



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

“El enfermero cuidando al anciano con depresión”

Autor/a: Josué Martín Fuertes

Tutor/a: M^a Milagros Villarroya Lacilla

ÍNDICE

- Resumen.....Pág. 3
- Introducción.....Pág. 4-6
- Objetivos.....Pág. 7
- Metodología.....Pág. 8
- Desarrollo.....Pág. 9-15
- Conclusiones.....Pág. 16
- Bibliografía.....Pág. 17-20
- Anexos.....Págs. 21- 27
 - Escala GDS de Yesavage.....Págs. 21-22
 - Recomendaciones sobre la escucha activa.....Págs.23-27

RESUMEN

La depresión es un trastorno de la afectividad y del estado del ánimo, con afectación tanto en el terreno psíquico como en el físico o somático. Dos de los síntomas clave del episodio depresivo mayor según los criterios diagnósticos DSM IV, son: la tristeza y la anhedonia. El diagnóstico es puramente clínico, y una de las escalas psicométricas más importantes para el diagnóstico en las personas mayores es la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. En el anciano el diagnóstico en muchas ocasiones se ve seriamente dificultado, y existen una serie de factores característicos a este grupo poblacional que favorecen la aparición de esta enfermedad. Los pacientes ancianos tienen mayor dificultad para alcanzar la remisión y presentan mayor riesgo de sufrir recaídas en el tiempo. La prevalencia de la depresión entre las personas mayores es del 10-15%, con una media a nivel mundial del 13,5%. Todos estos datos aumentan en personas institucionalizadas (15-35%). La depresión se asocia con un importante grado de discapacidad funcional. En los pacientes ancianos con un trastorno depresivo existe un problema importante a considerar, éste es el suicidio. Mi objetivo principal fue elaborar un proceso de enfermería en las personas mayores de 65 años que presenten esta patología. Fue muy importante hacer una buena valoración de enfermería apoyada en una correcta y dedicada observación y escucha activa al paciente. Los diagnósticos que elegí para trabajarlos fueron: Desesperanza, Baja Autoestima Crónica, Aislamiento social y Sedentarismo; y así pude darle un enfoque holístico a la persona mayor con depresión en el proceso de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de la afectividad y del estado del ánimo, con afectación tanto en el terreno psíquico como en el físico o somático.¹

La depresión se asocia con un importante grado de discapacidad funcional (física, interpersonal, familiar y social). En 2011, la OMS afirmó que a nivel mundial, la depresión era la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el sida; y pronosticó que probablemente llegaría a ser la segunda en el año 2020, tan sólo siendo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria.²⁻³ Los trastornos depresivos implican un enorme coste social, considerando tanto costes directos (relacionados con el tratamiento, utilización de servicios sanitarios, pruebas diagnósticas, bajas laborales, etc) como indirectos (morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad).⁴ Un estudio en 2005 de López-Bastida y Oliva-Moreno habla de que el coste que puede adjudicarse a la depresión en España alcanza los 5.005 millones de euros, de los cuales sólo el 29% son costes directos.⁵

La causa de los trastornos depresivos es desconocida actualmente, pero se habla de ciertos factores causales: biológicos, genéticos y psicosociales (acontecimientos estresantes, rasgos de personalidad).⁴

Según la "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV), los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor son: que cumpla un período mínimo de 2 semanas de duración, que su intensidad sea duradera e importante, y que el sujeto presente 5 o más de estos síntomas depresivos: tristeza o bajo estado de ánimo, anhedonia o pérdida de interés y placer por hacer las cosas (son los 2 síntomas clave), cambios de apetito, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de culpa o de infravaloración, ansiedad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación de suicidio.^{4,6}

El diagnóstico es puramente clínico. Las 2 fuentes fundamentales de información para realizar el diagnóstico de este trastorno son la

anamnesis/entrevista clínica con el paciente, y la exploración (física y psicopatológica) y pruebas complementarias.^{4,6}

En las personas ancianas, considerando ancianas aquellas con una edad de más de 65 años, los trastornos mentales más frecuentes son: los trastornos depresivos y la demencia; por lo que la depresión en el anciano es un importante problema de salud comunitaria.⁷

En el anciano existen una serie de factores que favorecen la depresión: factores biológicos, psicosociales (jubilación, pérdida de seres queridos, aislamiento social, rechazo familiar, dificultades económicas, pérdida de reconocimiento social) e iatrogénicos.⁴

En el diagnóstico, la escala psicométrica que más se utiliza es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, por estar diseñada específicamente para este grupo de la población (ANEXO I).^{6,8,9,10,11,12}

El diagnóstico de un cuadro depresivo en el anciano se ve dificultado por diversas características propias de este grupo poblacional: depresión enmascarada por síntomas de enfermedades físicas crónicas comunes, frecuente presentación de la depresión en forma de quejas somáticas que pueden atribuirse de forma equivocada al propio envejecimiento, elevada comorbilidad con un deterioro cognitivo, tendencia a considerar justificada la sintomatología depresiva en base a las pérdidas psicosociales producidas en esta etapa de la vida (jubilación, viudedad...). En muchos casos la depresión en el anciano puede pasar incluso inadvertida en la práctica clínica. Y por ello, el diagnóstico de la depresión en el anciano exige una dedicación y tiempo especial en las consultas.^{6,8,13,14}

El tratamiento de la depresión es multidimensional. Su objetivo fundamental es la remisión de los síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida del paciente.^{1,4,6,15,16} Los pacientes ancianos con depresión tienen mayor dificultad para alcanzar la remisión y presentan mayor riesgo de sufrir recaídas.¹⁷ Asociado al tratamiento farmacológico y a la psicoterapia, que son los dos tipos de tratamiento de elección en la depresión^{1,6,15}, es interesante destacar que actualmente algunos profesionales sanitarios aconsejan realizar ejercicio físico, en la medida de lo posible, a los pacientes ancianos; puesto que algunos estudios confirman que "reduce los síntomas

depresivos, así como ayuda a mejorar el estado de salud en muchos pacientes que sufren una enfermedad crónica".¹⁸⁻²¹

Los trastornos depresivos tienen una prevalencia variable entre la población general, situándose entre un 10-15% a nivel mundial; cifras que son similares también entre la población anciana, con una media a nivel mundial del 13,5%. En Europa, la prevalencia de depresión entre los más mayores también oscila entre estos datos mundiales, presentando una media de 12,3%.^{2,9,10,14,22} Todos estos porcentajes aumentan en personas que se encuentran institucionalizadas (15-35%).^{8,10,11} En la edad adulta, la prevalencia de depresión es mayor en la mujer que en el hombre; pero esta diferencia disminuye con la edad, de tal manera que tiende a igualarse³, a pesar de que las mujeres tienen menor mortalidad por suicidio que los hombres²³. En la mujer anciana, la viudez y la pobreza son factores de riesgo para padecer depresión²⁴.

Los pacientes con trastornos depresivos presentan mayor mortalidad que la población general⁹, inclusive las probabilidades de mayor mortalidad en pacientes mayores institucionalizados aumentan hasta un 50%⁸. En primer lugar, esto es debido a un problema importante a tener en cuenta en la depresión, y sobretodo en los ancianos: el suicidio. La mayoría de estudios hablan aproximadamente de un 15% de conductas de riesgo que se consumen. Y en segundo lugar, es también debido a la pluripatología que las personas mayores presentan normalmente y a que éstos son más propensos a padecer enfermedades físicas, debido a la influencia negativa que esta enfermedad ejerce sobre el sistema inmunitario del paciente.^{9,25}

El enfermero/a de Atención Primaria (A.P) es un agente de salud en primera línea con el paciente; y quién mejor puede trabajar en mejorar la calidad de vida de los ancianos que sufren depresión, utilizando sistemáticamente en el primer encuentro una valoración semiestructurada con la cual se puede detectar signos y síntomas relacionados con esta patología.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

- El objetivo general es elaborar un plan de cuidados de enfermería en el paciente anciano mayor de 65 años con depresión.
- El objetivo específico número uno consistirá en identificar los diagnósticos NANDA de enfermería más importantes en la depresión.
- El objetivo específico número dos consistirá en seleccionar y ejecutar las intervenciones NIC más adecuadas para los diagnósticos seleccionados.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, he aplicado un diseño de tipo descriptivo basado en la realización de una revisión bibliográfica sobre el tema.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se llevó a cabo con las principales bases de datos electrónicas con fondos de publicaciones de Enfermería y Ciencias afines: Dialnet, Science Direct y Cuiden; además de revistas científicas de enfermería, como Nursing, Hygia e Index de Enfermería; buscadores de internet, como Google Académico y editorial Elsevier; y literatura científica especializada en el tema.

Las palabras claves utilizadas en esta estrategia de búsqueda bibliográfica fueron: depresión, anciano/os, residencias, institucionalización, España, costes, proceso de enfermería.

La búsqueda bibliográfica en las bases de datos y en las revistas electrónicas estuvo limitada a un período de publicación entre 2001-2013.

Basándome en la búsqueda bibliográfica antes citada, el trabajo consistió en la elaboración de un proceso de atención de enfermería (P.A.E) en el ámbito de un centro de Atención Primaria. Su aplicación práctica estuvo destinada para ser realizada por profesionales de enfermería encargados de los cuidados de este perfil de paciente en centros institucionalizados.

Para la elaboración del P.A.E en este ámbito usé en la etapa de valoración los Patrones Funcionales de Marjory Gordon²⁶. También utilicé lenguaje estandarizado de enfermería: la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)²⁷, la Nursing Objective Classification(NOC)²⁸ y la Nursing Interventions Classification (NIC)²⁹. Para el enunciado de los diagnósticos de enfermería (DxE) utilicé el formato problema-etología-síntoma (PES) propuesto por M. Gordon, y que consta de problema de salud (P) que corresponde con la etiqueta diagnóstica, de etiología (E) que refleja las causas que favorecen el problema, hace referencia al relacionado con (r/c), y de sintomatología (S) que aparece como consecuencia del problema de salud, es el manifestado por (m/p).

DESARROLLO

Cuidar y mejorar la calidad de vida del paciente anciano que sufre depresión, en muchas ocasiones enmascarada o no diagnosticada, es posible mediante una valoración de enfermería en profundidad. Para ello, es imprescindible una buena observación del lenguaje no verbal (facies/miradas) y de signos relacionados con el sufrimiento espiritual. Igualmente es importante la escucha activa (ANEXO II), así el profesional ayudará a que el paciente se exprese. Se espera igualmente del enfermero que durante la entrevista tenga una sensibilidad especial manifestada por paciencia para adaptarse a las limitaciones en la expresión verbal, a los tiempos de latencia en la respuesta, al deterioro relacionado con la edad, a las limitaciones de los sentidos (audición).

En A.P y centros institucionalizados se usan los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon para la fase de Valoración. Por ello, propongo una valoración de enfermería pensando en el anciano con depresión que manifestara una serie de alteraciones en estos patrones funcionales:

-Patrón 1. PERCEPCIÓN Y CONTROL DE SALUD: Han podido tener alteraciones de salud r/c patología. Hay posibilidad de déficit de cuidados en su salud, riesgo de abandono de tratamientos médicos y de accidentes por efectos adversos de la medicación. En muchas ocasiones, no hay percepción de la depresión por parte del paciente y de los profesionales.

-Patrón 2. NUTRICIONAL Y METABÓLICO: Disminución del apetito, y de la ingesta de alimentos y líquidos. Molestias digestivas. Riesgo de deshidratación/desnutrición. Posible sequedad bucal por los efectos del tratamiento.

-Patrón 3. ELIMINACIÓN: Disminución de la eliminación intestinal, debido posiblemente a la inactividad y a efectos del tratamiento.

-Patrón 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO: Frecuentemente puede aparecer anergia, cansancio, debilidad, falta de actividad y lentitud de movimientos, pérdida de interés para realizar actividades de las que antes disfrutaba. En relación al autocuidado, puede requerir supervisión en la alimentación y necesitar apoyo para conservar su apariencia personal, para el baño,

vestido y acicalamiento. En este patrón es importante observar atentamente la expresión facial, el contacto ocular y los movimientos, ya que en ocasiones pueden ser los únicos signos que nos harán pensar en la tristeza.

-Patrón 5: REPOSO Y SUEÑO: Sensación de cansancio por problemas de conciliación del sueño, insomnio, despertar precoz o hipersomnia.

-Patrón 6. COGNOSCITIVO Y PERCEPTUAL: Dificultad para la concentración y para la toma de decisiones, olvidos frecuentes. Es habitual la sensación de dolor crónico y molestias, pero no relacionado con una causa física, es decir, no responden a los fármacos.

-Patrón 7. AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO: Sentimientos de poco valor personal, de inutilidad, impotencia, culpabilidad por ciertas situaciones de su pasado, pérdida de interés por la vida y desesperanza. Será importante tener en cuenta la exploración detenida en busca de la existencia de ideas de autolesión.

-Patrón 8. FUNCIÓN Y RELACIÓN: En esta etapa de la vida es frecuente que haya habido muchas pérdidas en este patrón, lo cual les ha podido llevar a que la mayoría vivan solos, al aislamiento social y a presentar sentimientos de soledad.

-Patrón 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: Disminución de la libido e inapetencia sexual.

-Patrón 10. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS: La edad avanzada, en muchos casos, trae consigo una disminución para abordar situaciones nuevas, disminuye la capacidad de adaptación y respuesta; lo que puede llevar a tolerar peor el estrés y dificultará cumplir con responsabilidades de la vida cotidiana. Puede aparecer intranquilidad e irritabilidad. Pueden sentir pérdida de interés por vivir.

-Patrón 11. VALORES Y CREENCIAS: Es frecuente que no tengan planes de futuro, lo cual puede ser causa de gran sufrimiento.

La valoración nos acercara a los diagnósticos de enfermería NANDA en la depresión; destacando como más importantes para abordar: Desesperanza (00124), Baja autoestima crónica (00119), Aislamiento social (00053), Sedentarismo (00168), Insomnio (00095), Fatiga (00093), Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002), Riesgo de suicidio (00150), Riesgo de soledad (00054).

Para el plan de cuidados voy a desarrollar 4 etiquetas diagnósticas de las anteriormente nombradas:

1. Desesperanza r/c abandono, estrés de larga duración, pérdida de creencias; y m/p expresión de desánimo, claves verbales (p.ej., "No puedo", suspiros, etc), pasividad, falta de implicación e iniciativa, disminución de la verbalización.

Se define como estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Los objetivos o resultados NOC que se quiere conseguir son:

- Deseo de vivir (1206)
- Esperanza (1201)
- Calidad de vida (2000)

Las intervenciones NIC que se seleccionaron para estos resultados NOC son:

- Apoyo emocional (5270)
- Dar esperanza (5310)
- Ayuda al autocuidado (1800)

2. Baja autoestima crónica r/c adaptación ineficaz a una pérdida, falta de afecto; m/p evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos, expresiones de culpa, conducta indecisa, pasividad.

Se define como larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

Los objetivos NOC que se quiere conseguir son:

- Autoestima (1205)
- Calidad de vida (2000)

Las intervenciones NIC que se seleccionaron para estos resultados NOC son:

- Potenciación de la autoestima (5400)
- Ayuda al autocuidado (1800)

3. Aislamiento social r/c alteración del estado mental, factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias m/p falta de persona/as de apoyo significativas, tristeza, búsqueda de soledad, retraimiento.

Se define como soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

El objetivo NOC que se quiere conseguir es:

- Implicación social (1503)

La intervención NIC que se seleccionó para este objetivo NOC es:

- Potenciación de la socialización (5100)

4. Sedentarismo r/c falta de interés y de motivación, conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud m/p rutina diaria con falta de ejercicio físico, verbalizar preferencia por actividades con poca actividad.

Se define como informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Los objetivos NOC que se quiere conseguir son:

- Participación en actividades de ocio (1604)
- Conducta de fomento de la salud (1602)

Las intervenciones NIC que se seleccionaron para estos resultados NOC son:

- Fomento del ejercicio (0200)
- Ayuda al autocuidado (1800)

Las intervenciones NIC que se van a llevar a cabo en el P.A.E, y que se han nombrado anteriormente en cada etiqueta diagnóstica a la que correspondían, formarían parte de la fase de ejecución del P.A.E y algunas de sus actividades también estarían incluidas en la evaluación (ej.: controlar cumplimiento, respuesta del paciente, etc). Estas intervenciones NIC voy a desarrollarlas a continuación:

- 1) Apoyo emocional (5270). Definición (Def.): proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, y nosotros prestar atención a los mismos.
- ✓ Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo, si es preciso.
- ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

- 2) Dar esperanza (5310). Def.: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

Actividades:

- ✓ Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en su vida, intentando que nos cuente que cosas le motivan aún.
- ✓ Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente sólo como una faceta de la persona.
- ✓ Evitar disfrazar la verdad.
- ✓ Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente; p.ej. mencionando los nombres de sus seres queridos y hablando de ellos de vez en cuando.

3) Ayuda al autocuidado (1800). Def.: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- ✓ Considerar la edad y la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes al promover las actividades de autocuidados.
- ✓ Alentar la independencia del paciente, pero ayudándole nosotros si la persona no pudiera realizar la acción dada, hasta que sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- ✓ Establecer una rutina de actividades de autocuidados, p.ej: poniendo carteles en las puertas de las habitaciones del centro donde aparezca una orientación de horarios para cada actividad de autocuidados.

4) Potenciación de la autoestima (5400). Def.: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- ✓ Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- ✓ Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás hacia él.
- ✓ Recompensar y alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

5) Potenciación de la socialización (5100). Def.: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Actividades:

- ✓ Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas, p.ej: recomendando citas con esas personas.
- ✓ Fomentar el compartir problemas comunes con los demás.
- ✓ Fomentar la participación en grupo y/o actividades de recuerdos individuales.
- ✓ Animar al paciente a cambiar de ambiente, como p.ej. salir a caminar por el recinto del centro o por la localidad.

- ✓ Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- ✓ Disponer actividades recreativas grupales que tengan por objeto también disminuir la ansiedad; p.ej. juegos de cartas, puzzles, etc.

6) Fomento del ejercicio (0200).Def.: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- ✓ Explorar las limitaciones para el ejercicio.
- ✓ Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- ✓ Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- ✓ Realizar los ejercicios con la persona, si procede.
- ✓ Animar al individuo a continuar poco a poco con el ejercicio.
- ✓ Controlar el cumplimiento del individuo del programa o actividad de ejercicios.

CONCLUSIONES

- 1) La elaboración de un P.A.E en el anciano con depresión es de suma relevancia para enfermería, debido a la frecuencia y a la importancia de este problema de salud y de sus consecuencias en las personas pertenecientes a esta etapa vital.
- 2) El diagnóstico de la depresión en las personas mayores presenta serias dificultades para llevarlo a cabo; por ello, serán muy importantes la observación y la escucha activa al paciente durante la entrevista y la valoración de enfermería.
- 3) La valoración enfermera en geriatría supone una herramienta útil de trabajo para enfermería y para el resto del equipo multidisciplinar del centro, ya que permite individualizar los cuidados, cuantificar las incapacidades y proporcionar el nivel asistencial más adecuado a cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera Vera J. ABC de la depresión en personas mayores. Madrid: Grupo Aula Médica; 2000.
2. Pla Vidal J, Sánchez Ostiz R, Pla Ruiz M, Sánchez Ostiz C. Prevención de la depresión en las personas de edad avanzada. *Informaciones Psiquiátricas*. 2012;208(2): 115-123.
3. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2007; 21(1): 37-42.
4. Agüera Ortiz LF, Crespo Blanco JM, Gibert-Rahola J, Henríquez Concepción R, Llorente Domingo P, Montes Rodríguez JM, Moreno Brea MR, Vallejo Ruiloba J, Saiz Ruiz J, de la Serna de Pedro I. Manejo de la depresión en Atención Primaria. Madrid: [Laboratorios Almirall Prodesfarma]; 2001.
5. Pamiás Massana M, Crespo Palomo C, Gisbert Gelonch R, Palao Vidal DJ. El coste social de la depresión en la ciudad de Sabadell (2007-2008). *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 153-158.
6. Milán Vegas A, Ruiz Ruiz M, Mora Fernández J. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. *Medicine*. 2006; 9(62):4049-4051.
7. González Ceinos M, Depresión en ancianos: Un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; (4):316-320.
8. López-Torres-Hidalgo JD, Galdón Blesa MP, Fernández-Olano C, Escobar-Rabaldán F, Montoya-Fernández J, Boix-Gras C, et al. Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):103-112.

9. Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit.* 2004; 18(4):268-274.
10. Campos J, Ardanaz J, Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004; 39(4):232-239.
11. Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global.* Octubre 2010; 20:1-13.
12. Gutiérrez Duque O. Análisis de la validez de la escala de depresión geriátrica de 5 ítems en ancianos hospitalizados con demencia. *Informaciones Psiquiátricas.* 2012; 208(2):177-194
13. Riquelme Marín A, Buendía Vidal J, López Navas AI. Desarrollo y validación de un instrumento para evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema.*2006; 18(2):288-292.
14. Monforte Porto JA, Franco Martín MA, Conde López VJM. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias. 1ª edición. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
15. Fuentes Cuenca S, Mérida Casado E. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine.*2011;10(86): 5851-5854.
16. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semergen.* 2012; 38(5):285-291.
17. Agüera-Ortiz LF, Losa R, Goez L, Gilaberte I. Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría.*2011; 3(1):1-8

18. Dang MT. Alejarse de la tristeza: Ejercicio contra la depresión en los ancianos. *Nursing*.2011; 29(2):31-33
19. Barbour KA, Blumenthal JA. Exercise training and depression in older adults. *Neurobiol Aging*. 2005; 26(suppl 1):119-123
20. Singh NA, Clements KM, Sing MA. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(8):M497-M504.
21. Ann Het Rot M, Collins KA, Fitterline HL. Physical exercise and depression. *Mt Sinai J Med*. 2009; 76(2):204-214.
22. Tuesta-Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77(5):595-604.
23. Abellán A. El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):65-67
24. Escobar Bravo MA, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Marzo-Abril 2012; 48(2):59-64.
25. Montgomery SA. Suicidio y depresión. En: Montgomery SA. *Ansiedad y depresión*. Petersfield : Wrightson Biomedical Publishing; 1992.
26. Carrasco Muñiz S. Depresión en el anciano. *Revista Científica Hygia de Enfermería*. 2011; 78:62-66.
27. Heather Herdman T, Phd, RN, editores. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación*. NANDA 2009-2010. Ed. Elsevier.

28. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier, 4ª edición. 2009.
29. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier, 5ª edición. 2009.

ANEXO I:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión larga)

Escala de depresión geriátrica

Yesavage

1. En conjunto, ¿está satisfecho de su vida actual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
2. ¿Ha abandonado las actividades que antes le interesaban?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
3. ¿Piensa que su vida está vacía actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
4. ¿Se aburre a menudo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
6. ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
7. ¿Está de buen humor habitualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
8. ¿Teme continuamente que le vaya a ocurrir algo malo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
10. ¿Se siente muchas veces desamparado y desvalido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
11. ¿Se encuentra inquieto y nervioso con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
12. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
13. ¿Está preocupado por el futuro con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
15. ¿Piensa que es agradable estar vivo a sus años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
16. ¿Se nota triste con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
17. ¿Se siente inútil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
18. ¿Le da muchas vueltas a lo que sucedió hace tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
19. ¿Encuentra interesante la vida en general?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
20. ¿Le cuesta emprender nuevos proyectos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
21. ¿Se siente lleno de energía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
22. ¿Se siente desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
24. ¿Se disgusta a menudo por pequeñeces?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
25. ¿Siente ganas de llorar con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
26. ¿Le cuesta concentrarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
27. ¿Disfruta levantándose por las mañanas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(Sí)
29. ¿Toma decisiones sin dificultad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)
30. ¿Piensa con la misma claridad que siempre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	(No)

Instrucciones. Pida al paciente que conteste a las preguntas sí o no, tratando de recordar cómo se ha encontrado en la *última semana*. Puede dejárselo leer o leérselo usted. Tape la columna de respuestas correctas si es el paciente quien lo lee. Puntuaciones superiores a 11 se correlacionan con alta probabilidad de trastorno depresivo. Existe una versión reducida con punto de corte en 5 p, que elimina las preguntas 5, 6, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-SF)

2 Evaluación del estado emocional o afectivo

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-SF)

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Valoración 0-5 Normal
 6-9 Depresión leve
 >9 Depresión establecida

Reproducción autorizada por: Journal Clinical Gerontologist. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Sheikh JJ, Yesavage JA. 1986; 5: 165-173

ANEXO II: RECOMENDACIONES A SEGUIR EN LA ESCUCHA ACTIVA

Para la escucha activa debemos de llevar a cabo una serie de métodos y técnicas para captar con fidelidad el mensaje de nuestro interlocutor, en estos casos, nuestros pacientes. Además, gracias a éstas técnicas, conseguiremos ganarnos la confianza de nuestros pacientes y estrechar relación con ellos.

A continuación exponemos las principales recomendaciones o pasos a seguir en la escucha activa:

- Nos prepararemos mental y físicamente antes de la entrevista.
- Debemos presentar siempre una actitud positiva hacia la escucha.
- Abandonaremos nuestras emociones, prejuicios y opiniones antes de comenzar la conversación.
- Controlaremos nuestras emociones y sentimientos durante el diálogo. Presentaremos una mente abierta.
- La escucha requiere un esfuerzo de atención personal y predisposición mental para captar el mensaje.
- Seleccionaremos, si es posible, el momento oportuno y el lugar adecuado que permita reducir las distracciones.
- Seremos conscientes del emisor, entendiéndole, valorándole y apreciándole como una persona única.
- Obtendremos información relevante sobre nuestro interlocutor así como de los asuntos que pueden surgir durante la entrevista.
- Reflexionaremos sobre la personalidad del hablante y su estilo de comunicación para poder adaptarnos mejor a él a lo largo de la conversación.

- Demostraremos al emisor que queremos escucharle. Para ello, actuaremos como si estuviésemos realmente interesados en su persona, su mundo y su mensaje.
- Practicaremos una escucha empática, comprendiendo el discurso de quien nos habla desde su punto de vista, poniéndonos en su lugar. Respetaremos, entenderemos y nos interesaremos por sus problemas, pensamientos y emociones. Captaremos sus palabras y descubriremos sus sentimientos. Escuchar con empatía implica salir de nuestro propio yo para introducirnos en el mundo de nuestro interlocutor.
- Respetaremos la distancia del emisor. Para las relaciones profesionales y desconocidos nos situaremos entre un 1 metro 20 cm y los 3 metros y medio.
- Mantendremos el cuerpo orientado completamente hacia nuestro interlocutor.
- Permaneceremos con una postura general relajada, los brazos y las piernas asimétricos, las manos distendidas. Evitaremos girar la cabeza. Presentaremos una posición adelantada, inclinando el cuerpo hacia delante desde la cintura.
- Miraremos fijamente a los ojos de quien nos habla. Tendremos una mirada limpia y honesta. Si notamos que nuestro interlocutor se siente incómodo, durante unos minutos bajaremos la mirada, pero no más de la línea de la base de la nariz. Solo fijaremos la mirada en los ojos del emisor la cantidad de tiempo que éste considere idónea.
- Escucharemos con los ojos, igual que con los oídos. Prestaremos atención al lenguaje corporal. Interpretaremos el significado de los gestos y de las expresiones faciales.
- Tendremos en cuenta el tono, la intensidad y el ritmo de la voz. A través de estos elementos característicos de la voz, nuestro interlocutor nos trasmite sus emociones.

- Crearemos un clima de confianza, serenidad, calma y libertad para que la persona que nos habla se sienta libre para revelarnos sus experiencias.
- Utilizaremos la técnica del refuerzo positivo para que el emisor continúe hablando. Para ello emplearemos palabras o frases cortas (como "sí", "ya", "entiendo", "de acuerdo" o "muy interesante") justo al finalizar él sus frases.
- De vez en cuando, parafrasearemos las mismas palabras que hemos escuchado, es decir, repetiremos las principales palabras que soportan las ideas clave del mensaje.
- También podemos emplear la técnica de la reformulación, repitiendo la idea principal del discurso con nuestras propias palabras.
- Una técnica recomendable para que nuestro interlocutor continúe desvelando sus secretos es la ampliación. A través de la ampliación, le solicitamos que profundice, amplíe o clarifique ciertas ideas de su mensaje.
- Aplicando la técnica de las preguntas demostraremos al emisor que nos interesa su discurso y le prestamos atención. Preguntando obtendremos mayor información y nos aseguramos que captamos correctamente las ideas principales del mensaje.
- Al escuchar, asentiremos con la cabeza para demostrar a quien nos habla que le escuchamos. Frecuentemente moveremos la cabeza sutilmente arriba y abajo, diciendo sí con este movimiento. Asentir asiduamente es una buena técnica que anima al emisor a continuar hablando. Debemos asentir con naturalidad.
- Siempre exteriorizaremos, mediante expresiones faciales, la emoción adecuada al mensaje de quien nos habla. Por ejemplo, ante un discurso gracioso, reiremos. De igual forma, si el mensaje es sorprendente, mostraremos admiración.
- Seguiremos el ritmo de quien nos habla, amoldándonos a él. Sincronizaremos nuestros movimientos, nuestra postura y nuestros

gestos corporales con los suyos. Al hablar, adoptaremos su tono, su intensidad y su ritmo de voz.

- Nos concentraremos en el mensaje para detectar las palabras clave que soportan el contenido del discurso.
- Una vez detectadas las palabras clave, reflexionaremos sobre ellas para extraer las ideas principales del mensaje.
- Lograremos realizar una representación mental de las ideas clave que englobe el qué, por qué, cómo y para qué del discurso.
- Escucharemos las ideas y los sentimientos. Junto a las ideas principales, averiguaremos los sentimientos y emociones de nuestro interlocutor.
- Evitaremos centrarnos en los detalles del discurso que no aportan ninguna información relevante para poder concentrarnos en las palabras clave que comunican las ideas principales.
- Aprovecharemos la diferencia entre la velocidad que nosotros tenemos para pensar y la velocidad que tiene el emisor para expresarse oralmente, con el objetivo de concentrarnos en el mensaje de éste, obtener las ideas principales y evaluar el contenido.
- Intentaremos encontrar siempre ideas interesantes en el mensaje de quien nos habla, aunque el comunicado nos resulte aburrido. De esta forma, evitaremos desconectar de la escucha y estar siempre atentos. Buscaremos oportunidades en la conversación para desarrollar nuestros conocimientos.
- Estaremos atentos al mensaje de nuestro interlocutor, sin distraernos por su aspecto físico, sus vestimentas o los errores que pueda cometer mientras nos habla.
- Si no entendemos parte del significado del mensaje, descubrimos contradicciones o manifestaciones ambiguas, preguntaremos a quien nos habla para que nos clarifique estas circunstancias.

- Si no estamos de acuerdo con el discurso o nos sentimos atacados, controlaremos nuestras emociones. No perderemos la calma, mantendremos el control. Seguiremos concentrados en la escucha.
- Dejaremos hablar a nuestro interlocutor y terminar sus frases. No interrumpiremos. Si estamos hablando, difícilmente podremos escuchar.
- Evitaremos dar consejos, aleccionar, llevar la contraria y cambiar de tema.
- Alejaremos las distracciones, tanto internas como externas. Desconectaremos el móvil. Ni leeremos, ni haremos dibujos, ni jugaremos con el bolígrafo.
- Cuando tengamos que hablar, realizaremos transacciones suaves entre los papeles de oyente y orador.
- Limitaremos el tiempo para hablar, sólo hablaremos lo justo. Si tenemos que captar el mensaje de nuestro interlocutor, dedicaremos la mayor parte del tiempo a escuchar activamente.
- Finalmente, retroalimentaremos resumiendo las ideas principales del discurso escuchado para hacer saber a nuestro interlocutor que hemos captado, interpretado y comprendido la finalidad de su mensaje.

Disponible en:

http://www.escuchaactiva.com/articulo_secretos_escucha.htm