://ifightdepression.com/en/>
16. Fundación ANAED. Guía de la depresión. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.fundacionanaed.es/index.php/guia-de-la-depresion>
17. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010.
18. Zung WW. A self-rating depression scale. [Internet]. Disponible en: [http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung\\_scale/zung\\_scale.pdf](http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale.pdf)
19. Colegio Oficial de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería Española. [Internet] CODEM, 2018. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
20. NNNConsult. Taxonomía NANDA, NOC y NIC. [Internet]. Disponible en <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/>

21. Academia IFSES, Manual de preparación EIR 2018/2019. Bloque 11, enfermería psiquiátrica y salud mental. Depresión.
22. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Edición 5º. Editorial Médica Panamericana.
23. Portal de Salud Castilla y León. Depresión. [portal de internet] Aula de Pacientes de Castilla y León 2018. Disponible en:  
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/depresion>
24. Cid Ruzafa, Javier y Damián Moreno, Javier. Valoración de la discapacidad física. [revista internet] Revista Española de Salud Pública. Vol 71, nº2. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004)
25. Sociedad Española de Psicogeriatría. XXIV Congreso Nacional de Psicogeriatría. [Internet] SEPG 2018. Disponible en:  
<https://cordoba2018.sepg.es/>
26. Dolder C, Nelson M SA. Información Limitada sobre la Eficacia de los Nuevos Antidepresivos en Pacientes Ancianos. [revista internet]. Bago 2010 disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb699.htm#>
27. Cardona D, Chavarriaga L, Estrada A, Ordóñez J, Osorio J, Segura A. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Univ. Psychologica. 2013; 12(1): 81-94

## 9. ANEXOS

- Anexo 1 → Test de Barthel:

TEST DE BARTHEL		
AVD	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc...	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos...	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse...	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorio o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal, o es capaz de cuidarse una sonda si precisa	10
	Un episodio como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidarse la sonda si precisa	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independencia para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
<b>Total puntuación</b>		

- Anexo 2→ Test de depresión de Zung:

<b>TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG</b>				
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1. Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6. Todavía disfruto del sexo	4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario para la gente	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	4	3	2	1
<b>Total de puntos</b>				

- Anexo 3→ Interpretación de ambos test:

<b>Resultado Barthel</b>	<b>Grado de dependencia</b>
< 20	Total
21 - 60	Severa
61 - 90	Moderado
91 - 99	Leve o escasa
100	Independiente

<b>Resultado Zung</b>	<b>Grado de depresión</b>
25 - 49	Normal
50 - 59	Ligeramente deprimido
60 - 69	Moderadamente deprimido
>70	Severamente deprimido

