



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería de Valladolid



UVA

Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

Intervenciones de enfermería en personas mayores con depresión

Andrea Marín Escribano

Tutor/a: Dra. Virtudes Niño Martín

RESUMEN

Introducción. La depresión en la persona mayor se está convirtiendo en un importante problema de salud pública debido a la alta prevalencia, a las repercusiones negativas sobre la calidad de vida del paciente y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. A pesar de la relevancia clínica, se ha constatado que es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada en Atención Primaria. La presentación inespecífica y atípica, la atribución errónea al proceso normal del envejecimiento y la presencia concomitante de enfermedades crónicas dificulta el correcto diagnóstico y la instauración de un plan terapéutico acorde a la enfermedad.

Objetivo. Por todo ello, este presente trabajo tiene como principal objetivo determinar las intervenciones de enfermería realizadas desde Atención Primaria en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica desde diciembre de 2019 hasta abril de 2020 sobre las intervenciones de enfermería más eficaces realizadas desde Atención Primaria en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

Resultados. Se incluyeron 25 artículos de los 63 seleccionados con diferentes diseños de investigación.

Conclusiones. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria ejercen un papel fundamental en el cuidado individualizado de cada paciente anciano, por lo que proporcionar una atención de enfermería adecuada puede disminuir notablemente las consecuencias negativas derivadas de la depresión.

Palabras clave: “persona mayor”, “anciano”, “depresión geriátrica”, “factores de riesgo”, “intervenciones de enfermería”, “cuidados de enfermería”, “valoración”.

ABSTRACT

Introduction. Depression in elderly population is becoming an important public health problem due to its high prevalence, the negative effects on quality of life of the patient and its role as one of the main suicide risk factors. Despite the clinical relevance, it has been confirmed that depression is an under-diagnosed and under-treated disease in Primary Care. The unspecific and untypical presentation, the erroneous statement to the normal aging process and the concomitant presence of chronic diseases make it difficult to diagnose correctly and to establish a therapeutic plan according to the disease.

Objective. For all these reasons, the main objective of this work is determining the nursing interventions carried out from Primary Care in the management and treatment of depression in elderly people.

Methods. A bibliographic review was developed from December 2019 to April 2020 about the most effective nursing interventions carried out from Primary Care in the management and treatment of depression in elderly people.

Results. 25 articles with different research methods were included from the 63 selected ones.

Conclusions. Primary Care nursing professionals play an essential role taking care of each elderly patient, so providing appropriate nursing care can significantly reduce the negative consequences of depression.

Keywords: “elderly”, “geriatric depression”, “risk factors”, “nursing interventions”, “nursing care”, “assessment”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
2. Justificación	2
3. Objetivos.....	2
4. Material y métodos	3
4.1 Diseño	3
4.2 Estrategia de búsqueda.....	3
4.3 Estrategia de selección	3
4.4 Cronograma de trabajo.....	4
5. Resultados y desarrollo del tema	4
5.1 Concepto de la depresión	5
5.2 Epidemiología de la depresión.....	5
5.3 Sintomatología de la depresión	7
5.4 Tipos de depresión	8
5.5 Factores de riesgo de la depresión	9
5.6 Consecuencias de la depresión.....	13
5.7 Intervenciones de enfermería en Atención Primaria.....	14
5.7.1 Valoración.....	15
5.7.2 Soporte psicoeducativo	19
5.7.3 Plan de cuidados	21
5.7.4 Seguimiento clínico y vigilancia del cumplimiento terapéutico	25
6. Discusión	26
7. Conclusiones.....	27
8. Bibliografía.....	28
9. Anexos.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de trabajo	4
Tabla 2. Consideraciones para crear una relación terapéutica.....	16
Tabla 3. Técnicas de comunicación utilizadas en la entrevista	16
Tabla 4. Plan de cuidados estandarizado en el adulto mayor con depresión.....	22
Tabla 5. Propiedades psicométricas de las escalas de depresión geriátrica.....	31
Tabla 6. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS).	31
Tabla 7. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).....	32
Tabla 8. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)	33
Tabla 9. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg	35
Tabla 10. Test de Adherencia Terapéutica	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados de búsqueda	4
Figura 2. Prevalencia de depresión por grupos de edad en España.....	6
Figura 3. Prevalencia de depresión por Comunidad Autónoma en España.....	6
Figura 4. Prevalencia de depresión por sexos en el colectivo geriátrico.....	6
Figura 5. Esquema de las intervenciones de enfermería realizadas en AP.....	25

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha producido un envejecimiento importante de la población mundial. La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que entre los años 2015 y 2050, la proporción de personas mayores de 60 años aumentará de un 12% a un 22% en todo el mundo¹. En concreto, datos proporcionados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) muestran que actualmente en España la población mayor de 65 años se sitúa alrededor de un 17% de la población total, pero en el año 2050 la proporción de la población anciana aumentará y se situará por encima del 30% de la población total².

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones en la esfera biopsicosocial de la persona, dando lugar a cambios biológicos, psicológicos y sociales. Esta situación convierte a los ancianos en un grupo vulnerable ante los procesos patológicos, y en particular, ante trastornos mentales como la depresión³.

La depresión en las personas mayores se está convirtiendo en un importante problema de salud pública. La OMS estima que este trastorno afecta a un 7% de la población mayor de 65 años en todo el mundo y supone un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre este colectivo¹. A pesar de la alta prevalencia y de la relevancia clínica se ha constatado que es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada en Atención Primaria. Tanto su presentación inespecífica y atípica como su atribución errónea al proceso normal del envejecimiento dificulta el correcto diagnóstico y la instauración de un plan terapéutico acorde a la enfermedad. A todo ello hay que sumarle las graves repercusiones en la salud tales como la discapacidad o el suicidio que provoca esta enfermedad⁴.

No obstante, los profesionales de enfermería de Atención primaria ejercen un papel fundamental en la valoración integral y en la implementación de cuidados individualizados adaptados a las necesidades de los ancianos con trastorno depresivo. Todo ello persigue el objeto de disminuir las repercusiones que pueden comprometer la salud del paciente anciano⁵.

2. JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria en España tienen una larga tradición en el manejo y abordaje clínico de las principales enfermedades crónicas de los ancianos como la diabetes, la hipertensión arterial, etc. Sin embargo, no se ha fomentado con la misma intensidad un rol en el manejo y abordaje de los problemas de salud mental, en concreto de la depresión geriátrica.

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria pueden realizar, con la formación adecuada, una variedad más amplia de intervenciones en salud mental. Con este trabajo, lo que se pretende es visibilizar y potenciar el papel de la enfermería proporcionando una serie de intervenciones de enfermería en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las intervenciones de enfermería realizadas desde Atención Primaria en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de la depresión en la población mayor.
- Identificar los principales síntomas y factores de riesgo en el adulto mayor con trastorno depresivo.
- Determinar la importancia del papel de la enfermería en el tratamiento de la depresión en el anciano.
- Resaltar la importancia de una correcta valoración integral geriátrica.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizado en la depresión, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, se realizó una búsqueda bibliográfica desde diciembre de 2019 hasta abril de 2020 sobre las intervenciones de enfermería más eficaces realizadas desde Atención Primaria en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

4.2 Estrategia de búsqueda

Los recursos electrónicos y bases de datos empleados en la búsqueda electrónica en diferentes fueron: Dialnet, Elsevier, Google Scholar, PubMed, Scielo, Science Direct.

Para la búsqueda de información se insertaron como palabras clave en castellano (DeCS): “persona mayor”, “anciano”, “depresión geriátrica”, “factores de riesgo”, “intervenciones de enfermería”, “cuidados de enfermería”, “valoración”. En inglés, los descriptores utilizados (MeSH) fueron: “elderly”, “geriatric depression”, “risk factors”, “nursing interventions”, “nursing care”, “assessment”. Además, se emplearon los operadores booleanos “AND” y “OR” para obtener distintas combinaciones de búsqueda de información.

Además de las bases de datos mencionadas, se consultaron diversas revistas de investigación, libros especializados, guías de buena práctica clínica y diferentes páginas web oficiales de entidades y organizaciones de relevancia a nivel nacional o internacional como OMS, ENSE, SEGG, DSM-V, MSCBS, SEP, NNN CONSULT.

Para una mayor precisión y comprensión de los términos biomédicos en aquellos artículos escritos en inglés se utilizó MESH (Medical Subject Headings).

4.3 Estrategia de selección

Los límites de la búsqueda se basaron en los siguientes criterios de inclusión y exclusión previamente fijados.

Como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos artículos elaborados por entidades y organizaciones de rigor científico, de los últimos 8 años (2012-2020), con acceso gratuito, texto completo y redactados en castellano e inglés.

Como criterios de exclusión se desecharon aquellos artículos que no cumplieran los criterios de inclusión.

4.4 Cronograma de trabajo

Para conseguir una mayor organización y gestión del tiempo me propuse seguir el siguiente cronograma de trabajo (**tabla 1**).

Tabla 1: Cronograma de trabajo.

Actividades	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Redacción de la propuesta de TFG							
Búsqueda bibliográfica en bases de datos y libros							
Analizar y filtrar la información obtenida							
Búsqueda más exhaustiva de información							
Redactar el borrador del TFG							
Realizar modificaciones oportunas y pasarlo a limpio							
Realizar presentación en PPT							
Entrega, presentación y defensa del TFG							

5. RESULTADOS Y DESARROLLO DEL TEMA

Tras la aplicación de los criterios de búsqueda en las diferentes bases de datos y descartar los artículos repetidos se obtuvieron un total de 1245 artículos (**figura 1**). Como primer criterio de selección, se realizó un análisis de los títulos, obteniéndose 146 artículos. Como segundo criterio de selección se realizó una lectura del resumen, obteniéndose 63 artículos. Como último criterio, se realizó una lectura completa de los artículos, obteniéndose 25 artículos que finalmente fueron empleados en la revisión bibliográfica.

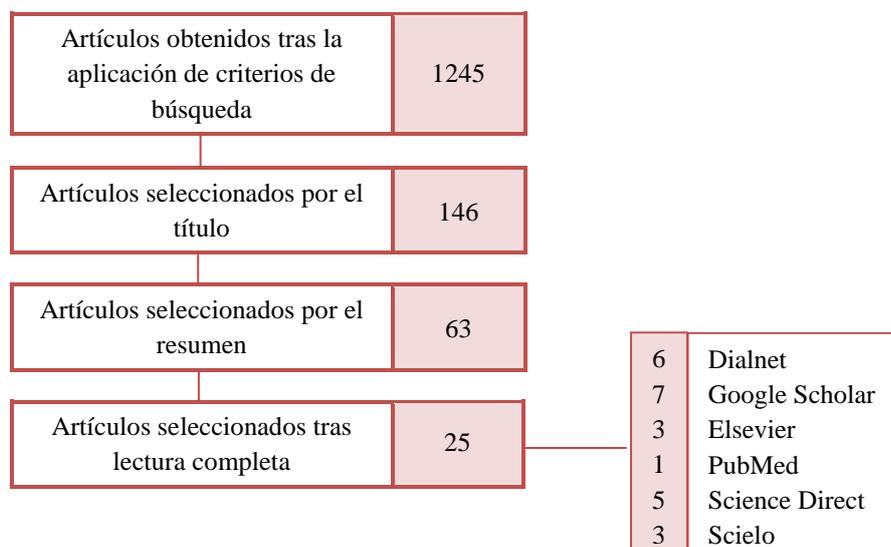


Figura 1. Resultados de búsqueda.

5.1 Concepto de depresión

La OMS define la depresión como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio”⁶.

Sin embargo, la depresión entre la población geriátrica constituye un ejemplo de presentación inespecífica y atípica de la enfermedad.

Es importante analizar las características del trastorno depresivo en este colectivo, puesto que en muchos casos pueden pasar desapercibidas y ser atribuidas erróneamente al propio proceso de envejecimiento⁴.

5.2 Epidemiología de la depresión

- Según la OMS, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo⁷.
- En Europa, Alemania es el país con más casos de depresión, seguida de Italia y de Francia. España se convierte en el cuarto país con más casos⁷.
- Según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en el año 2017, el 6,68% de los españoles presentaba depresión (**figura 2**)⁸.
- Si analizamos la tasa de depresión de las diferentes comunidades autónomas de España en 2017, observamos que Asturias (13,40%) y Galicia (12,93%) presentan una mayor tasa mientras que las Islas Baleares (3,88%) y Ceuta (4,43%) presentan una menor tasa (**figura 3**)⁸.
- Datos aportados por la ENSE en 2017, muestran que entre el colectivo geriátrico, el 10,64% de los adultos mayores entre 65 y 74 años, el 13,73% de los adultos mayores entre 75 y 84 años y el 11,36% de los adultos mayores de 85 años o más presentaban depresión. El mayor pico de depresión entre la población general se encontraba entre los 75 y 84 años donde 1/4 personas mayores lo padecía⁸.
- En cuanto a la distribución por sexos, según la ENSE en 2017, se observó que la prevalencia de depresión entre la población mayor de 65 años fue más del doble en las mujeres que en los hombres (**figura 4**)⁸.
- Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), la prevalencia de la depresión en este colectivo varía dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren:

- El 10% de los ancianos que viven en la comunidad.
- Entre el 15% y 35% de aquellos institucionalizados en residencias geriátricas.
- Entre el 10% y 20% de aquellos que se encuentran hospitalizados⁹.

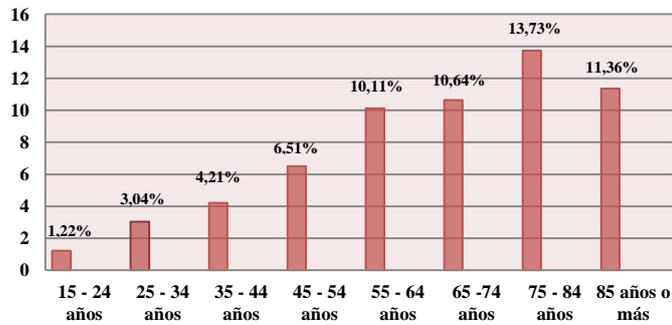


Figura 2. Prevalencia de depresión por grupos de edad en España.

Fuente: ENSE, 2017⁸.

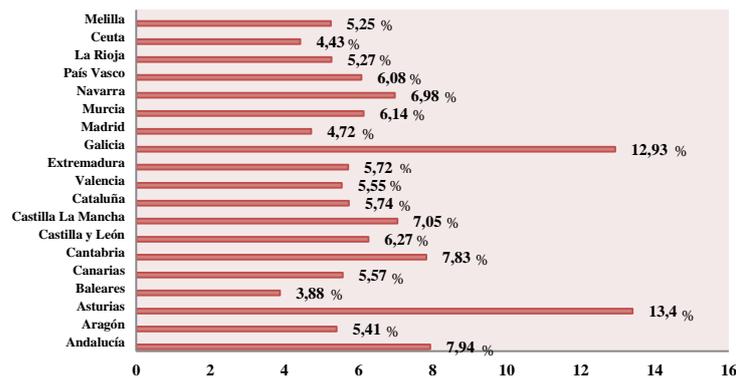


Figura 3. Prevalencia de depresión por Comunidad Autónoma en España.

Fuente: ENSE, 2017⁸.

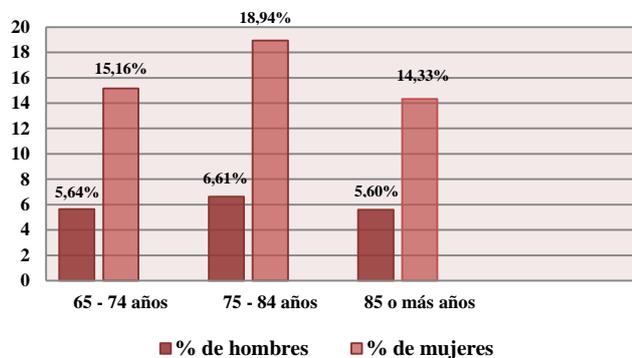


Figura 4. Prevalencia de depresión por sexos en el colectivo geriátrico.

Fuente: ENSE, 2017⁸.

5.3 Síntomas de la depresión

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), los síntomas más frecuentes de la depresión son los siguientes:

1. **Estado de ánimo depresivo** la mayor parte del día, casi a diario, según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. **Disminución importante del interés o del placer** por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario, según refiere el propio sujeto u observan los demás.
3. **Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso** (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi a diario.
4. **Insomnio o hipersomnia** casi a diario.
5. **Agitación o enlentecimiento psicomotor** casi a diario.
6. **Fatiga o pérdida de energía** casi cada día.
7. **Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada** (que pueden ser delirantes) casi a diario (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión**, casi cada día, ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena.
9. **Pensamientos recurrentes de muerte** (no solo temor a la muerte), **ideación suicida recurrente** sin un plan específico o una **tentativa de suicidio** o un **plan específico para suicidarse**.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento¹⁰.

Además de los síntomas descritos anteriormente, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología recoge una serie de características presentes en la depresión del anciano:

1. Uno de los principales indicadores de depresión en el adulto mayor es la **anhedonia**, caracterizada por la pérdida de ilusión, de interés y de satisfacción por todas aquellas actividades que anteriormente le resultaban gratificantes^{4,9}.

2. La presencia de **quejas somáticas**, la **somatización** y la **dificultad en el reconocimiento de sintomatología depresiva** son características principales de la depresión geriátrica^{4,9,11}.
3. La **tristeza** o el **sentimiento de inutilidad** pueden ser somatizados de manera característica por el anciano y por ello, es frecuente la escasa expresividad de tristeza. Se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza^{4,9,11}.
4. Los **problemas digestivos** como el estreñimiento o los dolores abdominales son los síntomas más prevalentes en la depresión geriátrica, llegando a alcanzar el 74,7% de los casos^{4,12}.
5. La depresión es uno de los principales factores de riesgo de **pérdida de peso** en la vejez (se asocia a una pérdida de masa ósea y representa uno de los principales indicadores de un pobre estado de salud)^{4,9}.
6. Con frecuencia, suelen presentar **síntomas físicos** como fatiga, palpitaciones, cefalea, parestesias, dolores torácicos, osteomusculares, malestar general...^{4,9}
7. En ocasiones, el humor depresivo pasa desapercibido por el **aplanamiento afectivo** de algunos ancianos^{4,9}.
8. La **tendencia al retraimiento** y **aislamiento social** junto con posibles **trastornos de conducta e irritabilidad**^{4,11}.
9. Es frecuente la presencia de **alteraciones cognitivas** (problemas de atención, concentración y memoria, disminución de la capacidad de tomar decisiones)^{4,11}.
10. A menudo, se da la **presencia de enfermedades concomitantes**. Las cifras de depresión mayor aumentan en torno al 5-10% en Atención Primaria cuando el paciente presenta enfermedades concomitantes^{4,9}.
11. El adulto mayor deprimido tiene una mayor probabilidad de presentar una **sintomatología psicótica** caracterizada por ideas delirantes de culpabilidad, de persecución, de celos, de nihilismo y de negación^{4,13}.

5.4 Tipos de depresión

Partiendo de los criterios de clasificación de la DSM-V, los tipos de depresión más frecuentes entre el colectivo geriátrico son los siguientes:

- **Trastorno depresivo mayor.** Es un tipo de depresión que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por

casi todas las actividades, durante al menos un periodo de dos semanas que incluye, además, cinco o más de los síntomas depresivos de la DSM-V descritos anteriormente. La duración, la gravedad de los síntomas y el grado de disfunción pueden variar en gran medida. A su vez, se divide en leve, moderado y grave con y sin características psicóticas¹⁰.

Dentro del trastorno depresivo mayor, en los pacientes geriátricos cabe destacar la **depresión psicótica** que cursa con sintomatología psicótica, es decir, ideas delirantes y el **Síndrome de Cottard** que se caracteriza por la presentación de delirios de negación en el que el paciente manifiesta ideas de muerte o disfunción orgánica¹³.

- **Trastorno depresivo persistente (distimia).** Es un tipo de depresión que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido presente la mayor parte de los días, durante al menos dos años, junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión mayor¹⁰.
- **Trastorno depresivo no especificado.** Es un tipo de depresión en el que se incluyen trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios descritos anteriormente (trastorno depresivo mayor y distimia). Los más prevalentes en las personas mayores son:
 - **Trastorno depresivo menor.** Episodios de al menos un periodo de dos semanas con menos de cinco síntomas depresivos descritos en la DSM-V.
 - **Trastorno depresivo breve recidivante.** Episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante un año¹⁰.

5.5 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo en el que intervienen un amplio grupo de factores de riesgo biológicos, psicológicos, clínicos y sociales.

Factores biológicos

- **Genética.** Se calcula que casi más de la mitad de los casos con depresión se deben a componentes genéticos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor que la población general. Además, la concordancia en gemelos monocigóticos se estima en el 46%, y en dicigóticos en el 20%¹⁴.

- **Sexo.** El estudio transversal realizado acerca de la influencia de género en la sintomatología depresiva en los ancianos muestra que la prevalencia de síntomas entre las mujeres es del 40,3% mientras que en los hombres es del 22,8%. Los datos obtenidos sugieren que las mujeres presentan un mayor riesgo de depresión debido a una mayor tasa de discapacidad, viudez y nivel bajo de estudios debido a la condición social que presentaban hace años¹⁵.
- **Modificaciones a nivel cerebral.** A nivel neurofisiológico, la depresión podría estar asociada con anormalidades funcionales del cerebro de tipo regional o localizada. De esta forma, la depresión unipolar estaría relacionada con una disfunción en la corteza prefrontal y en los ganglios basales. Por otro lado, a nivel neurobioquímico, la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” indica que el déficit de los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina actúa en las neuronas del SNC, pudiendo ser claves en la fisiopatología de la depresión¹⁶.

Factores psicológicos

- **Patrones de pensamiento.** Las distorsiones cognitivas, la presencia de pensamientos irracionales y catastróficos, unidos a sentimientos de inutilidad, desadaptación, desesperanza, abandono y baja autoestima aumentan el riesgo de padecer depresión en los adultos mayores¹³.
- **Estructura de personalidad.** Los tipos de personalidad negativistas, dependientes, obsesivas, narcisistas e hipocondriacas aumentan el riesgo de presentar depresión en la vejez debido, según apuntan diversas fuentes, a la pérdida de los medios protectores, del control y de autonomía. Asimismo, son predictoras de un mal pronóstico y un tratamiento más complejo y resistente¹³.

Factores clínicos

- **Comorbilidad orgánica y mental.** Durante la vejez, la presencia de patologías, especialmente las de carácter crónico, constituyen un factor de riesgo en el desarrollo de la depresión. Se estima que alrededor del 25% de los ancianos con dos o más enfermedades presenta depresión¹⁷.

Las razones por las que se produce esta relación podrían encontrarse en los mecanismos fisiopatológicos o reactivos de la propia enfermedad, en el tratamiento farmacológico...^{18, 19}

Las **patologías médicas** más frecuentes que pueden desencadenar depresión en ancianos son las enfermedades neurológicas (Alzheimer, Parkinson, enfermedades cerebrovasculares), cardiovasculares, oncológicas, reumatológicas, diabetes mellitus, infecciones, trastornos mentales^{13, 18, 19}.

Los **fármacos y sustancias** más destacados que pueden causar sintomatología depresiva son los fármacos cardiovasculares (clonidina, reserpina, digoxina, estatinas), hormonas, antineoplásicos, psicofármacos (antipsicóticos), analgésicos (mórfico, indometacina), sustancias de abuso (alcohol, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis)^{13, 18, 19}.

- **Frecuentes hospitalizaciones.** La bibliografía consultada señala que la depresión en los adultos mayores hospitalizados constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. La asociación entre depresión y hospitalización se podría explicar porque normalmente estos pacientes cursan con enfermedades crónicas concomitantes. Esta situación puede favorecer una mala evolución y por tanto, un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional²⁰.

En un estudio llevado a cabo por EURODEP se observa que aproximadamente entre un 10 y 20% de los ancianos hospitalizados presentan depresión⁴.

Factores sociales

- **Soledad.** La soledad en la vejez surge como consecuencia de una serie de pérdidas en el sistema de soporte individual y una disminución de la participación de las actividades en la sociedad. El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales puede desencadenar en el anciano baja autoestima, inestabilidad, desesperanza y sentimientos de vulnerabilidad, favoreciendo la aparición de sintomatología depresiva²¹.
- **Dinámica familiar.** La familia ejerce un papel importante en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor. Algunos miembros consideran el cuidado del anciano como una carga fisiológica, emocional, social y económica dentro de la familia. Generalmente, el anciano es sometido a cambios de domicilio a conveniencia de los familiares, provocándole un deterioro de la comodidad, privacidad y estabilidad²².

- **Maltrato.** La OMS define el maltrato en el anciano como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”.

Puede realizarse de diversas maneras, entre las que se encuentran el maltrato físico, psíquico, emocional, sexual, abuso de confianza en cuestiones económicas o consecuencia de una negligencia en su cuidado, ya sea intencionado o no. Es realizado en mayor medida por los familiares y cuidadores. El principal indicador de maltrato es la búsqueda continua de atención médica por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de tener un tratamiento eficaz²³.

- **Pérdida del estatus social.** Los ancianos normalmente son calificados como personas débiles y dependientes por las generaciones más jóvenes. Este tipo de estereotipos, que presentan un significado negativo y despectivo, conducen a una autopercepción por parte de los ancianos que afecta a su propia autoestima²⁴.

- **Jubilación.** La jubilación supone un cambio radical e importante en el estilo de vida de una persona. Todo cambio requiere un periodo de adaptación. La mayor parte de los ancianos jubilados presentan una adaptación positiva, mientras que en una pequeña proporción de los mismos se produce una serie de consecuencias negativas, entre ellas la depresión.

En gran medida, la identidad de una persona se construye a través del trabajo. La pérdida del rol activo genera una pérdida de parte de la identidad personal, una disminución de la autoestima al sentir que ha dejado de ser útil, de la fortaleza y del reconocimiento personal.

A todo ello, se le suma la pérdida económica, la ausencia de socialización y el exceso de tiempo libre que conlleva jubilarse.

Los recursos económicos disminuyen en casi todos los casos, ya que la prestación que se cobra es inferior a los ingresos habituales.

Las relaciones sociales se empobrecen en cantidad e intensidad, con respecto al período anterior, a la vez que disminuyen los contactos interpersonales, alterando el esquema de relaciones familiares y sociales.

Los ancianos también pueden tener dificultades para emplear su tiempo positivamente y caen en el no saber qué hacer²⁵.

Datos aportados por la ENSE en 2017, reflejan que en España el 11,14% de los jubilados presenta depresión⁸.

- **Duelo.** Las pérdidas afectivas suponen un momento de gran tensión emocional en el que se incluyen sentimientos de culpa y sensación de soledad e inseguridad. Tras este suceso, un 85 % de las personas mayores de 60 años presenta un cuadro depresivo durante el año siguiente al fallecimiento de su familiar o allegado²⁶.
- **Dependencia.** La pérdida de salud que conlleva la edad está condicionada, en muchas ocasiones, al deterioro funcional y por tanto, a la dependencia y a la pérdida de autonomía²⁷.

La dependencia se define como la incapacidad de una persona para realizar de forma efectiva las actividades de la vida diaria. La dependencia está asociada a mayores cifras de mortalidad, discapacidad y desarrollo de enfermedades mentales entre las que se encuentran la depresión²⁷.

Se han encontrado numerosas evidencias científicas que afirman la asociación entre depresión y dependencia, hallando una relación inversamente proporcional entre la escala de Yesavage y el índice de Barthel²⁷.

En España, el 74% de la población dependiente mayor de 65 años presentan cuadros depresivos⁸.

- **Institucionalización en residencias geriátricas.** La influencia de ciertos valores culturales tradicionales basados en la familia, hacen pensar a muchas personas mayores que sus hijos se van a ocupar de su cuidado cuando lo necesiten. El hecho de institucionalizarles en residencias geriátricas les provocan sentimientos de abandono, soledad, pérdida de libertad, incapacidad... Esta situación puede favorecer la aparición de síntomas depresivos²⁸.

En un estudio llevado a cabo por EURODEP se observa que aproximadamente el 35% de los ancianos institucionalizados en residencias presentan depresión⁴.

5.6 Consecuencias de la depresión

Suicidio

En España, el suicidio se relaciona con una amplia variedad de enfermedades mentales y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general²⁹.

Diversos estudios han señalado que algunos de los síntomas más frecuentes de la depresión como son los sentimientos de desesperanza, la pérdida de motivación y la

falta de control y de autonomía frente a la vida aumentan de forma significativa el riesgo de consumir el suicidio²⁹.

Los datos aportados por la INE indican que la tasa registrada de suicidios consumados aumenta con la edad, en especial a partir de los 65 años. Los hombres de 75 años o más presentan un mayor ratio de suicidio por grupos de edad. En concreto, el 15% de los ancianos que consuma el suicidio presenta trastorno depresivo³⁰.

Pérdida de calidad de vida

En España, se estima que la depresión representa el 4,33% de los años vividos con una discapacidad²⁹.

La bibliografía consultada confirma que el curso de los síntomas depresivos en las personas mayores está relacionado con una pérdida de calidad de vida y satisfacción y un peor funcionamiento en la vida diaria¹⁹.

En el estudio "Función cognitiva después de la remisión clínica en pacientes con depresión melancólica y sin ella", se demuestra que la disminución de las funciones cognitivas presentes en la depresión (pérdidas de memoria, problemas de concentración y atención, dificultades para llevar a cabo sus tareas habituales) se mantienen afectadas una vez que los pacientes se recuperan. Estas alteraciones tienen un claro impacto en la calidad de vida de los pacientes al potenciar su dificultad para tomar decisiones adecuadas y obstaculizar su recuperación²⁹.

Por otro lado, los pacientes que presentan este trastorno tienen una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud, entre los que destacan las enfermedades cardiovasculares (ACV, IAM), la diabetes y otros trastornos mentales. Datos aportados por la ENSE, señalan que el 68,4% del total de personas que presentan depresión y/o ansiedad percibe su estado de salud entre regular y muy malo²⁹.

5.7 Intervenciones de enfermería en Atención Primaria

La depresión geriátrica es el trastorno mental más frecuente en Atención Primaria. El impacto de esta enfermedad en términos económicos es alto, pero en términos de sufrimiento es incalculable. Este trastorno interfiere en el funcionamiento de la esfera biopsicosocial del paciente³⁰.

Aunque la atención a la depresión es una tarea frecuente en Atención Primaria, siguen existiendo carencias significativas en el manejo y abordaje de estos pacientes. Esto conlleva que, a menudo, los resultados clínicos obtenidos no sean satisfactorios³¹.

La alta prevalencia, el impacto asociado y la existencia de obstáculos en el manejo adecuado hacen pensar en la necesidad de mejorar las intervenciones terapéuticas³¹.

Se ha demostrado que la aplicación de modelos de atención a enfermedades crónicas en la depresión es efectiva para mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos. En concreto, se ha desarrollado el modelo INDI (Interventions for Depression Improvement)^{31,32}.

El Modelo INDI es un programa multicomponente que potencia y fortalece el papel del profesional de enfermería de Atención Primaria en la atención al paciente deprimido^{31,32}.

La bibliografía consultada demuestra que la participación del profesional de enfermería en el manejo y abordaje de la depresión en Atención Primaria mejora los resultados clínicos de la depresión^{33,34}.

El profesional de enfermería se sitúa en una posición estratégica en este enfoque asistencial, orientándose hacia una atención integral centrada en el paciente y proporcionando apoyo al autocuidado y al fortalecimiento de sus propias capacidades, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial^{33,34}.

En este programa, el profesional de enfermería lleva a cabo las funciones de valoración, soporte psicoeducativo, planificación de cuidados, seguimiento clínico activo y sistemático y vigilancia del cumplimiento terapéutico. Asimismo, la enfermera asume una función de apoyo al paciente en el recorrido por los diferentes ámbitos del sistema asistencial^{33,34}.

5.7.1. Valoración^{14,31}

La valoración geriátrica integral consiste en la recogida, interpretación y organización de información sobre el paciente, familiares y entorno. En esta etapa, se busca conocer que necesidades básicas están alteradas y en qué medida. En el anciano, la valoración debe realizarse con un enfoque amplio, puesto que con frecuencia, la depresión se presenta de forma atípica e inespecífica³⁵.

La bibliografía consultada sobre la práctica enfermera explica que el método más adecuado para la recogida de datos es la entrevista clínica³⁵.

Entrevista clínica¹⁴

La entrevista personal es el método más eficaz para la obtención de información significativa³⁵.

Antes de iniciar la entrevista como tal, el profesional de enfermería debe dejar a un lado los prejuicios sociales que existen con respecto a la depresión dentro del colectivo geriátrico, ya que, como hemos indicado anteriormente, los signos y síntomas de esta enfermedad pueden ser erróneamente considerados como propios del envejecimiento normal.

Para comenzar la entrevista, es necesaria la **construcción de una relación terapéutica**. El paciente debe alcanzar durante los primeros minutos un clima de seguridad y confianza suficientes como para explicar abiertamente sus problemas personales³⁶ (**tabla 2**).

Tabla 2. Consideraciones para crear una relación terapéutica.

<ul style="list-style-type: none"> - Entorno físico que asegure privacidad. - Presentación del profesional de enfermería que va a realizar la entrevista. - Confidencialidad de la información recogida. - Actitud respetuosa y atenta, independientemente del aspecto o condición del paciente. - Actitud empática con un estilo de comunicación centrado en el paciente. - Transmisión de un interés sincero y auténtico por los problemas expresados por el paciente. - Impresión de autenticidad, manteniendo una actitud abierta y espontánea, evitando las preguntas rígidas y permitiendo la libre expresión del paciente.
--

Fuente: IFSES: Enfermería psiquiátrica y de salud mental³⁷.

Para la obtención de información es imprescindible conocer cuáles son las técnicas de comunicación más apropiadas en una entrevista³⁶ (**tabla 3**).

Tabla 3. Técnicas de la comunicación utilizadas en la entrevista.

Técnicas no verbales	Técnicas verbales
<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Uso del silencio. - Reducir las barreras. - Favorecer la intimidad. - Uso de recursos corporales: expresiones faciales, gestos, posturas, contacto físico, forma de hablar. - Cualidades del profesional: empatía, calidez, respeto, concreción y autenticidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paráfrasis o reformulación: repetición sistemática de lo que ha dicho el paciente. - Clarificación: aclaración de un dato que el paciente transmite de forma confusa. - Validación: confirmación de algo que creemos estar percibiendo. - Reconducción: retomar el hilo conductor de la entrevista evitando divagaciones. - Preguntas abiertas y cerradas.

Fuente: IFSES: Enfermería psiquiátrica y de salud mental³⁷.

El paciente anciano con trastorno depresivo tiene algunas dificultades añadidas que han de tenerse en cuenta y que se derivan de la propia naturaleza de la enfermedad. Puede haber perdido la esperanza en recuperarse y presentar pesimismo y dificultades cognitivas tales como entumecimiento o problemas de concentración. En estos casos el profesional de enfermería debe dirigir las preguntas hacia el área que desea explorar, repitiéndolas o reformulándolas si es necesario, para lograr un máximo de especificidad³⁶.

Se recomienda comenzar la entrevista clínica con tres preguntas básicas: ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo le ocurre? ¿A qué lo atribuye?³⁸

A continuación, es importante valorar la esfera psicosocial del paciente:

- **Creencias.** El profesional de enfermería debe conocer la interpretación que tiene el paciente sobre su enfermedad. Las preguntas recomendadas son: ¿Por qué cree que le pasa esto? ¿Con qué cree que puede tener relación?³⁸
- **Estado del paciente.** Las preguntas recomendadas son: ¿Cómo se siente? ¿Se siente mal consigo mismo? ¿Se encuentra triste, decaído o desesperanzado? ¿Ha perdido interés por las cosas que le gustaban? ¿Ha tenido sentimientos de culpabilidad e inutilidad debido a la enfermedad? ¿Ha presentado cambio de apetito? ¿Ha tenido problemas para quedarse dormido, seguir durmiendo o dormir demasiado? ¿Ha tenido problemas para concentrarse?³⁸
- **Entorno del paciente.** El profesional de enfermería debe abordar diferentes cuestiones acerca del ámbito familiar y social, problemas económicos y posibles acontecimientos vitales adversos que puedan ser los desencadenantes de la enfermedad. Las preguntas recomendadas son: ¿Ha ocurrido últimamente algo importante en su vida? ¿Algún cambio familiar, social o laboral? ¿Ha experimentado algún tipo de pérdida? ¿Cuenta con algún familiar o amigo que le pueda proporcionar ayuda en caso de necesitarla? ¿Siente que ha decepcionado a su familia? ¿Tiene usted o alguien cercano algún problema?³⁸
- **Adaptación al medio.** Las preguntas recomendadas son: ¿La vida le pide más de lo que puede dar? ¿Siente que le exigen de forma injusta o exagerada? ¿Se encuentra estresado?³⁸
- **Personalidad.** Las preguntas recomendadas son: se examina cómo era y es ahora el paciente con preguntas tipo: ¿Ha cambiado últimamente de carácter, de forma de ser u actuar? ¿Era usted antes así? ¿Cómo considera que es su personalidad?³⁸

Por último, debe explorarse el **riesgo potencial de suicidio** aunque aparentemente no exista. El profesional de enfermería debe abordar este tema una vez se haya establecido un cierto grado de comunicación con el paciente. Al explicarse puede sentirse aliviado y disminuir, por sí misma, la presión de la conducta suicida. Las preguntas recomendadas son: ¿Piensa a menudo que la vida no tiene sentido? ¿Ha querido hacerse daño en algún momento? ¿Piensa que en su situación sería mejor desaparecer? La presencia de conductas suicidas o de antecedentes familiares de suicidio deben ser remitidas de forma urgente al especialista³⁶.

Escalas de depresión geriátrica¹⁴

El uso de instrumentos psicométricos permite conocer la situación de salud real y sentida por el paciente en un marco temporal determinado. Deben cumplimentarse tras la realización de la entrevista clínica³⁵.

Las escalas geriátricas validadas en España con las propiedades psicométricas más adecuadas (anexo I) son las siguientes³⁹:

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).** Se trata de una escala autoadministrada, utilizada en el cribado de depresión en las personas mayores de 65 años. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores con buena salud, con enfermedad o con deterioro cognitivo leve o moderado (anexo II)³⁹.
- **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).** Se trata de una escala heteroaplicada, diseñada para detectar probables casos de depresión o de ansiedad. Su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico (anexo III)³⁹.
- **Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).** Se trata de una escala heteroaplicada, cuyo objetivo es evaluar cuantitativamente la intensidad o gravedad de la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados (anexo IV)³⁹.
- **Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).** Se trata de una escala heteroaplicada, cuyo objetivo es evaluar el cambio en la intensidad o severidad de la sintomatología depresiva como resultado de la intervención terapéutica. La evaluación se realiza aplicando esta escala en repetidas ocasiones a los pacientes ya diagnosticados, siendo la variación en la puntuación el dato relevante. Esta variación se denomina respuesta terapéutica y se consigue con la reducción igual o superior al 50% de las puntuaciones previas (anexo V)³⁹.

Aparte de las escalas ya nombradas, en el anciano es recomendable utilizar el **cuestionario de Barber** para detectar un anciano de riesgo y **Test Mini Mental de Lobo** para descartar la existencia de deterioro cognitivo³⁵.

5.7.2 Soporte psicoeducativo^{31, 40}

Los principales objetivos que persigue la psicoeducación son la autonomía, la promoción del autocuidado y la toma de decisiones por parte del paciente. Los contenidos psicoeducativos que se incluyen son los siguientes^{31, 40, 41}:

Información sobre la propia enfermedad^{31, 40}

Uno de los aspectos que el paciente mayor deprimido considera como más importante es el derecho a estar debidamente informado sobre su enfermedad. Proporcionar información veraz y comprensible tiene como objetivos posibilitar la participación del paciente en las decisiones que afectan a su salud y combatir el estigma y los prejuicios asociados a la depresión⁴⁰.

Es necesario aclarar al paciente las dudas que pueda tener sobre la depresión. Normalmente, estas dudas están relacionadas con el concepto que la sociedad tiene de la depresión. La expresión “estar deprimido” es utilizada de forma banal en el lenguaje coloquial, confundiendo la depresión clínica con sentimientos de tristeza^{40, 41}.

Otro componente importante del estigma social sobre la depresión es la atribución de características negativas. La sociedad califica a los pacientes deprimidos y ancianos como personas débiles e incapaces de hacer frente a las adversidades y a los problemas que aparezcan en su vida. Esto genera sentimientos de culpa e inutilidad en la persona^{40, 41}.

Por último, debemos añadir la percepción negativa de la depresión por parte de familiares y allegados quienes, en algunos casos, consideran que la depresión es un humor bajo pasajero que puede ser resultado por el propio paciente en un corto plazo^{40, 41}.

Con respecto a los prejuicios sociales, debemos dejar claro al paciente que la depresión y la tristeza son conceptos diferentes ya que, la primera es un trastorno del estado del ánimo y la segunda es un estado de ánimo ocasional que no constituye una condición patológica. Es importante explicar que aunque la mayoría de personas pueden experimentar tristeza de vez en cuando, en otras este sentimiento se intensifica, persiste y se acompaña de otros síntomas que componen el trastorno depresivo. Este último

provoca gran malestar y sufrimiento a la persona, precisando ayuda de un profesional^{40,41}.

Es necesario transmitir al paciente que la depresión no forma parte del proceso normal del envejecimiento, ya que se tiende a asociar con la propia enfermedad. Al envejecer se acumulan enfermedades, problemas y pérdidas, y esto puede generar preocupación o tristeza, pero la depresión va mucho más allá de una queja o una tristeza ocasional^{40, 41}.

El profesional de enfermería debe diseñar estrategias que sustituyan el sentimiento de culpa que tienen muchos pacientes sobre su propio estado, ofreciendo una explicación causal y psicopatológica para la depresión que incluya los componentes biológicos, sociales y psicológicos^{40, 41}.

A continuación, se explicarán al paciente las características clínicas más frecuentes de un cuadro depresivo en el anciano y la manera en la que estos síntomas alteran de forma intensa los sentimientos, pensamientos, funciones y facultades de la persona. Este apartado servirá para que el paciente se sienta identificado con la información^{40, 41}.

Como hemos explicado anteriormente, muchos de los ancianos con depresión tienen pensamientos recurrentes sobre la muerte, deseos de morir o ideas suicidas. Aunque aparentemente el riesgo potencial de suicidio no exista, en la psicoeducación este tema no debe ser obviado. Hablar sobre estas ideas y pensamientos puede reducir significativamente los sentimientos de angustia y culpa en el paciente^{40, 41}.

Asimismo, se hablará sobre la evolución de la depresión desde un enfoque realista. Debemos transmitirle la idea de que existe una serie de cuidados eficaces para su situación y que requiere de tiempo para que estos resulten efectivos. Además, debemos destacar los aspectos positivos del pronóstico de una depresión manejada adecuadamente. Pero también debemos evitar dar falsas esperanzas indicando que no se trata de una enfermedad aguda, que la recuperación será progresiva y que existe la posibilidad de recaídas^{40, 41}.

Educación sobre el tratamiento y la necesidad de la adherencia al mismo^{31, 40}

En este apartado, se incluye información sobre las opciones terapéuticas tanto psicológicas como farmacológicas disponibles. En la práctica cotidiana, la opción más accesible e indicada en los adultos mayores es el tratamiento con antidepresivos. Por ello, desde la psicoeducación se hace especial hincapié en el tratamiento farmacológico de la depresión. El profesional de enfermería debe tratar diferentes aspectos relacionados con el tratamiento con antidepresivos como el mecanismo de acción, las

pautas terapéuticas prescritas por su médico de Atención Primaria, el modo de uso, el esperable retraso en la aparición de un efecto terapéutico perceptible por el propio paciente, los efectos adversos más frecuentes, el modo de manejar o aliviar estos efectos adversos y la importancia y los aspectos positivos del adecuado cumplimiento de las pautas prescritas^{40, 41}.

Sin embargo, el abandono prematuro de la medicación antidepresiva es bastante frecuente. Diferentes estudios han demostrado que el abandono de la medicación antidepresiva en los cuatro primeros meses de tratamiento es superior al 50%. Además, se ha evidenciado que este se incrementa en las personas mayores de 65 años cuando existe polimedicación o cuando el paciente no cuenta con apoyo familiar o del cuidador. La mala adherencia al tratamiento es uno de los factores que puede condicionar la efectividad de la intervención terapéutica y por ello, otro tema a tratar en el modelo psicoeducativo es la educación orientada a fomentar la adherencia al mismo^{40, 41}.

Es importante que el profesional de enfermería ayude al paciente a identificar aquellos obstáculos que pueden dificultar o entorpecer el cumplimiento terapéutico. Una vez identificados, el profesional de enfermería debe planificar las intervenciones orientadas a superar estos obstáculos y a asegurar una adecuada adherencia^{40, 41}.

Papel de la familia y allegados del paciente^{31, 40}

El profesional de enfermería debe explicar al paciente como la depresión puede influir negativamente en el conjunto familiar. El profesional de enfermería debe planificar intervenciones para reducir este impacto y, dada la influencia positiva del apoyo familiar, promover una implicación de estos como agente activo en el proceso terapéutico, aconsejando y orientando sobre el papel de la familia en la relación con el paciente, señalando qué es lo que puede hacer ésta para ayudarlo y también qué conductas o actitudes son las correctas y cuáles deberían ser evitadas^{40, 41}.

5.7.3 Plan de cuidados^{31, 40}

Una vez realizada la valoración y proporcionado una serie estrategias educativas, el profesional de enfermería debe realizar un plan de cuidados acorde a las necesidades de salud del paciente anciano³¹ (**tabla 4**).

Tabla 4. Plan de cuidados estandarizado en el adulto mayor con depresión.

Diagnóstico (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>[00120] Baja autoestima situacional</p>	<p>[1205] Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalización de autoaceptación. - Aceptación de las limitaciones. - Sentimientos sobre su propia persona. <p>[1309] Resiliencia personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza una actitud positiva. - Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas para potenciar la salud. - Sopesa alternativas para resolver problemas. 	<p>[5400] Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Explorar las razones de autocrítica o culpa. - Animar al paciente a evaluar su propia conducta. - Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. <p>[4700] Reestructuración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. - Señalar los estilos de pensamiento disfuncional. - Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo. - Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes (situaciones, sucesos, personas) que contribuyen a su estrés.
<p>[00137] Aflicción crónica</p>	<p>[1409] Autocontrol de la depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica factores precursores de depresión y planifica estrategias para reducir sus efectos. - Refiere mejoría del estado de ánimo y ausencia de manifestaciones físicas de depresión. <p>[1201] Esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de una orientación futura positiva. - Expresión de razones para vivir y de sensación de autocontrol. - Establecimiento de objetivos. 	<p>[5270] Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. <p>[5310] Dar esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida. - Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. - Mostrar esperanza reconociendo la valía del paciente y viendo su enfermedad como una faceta de la persona. - Evitar disfrazar la verdad. - Proporcionar al paciente la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. - Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.

<p>[00052] Deterioro de la interacción social</p>	<p>[1502] Habilidades de interacción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coopera y se relaciona con los demás. - Utiliza estrategias de resolución. - Muestra conducta de asertividad. <p>[1503] Implicación social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacciona con miembros de la familia, amigos íntimos, vecinos. 	<p>[5100] Potenciación de la socialización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. - Animar al paciente a desarrollar relaciones. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. - Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones. - Responder de forma positiva cuando el paciente establezca contacto con los demás. - Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. <p>[8340] Fomentar la resiliencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación y el apoyo familiar y facilitar la cohesión y comunicación familiar.
<p>[00146] Ansiedad</p>	<p>[1402] Autocontrol de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planea estrategias para superar situaciones estresantes. - Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. <p>[1302] Afrontamiento de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere disminución de los sentimientos negativos y aumento del bienestar psicológico. 	<p>[5820] Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con atención. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. <p>[5880] Técnica de relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentarse y hablar con el paciente. - Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal. - Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad: técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante. - Transmitir al paciente consejos para disminuir la ansiedad: “si los problemas parecen asfixiarte, considéralos individualmente”, “disfruta con las pequeñas cosas”, “consigue tiempo para ti mismo”, “aprende a reconocer cuando necesitas parar, recuerda que todos tenemos un límite”, “no seas demasiado severo contigo mismo”.
<p>[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales</p>	<p>[1004] Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de nutrientes, de alimentos, de líquidos. - Relación peso/talla. - Energía. 	<p>[1160] Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar al paciente y obtener medidas antropométricas de la composición corporal (índice de masa corporal). - Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. - Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados. - Determinar las recomendaciones energéticas (ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente.

		<p>[1100] Manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. - Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. - Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas.
[00095] Insomnio	<p>[0004] Sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horas de sueño. - Patrón del sueño. - Calidad del sueño. - Eficiencia del sueño. 	<p>[1850] Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. - Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. - Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (por ejemplo, leer un libro, etc.). <p>[0180] Manejo de la energía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. - Facilitar actividades que induzcan calma para favorecer la relajación. - Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
[00150] Riesgo de suicidio	<p>[1405] Autocontrol de los impulsos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica conductas impulsivas perjudiciales y las consecuencias de las acciones impulsivas. - Verbaliza control de los impulsos. <p>[1408] Autocontrol del impulso suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresa sentimientos. - Verbaliza control de los impulsos. - Hace planes para el futuro. - Expresa esperanza. 	<p>[6340] Prevención del suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. - Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva). - Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y darle oportunidad para hablar de sus sentimientos. - Ayudar al paciente a identificar personas y recursos de apoyo como por ejemplo familiares. - Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos como por ejemplo poner un cuidador. - Remitir al paciente a un especialista de salud mental. <p>[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar una estrategia de solución de problemas acorde al nivel de desarrollo y función cognitiva del paciente. - Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas. - Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente. - Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.

Fuente: NNNConsult⁴².

5.7.4 Seguimiento clínico y vigilancia del cumplimiento terapéutico^{31, 40}

El seguimiento clínico es una actividad esencial en el manejo y abordaje de la depresión, ya que uno de los aspectos más positivos para el paciente es sentirse atendido y escuchado^{31, 40}.

Mediante el seguimiento, el profesional de enfermería puede comprobar la efectividad de las intervenciones de enfermería propuestas (**figura 5**) y realizar o introducir modificaciones oportunas teniendo en cuenta la evolución del paciente. Gracias a esto, se consigue que tanto el paciente como el profesional de enfermería se impliquen en este proceso³¹.

A través de la entrevista clínica, de la aplicación de instrumentos psicométricos y de la consecución de objetivos, el profesional de enfermería puede comparar los resultados iniciales con los actuales^{31, 40}.

Uno de los aspectos más importantes del seguimiento es la vigilancia del cumplimiento terapéutico. El profesional de enfermería puede utilizar diferentes métodos de evaluación de la adherencia terapéutica. Debido a que la mayoría de los ancianos toman polimedicación, el más utilizado en Atención Primaria es el **Test de Adherencia Terapéutica**. Es un cuestionario que evalúa los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, incluyendo el nombre del medicamento, la dosis de posología, el modo de administración y la indicación (anexo VI)^{31, 40}.

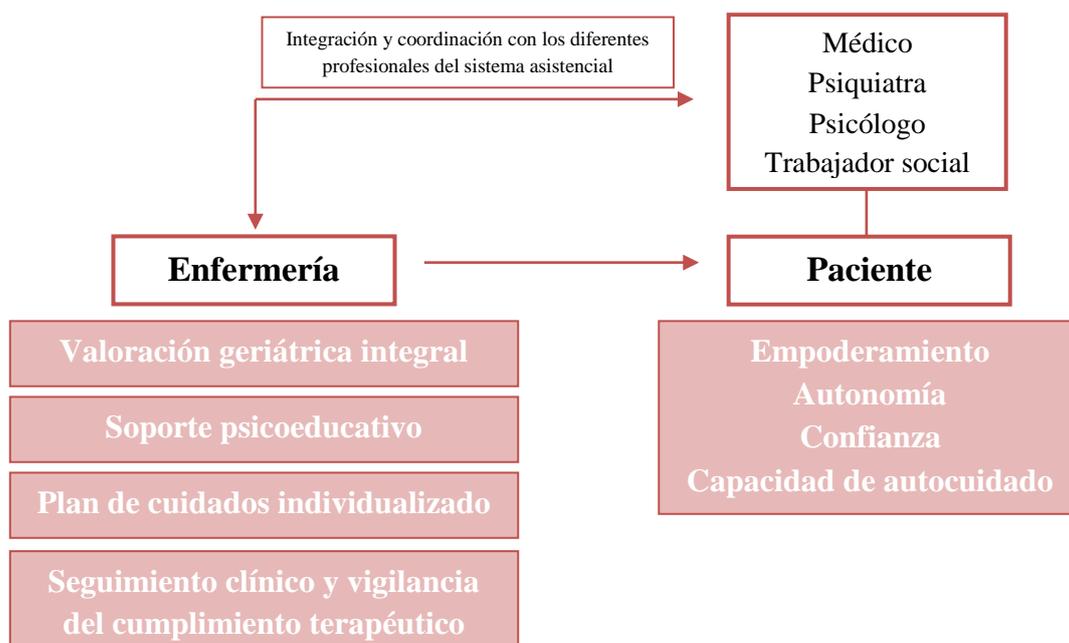


Figura 5. Esquema de las intervenciones de enfermería realizadas en Atención Primaria.

6. DISCUSIÓN

La bibliografía consultada evidencia que la depresión en la vejez representa un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia, a su impacto negativo en la calidad de vida de los ancianos y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

Se ha demostrado que las intervenciones que integran y potencian la participación del rol enfermero en la depresión aumentan su efectividad.

La OMS, en colaboración con el ICN (Consejo Internacional de Enfermería), reconoce en el documento “Nurses in Mental Health” que los profesionales de enfermería de Atención Primaria ejercen un papel fundamental en el manejo y abordaje de la depresión. Destaca la importancia de las intervenciones estructuradas e individualizadas acorde con las necesidades del paciente, la psicoeducación y el seguimiento clínico³⁴.

El estudio “Collaborative care to improve the management of depressive disorders” compara el modelo de abordaje de la depresión con y sin la participación del rol de enfermería y demuestra que la realización de estas intervenciones mejora los resultados clínicos de depresión. En concreto, destaca la mejora de los síntomas de la depresión, la adherencia y respuesta al tratamiento, la remisión de los síntomas, la calidad de vida y la satisfacción con la atención recibida^{34,43}.

El ensayo “Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria” señala que la participación de los profesionales de enfermería mejora los resultados clínicos en términos de días libres de depresión. En este programa, el profesional de enfermería desempeña el papel de “care manager”, desarrollando las funciones de valoración, soporte psicoeducativo, diseño de planes de cuidado, vigilancia terapéutica y seguimiento clínico³³.

El presente trabajo expone las intervenciones de enfermería más efectivas para mejorar la atención en el paciente anciano deprimido. En este contexto, los profesionales de enfermería de Atención Primaria se sitúan en una posición estratégica en el manejo y abordaje de la depresión. Las intervenciones de enfermería que mejoran los resultados clínicos de depresión se basan en las funciones de valoración, soporte psicoeducativo, planificación de cuidados, seguimiento clínico y vigilancia del cumplimiento terapéutico. Asimismo, la enfermera asume una función de apoyo al paciente en el recorrido por los diferentes ámbitos del sistema asistencial (médicos de familia,

psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales). Estas acciones están dirigidas a fortalecer la autoestima, el autocuidado y las propias capacidades del anciano.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones en el desarrollo de este trabajo ha sido la gran cantidad de datos encontrados sobre las características de la depresión en las personas mayores. El exceso de información me generó cierta dificultad y confusión a la hora de seleccionar los artículos más relevantes y verídicos acerca de este tema.

Asimismo, otro de los factores que han dificultado la elaboración de este trabajo ha sido la escasa información tanto de las intervenciones de enfermería realizadas en Atención Primaria como los beneficios de la participación del profesional de enfermería en el manejo y abordaje de la depresión en personas mayores.

7. CONCLUSIONES

- Analizando las tasas de depresión, observamos que esta enfermedad es más prevalente en el colectivo geriátrico, siendo más frecuente en los ancianos con un rango de edad situado entre 75 y 84 años. Asimismo, las cifras de depresión en este colectivo varían dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren, siendo más frecuente en los ancianos institucionalizados.
- La depresión geriátrica presenta una sintomatología inespecífica y atípica. Suele ser asociada erróneamente al propio proceso del envejecimiento. Además, es un proceso multifactorial y complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, clínicos y sociales.
- Los profesionales de enfermería de Atención Primaria ejercen un papel fundamental en el cuidado individualizado de cada paciente mayor. Se ha evidenciado que la participación del rol enfermero mejora los resultados clínicos de la depresión.
- Las principales intervenciones de enfermería en la depresión realizadas en Atención Primaria son la valoración geriátrica integral, donde destaca la entrevista clínica como principal método de recogida de datos significativos y el uso de instrumentos psicométricos geriátricos; el soporte psicoeducativo, en el que se incluye información sobre la propia enfermedad, educación sobre el tratamiento y necesidad de adherencia al mismo y orientación de la familia y allegados del paciente; plan de cuidados individualizado acorde a las necesidades de salud alteradas del paciente y

seguimiento clínico y vigilancia del cumplimiento terapéutico. La implementación de estas intervenciones potencian la confianza, autoestima y autocuidado del paciente anciano.

- La correcta realización de una valoración geriátrica representa una herramienta sistemática e integral, esencial en geriatría, ya que permite al profesional de enfermería detectar las necesidades alteradas desde un punto de vista biopsicosocial.
- La elaboración de un plan de cuidados resulta un método eficaz en el abordaje del trastorno depresivo en los ancianos, puesto que permite administrar una serie de cuidados destinados a cubrir las necesidades de salud alteradas y garantizar una actuación homogénea y una correcta calidad asistencial por parte de los profesionales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Who.int. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, et al. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Csic.es. 2019 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
3. Polanco Tinal P, Sifuentes Leura D. El envejecimiento en la esfera psicosocial de la persona adulta mayor [Internet]. Revistacecip.com. 2019 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://www.revistacecip.com/index.php/recip/article/view/197>
4. Antón Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. Tratado de Geriatría: Depresión y Ansiedad [Internet]. Segg.es. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
5. Campillos Oficialdegui L, Becerril Ramírez N. Plan de cuidados estandarizado en ancianos con depresión. Zaguan.unizar.es. 2014 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/14122/>
6. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Who.int. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. who.int. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017: Serie informes monográficos [Internet]. Mscbs.gob.es. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
9. Lozano R, Domínguez M Ángeles, Herasme A, López AB. Manual del residente en Geriatría [Internet]. Segg.es. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
10. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana; 2018.

11. González Molejón JA, Valdés Álvarez M, et al. La Depresión en el Anciano [Internet]. NPunto.es. 2018 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
12. Aguado A, García del Álamo M. Gastrointestinal comorbidity and symptoms associated with depression in patients aged over 60 years [Internet]. Scimedirect.com. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359319300991>
13. Fernández de la Puente E.M, R. Bielza Galindo R. et al. Changes in the mental sphere: dementia and depression in the elderly patient. [Internet]. Scimedirect.com. 2018 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302014>
14. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria [Internet]. Elsevier.es. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-riesgo-depresion-personas-75-anos-S0212656714004211>
15. Escobar Bravo MA, Botigué Satorra T, et al. Depressive symptoms in elderly women. The influence of gender [Internet]. Elsevier.es. 2013 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sintomatologia-depresiva-ancianos-la-influencia-S0211139X12001825>
16. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión [Internet]. Studocu.com. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-mariano-galvez-de-guatemala/psicologia-general/apuntes/bases-neuroquimicas-y-neuroanatomicas-de-la-depresion/5326409/view>
17. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida [Internet]. Segg.es. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/institucional/2017/03/09/una-de-cada-cinco-personas-llegara-a-desarrollar-un-cuadro-depresivo-a-lo-largo-de-su-vida>
18. Quirce Andrés F, Fernández Yáñez A, et al. Guía de Actuación Clínica en AP: Paciente depresivo [Internet]. San.gva.es. [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap026depresivo.pdf>
19. García Herrera JM, Nogueras Morillas V, et al. Guía de Práctica Clínica: Tratamiento de la depresión en AP [Internet]. Portal.guiasalud.es. 2011 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-depresion-en-atencion-primaria/>
20. Cardozo Fernández OM, Aguilera Gaona E, et al. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados [Internet]. Scielo.es. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n1/1812-9528-iics-15-01-00048.pdf>
21. Sánchez Ferrer R, Becerril Ramírez N. La soledad del anciano: un desafío del cuidado enfermero [Internet]. Zaguan.unizar.es 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47588#>
22. Kaplan D, Berkman B. Cuidado del anciano por parte de su familia [Internet]. Msdmanuals.com 2016 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-de-la-vejez/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>
23. Organización Mundial de la Salud. El maltrato de los ancianos [Internet]. Who.int. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
24. Muñoz Cruz R. Estereotipos hacia los ancianos por parte de los jóvenes del municipio de Los Villares (Jaén) [Internet]. Scielo.es. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100004
25. Cotarelo Pérez AK. Cambio de roles en el adulto mayor antes y después de la jubilación [Internet]. Dialnet.unirioja.es. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091785>
26. Agujetas M. Depresión “post mortem” [Internet]. Efesalud.com. 2012 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/depresion-post-mortem/>

27. Runzer Colmenares F, Merino A, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores [Internet]. Scielo.es. 2017 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300009
28. Arranz López N. Estudio comparativo de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados [Internet]. Uvadoc.uva.es. 2018 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30391>
29. Sociedad Española de Psiquiatría. La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa [Internet]. Sepsiq.org. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Noticias/NP%20Depresion_17feb.pdf
30. Seguro Baranda A. Prevenir la depresión en la vejez [Internet]. Academica-e.unanavarra.es. 2019 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/33373/segurola_111970_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Aragonès E, Caballero A, Piño JL. El modelo INDI (INterventions for Depression Improvement). Una propuesta eficaz para mejorar los resultados clínicos de la depresión en atención primaria [Internet]. Elsevier.es. 2013 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-modelo-indi-interventions-for-S0212656713000401>
32. Aragonés Benaiges E, López Cortacans G, et al. Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI [Internet]. Scienedirect.com. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://medes.com/publication/67155>
33. López Cortacans G, Badía Rafecas W, et al. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en atención primaria [Internet]. Dialnet.uniroja.es. 2012 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=3890687>
34. López Cortacans G, Aragonès Benaiges E, et al. Efecto de una intervención formativa en las actitudes de las enfermeras de atención primaria ante la depresión [Internet]. Scienedirect.com. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115000406>
35. Cabello de Alba SM, Catalina Zamora ML. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano [Internet]. Scienedirect.com. 2019 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302021>
36. Palao Vidal D. La entrevista clínica psiquiátrica [Internet]. Academia.cat. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.academia.cat/files/425-7295-DOCUMENT/entrevistaclinicapsiquiatricaintroduccionDP.pdf>
37. IFSES. Manual IFSES de especialidades de enfermería: Enfermería psiquiátrica y de salud mental. 15ª edición. Editorial IFSES educación; 2020.
38. Rozados R. Cuando el profesional pregunta. [Internet]. Psicomag.com. 2019 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: https://www.depresion.psicomag.com/faq_profesional.php
39. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. Escalas geriátricas [Internet]. Cibersam.es. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
40. Roca Bannasar M, Aragonès E. Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar [Internet]. Semfyc.es. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2018/05/Consenso_depresion.pdf
41. Aragonès Benaiges E, Cardoner Álvarez N, et al. Guía de Buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión [Internet]. Enfermeriacomunitaria.org. 2018 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://depositodeguias.wordpress.com/2018/11/26/guia-de-buena-practica-clinica-en-psicoeducacion-en-pacientes-con-depresion/>
42. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier. 2015 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/>
43. Thota AB, Sipe TA, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis [Internet]. Pubmed.gov. 2012 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98023/>

9. ANEXOS

Anexo I

Tabla 5. Propiedades psicométricas de las principales escalas de depresión geriátrica. Fuente: Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental.

Escala	Tipo de administración	Nº de ítems y puntuación	Propiedades psicométricas
GDS	Autoadministrada	15 ítems Puntuación ≥ 6 = depresión	Sensibilidad: 92%. Especificidad: 89%. Validez: 0,84. Fiabilidad: coeficiente de consistencia interna α de Cronbach de 0,87.
EADG	Heteroaplicada	9 ítems Puntuación ≥ 2 = probable depresión	Sensibilidad: 83%. Especificidad: 81,8%. Valor predictivo positivo: 95%. Índice de mal clasificados: 17,1%. Fiabilidad: coeficiente de consistencia interna α de Cronbach de 0,91.
HDRS	Heteroaplicada	17 ítems Puntuación ≥ 8 = depresión	Fiabilidad: coeficiente de consistencia interna α de Cronbach entre 0,76 y 0,92. Validez: su correlación con otros instrumentos de valoración global de depresión oscila entre 0,8 y 0,9. Sensibilidad: buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento.
MADRS	Heteroaplicada	10 ítems Puntuación ≥ 7 = depresión	Validez discriminante: MADRS/ HARS: $p < 0,001$. Validez convergente: MADRS/ HDRS: $p < 0,05$ y $0,01$. Fiabilidad: coeficiente de consistencia interna α de Cronbach de 0,88. Sensibilidad: buena sensibilidad al cambio con un tamaño del efecto de 2,05.

Anexo II

Tabla 6. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS). Fuente: Centro de Atención Primaria Delicias.

1 - En general ¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2 - ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3- ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No

7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Sí	No
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

0-5: No depresión
6-9: Depresión leve
≥ 10: Depresión establecida

Anexo III

Tabla 7. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Fuente: Centro de Atención Primaria Delicias.

Sub-escala de ansiedad		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Sí	No
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	Sí	No
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	Sí	No
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Sí	No
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Sí	No
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Sí	No
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Sí	No
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	Sí	No
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Sí	No
Sub-escala de depresión		
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	Sí	No
2. ¿Ha perdido su interés por las cosas?	Sí	No
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Sí	No
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	Sí	No
(Si hay respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Sí	No
6. ¿Ha perdido peso?	Sí	No
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Sí	No
8. ¿Se ha sentido enlentecido?	Sí	No
9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Sí	No

Ansiedad ≥ 4
Depresión ≥ 2

Anexo IV

Tabla 8. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS). Fuente: Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental.

1. Estado de ánimo deprimido	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligero:</i> actitud melancólica, el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.</p> <p>2. <i>Moderado:</i> llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación.</p> <p>3. <i>Intenso:</i> llanto frecuente (o ganas), introversión, rumiaciones depresivas, pérdida del gusto por las cosas.</p> <p>4. <i>Extremo:</i> llanto frecuente (o ganas), frecuente tendencia al aislamiento, contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o en la comunicación verbal, pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.</p>
2. Sentimientos de culpa	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligero:</i> autorreproches, teme haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. <i>Moderado:</i> ideas de culpabilidad, sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención.</p> <p>3. <i>Intenso:</i> cree que la enfermedad actual es un castigo, meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado, cree merecerse lo que padece.</p> <p>4. <i>Extremo:</i> ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.</p>
3. Suicidio	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligero:</i> cree que no vale la pena vivir la vida.</p> <p>2. <i>Moderado:</i> desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.</p> <p>3. <i>Intenso:</i> ideas o amenazas suicidas.</p> <p>4. <i>Extremo:</i> serio intento de suicidio.</p>
4. Insomnio inicial	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ocasional:</i> tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana).</p> <p>2. <i>Frecuente:</i> tarda en dormir más de una hora (3 o más noches/semana).</p> <p>- Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1.</p>
5. Insomnio medio	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ocasional:</i> está inquieto durante la noche, si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana).</p> <p>2. <i>Frecuente:</i> está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño. Cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar) o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana).</p> <p>- Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1.</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ocasional:</i> se despierta antes de lo habitual, <2 horas antes, <3 días por semana.</p> <p>2. <i>Frecuente:</i> se despierta 2 o más horas antes de lo habitual, 3 o más días por semana.</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligero:</i> ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés.</p> <p>2. <i>Moderado:</i> falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).</p> <p>3. <i>Intenso:</i> evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. Notable desatención del aseo personal.</p> <p>4. <i>Extremo:</i> dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran</p>

	estímulo para ello.
8. Inhibición	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligera:</i> ligera inhibición durante la entrevista, sentimientos ligeramente embotados, facies inexpresiva.</p> <p>2. <i>Moderada:</i> evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).</p> <p>3. <i>Intensa:</i> entrevista difícil y prolongada, lentitud de movimientos al caminar.</p> <p>4. <i>Extrema:</i> estupor depresivo completo, entrevista imposible.</p>
9. Agitación	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligera:</i> mueve los pies, juega con las manos o con los cabellos.</p> <p>2. <i>Moderada:</i> se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla, se retuerce las manos, se muerde los labios o las uñas, se tira de los cabellos, mueve ampliamente los brazos...</p> <p>3. <i>Intensa:</i> no puede estar quieto durante la entrevista, se levanta de la silla.</p> <p>4. <i>Extrema:</i> la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, quitándose la ropa, arrancándose los cabellos. El paciente parece desconcertado y "desatado".</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligera:</i> tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. <i>Moderada:</i> tensión objetiva, evidente, preocupación por trivialidades.</p> <p>3. <i>Intensa:</i> actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.</p> <p>4. <i>Extrema:</i> crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligera:</i> un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.</p> <p>2. <i>Moderada:</i> varios síntomas de distintos sistemas.</p> <p>3. <i>Intensa:</i> múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.</p> <p>4. <i>Extrema:</i> numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. <i>Ausentes.</i></p> <p>1. <i>Ligeros:</i> pérdida de apetito, come sin necesidad de estímulo, sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. <i>Intensos:</i> pérdida de apetito, no come aunque se le estimule o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. <i>Ausentes.</i></p> <p>1. <i>Ligeros:</i> fatiga, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos.</p> <p>2. <i>Intensos:</i> fatiga y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. <i>Ausentes:</i> información inadecuada o sin información.</p> <p>1. <i>Ligeros:</i> descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).</p> <p>2. <i>Intensos:</i> pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.</p>
15. Hipocondría	<p>0. <i>Ausente.</i></p> <p>1. <i>Ligera:</i> preocupado de sí mismo (corporalmente).</p> <p>2. <i>Moderada:</i> preocupado por su salud.</p> <p>3. <i>Intensa:</i> se lamenta constantemente.</p> <p>4. <i>Extrema:</i> ideas hipocondríacas delirantes.</p>
16. Pérdida de	<p>0. <i>Ausente:</i> se da cuenta de que está enfermo, deprimido.</p> <p>1. <i>Ligera:</i> reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima,</p>

introspección	al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc. 2. <i>Moderada</i> : niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.
17. Pérdida de peso	0. <i>Ausente</i> . 1. <i>Ligera</i> : probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual, pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta). 2. <i>Intensa</i> : pérdida de peso definida según el enfermo, pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

0-7: No depresión
8-13: Depresión ligera/menor
14-18: Depresión moderada
19-22: Depresión severa
≥ 23: Depresión muy severa

Anexo V

Tabla 9. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Fuente: Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental.

1. Tristeza observada. Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.	<input type="checkbox"/> 0. Sin tristeza. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a.
2. Tristeza declarada por el paciente. Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe intensidad, duración y medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.	<input type="checkbox"/> 0. Tristeza esporádica según las circunstancias. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable.
3. Tensión interna. Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.	<input type="checkbox"/> 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto solo puede dominar con alguna dificultad. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

<p>4. Sueño reducido. Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Duerme como siempre <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Menos de 2 o 3 h de sueño.
<p>5. Apetito reducido. Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Apetito normal o aumentado. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Apetito ligeramente reducido. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Sin apetito. La comida es insípida. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Necesita persuasión para comer algo.
<p>6. Dificultades para concentrarse. Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Ninguna dificultad para concentrarse. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Incapacidad de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.
<p>7. Lasitud. Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Dificultades para empezar actividades. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Lasitud total. Incapacidad de hacer nada sin ayuda
<p>8. Incapacidad para sentir. Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Interés por el entorno y por otras personas. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.
<p>9. Pensamientos pesimistas. Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Son pensamientos pesimistas. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista

	respecto al futuro. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables.
10. Pensamientos suicidas. Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.	<input type="checkbox"/> 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presenta una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

0-6 puntos: No depresión
 7-19 puntos: Depresión leve
 20-34 puntos: Depresión moderada
 ≥ 35 puntos: Depresión grave

Anexo VI

Tabla 10. Test de Adherencia Terapéutica. Fuente: Centro de Atención Primaria Delicias.

Medicamento		Dosis posología		Modo de administración		Indicación		Problemas identificados	Actividad educativa
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1								

- a) Para cada fármaco se valora con 1 o con 0 puntos:
- Si identifica correctamente los medicamentos = 1 punto.
 - Si conoce la indicación para el problema de salud = 1 punto.
 - Si conoce la posología de ese fármaco = 1 punto.
 - Si conoce el modo de administración = 1 punto.
- b) La máxima puntuación que puede obtenerse es 4 x nº de medicamentos.
- c) La valoración de la adherencia global se hace con la suma de la puntuación obtenida para cada fármaco dividido entre la máxima puntuación (4 x nº de medicamentos).

Resultado > 75% --> adherente