



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Depresión en ancianos institucionalizados.

Autor/es

Paula Lara Ruiz

Director/es

Carmen Muro

Facultad de Ciencias de la Salud
Año 2015

INDICE

RESUMEN	Pág. 3
ABSTRACT	Pág. 4
1. INTRODUCCION	Pág. 5
2. OBJETIVOS	Pág. 9
3. HIPOTESIS	Pág. 9
4. METODOLOGIA	Pág. 10
5. RESULTADOS	Pág. 13
6. DISCUSIÓN	Pág. 20
7. CONCLUSIONES	Pág. 21.
8. BIBLIOGRAFIA	Pág. 22
9. ANEXOS	Pág. 26

RESUMEN

A nivel mundial, el aumento de la población de personas mayores de 60 años, se produce de una manera acelerada. Según la OMS la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población geriátrica, se trata de un trastorno de la afectividad y del estado del ánimo, con afectación tanto en el terreno psíquico como en el físico o somático.

Los dos objetivos fundamentales que persigue el estudio se centran en analizar la prevalencia de depresión en pacientes institucionalizados mayores de 65 años, y calcular la influencia de factores como: sexo, tiempo institucionalizado, apoyo familiar y edad; en el desarrollo de esta enfermedad en pacientes institucionalizados durante el año 2015 en la residencia Hogar Doz de Tarazona.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre pacientes institucionalizados en la residencia “Hogar Doz de Tarazona” durante el primer trimestre de 2015 a través de una encuesta diseñada para este estudio y la encuesta de depresión geriátrica Yesavage.

De los 27 residentes entrevistados, el 67% no presentaba sintomatología depresiva, el 26% fueron diagnosticados de depresión leve o moderada y tan sólo el 7% de ellos presentaba depresión establecida. La prevalencia de depresión es mayor entre mujeres mayores de 75 institucionalizadas, que no reciben visitas y no participan en talleres de terapia ocupacional. Además hemos observado que este porcentaje es especialmente alto en el grupo de pacientes mayores de 85 años.

Palabras clave: depresión, institucionalización, envejecimiento, personas mayores.

ABSTRACT

Worldwide, the increasing of the population over 60, is produced in a quickly way. According to OMS the depression is the most common in geriatric population; it is about a mood disorder and a mood, with affectation both in psychic field and the physical or somatic

The two mains goals, which pursue the study, focuse on analyzing the prevalence of depression in institutionalized patients over the age of 65 years, and calculate the influence of factors such as sex, institutionalized time, family support and age in the progress of this illness in patients institutionalized during 2015 in the retirement home “Hogar Doz” of Tarazona.

A transversal descriptive study was carried about institutionalized patients in the retirement home “Hogar Doz” of Tarazona. During the first trimester of 2015 through a survey designed for this study and the geriatric depression Yesavage survey.

27 of interviewee, the 67 percent did not present depressive symptomatology, the 26 percent were diagnosed with mild or moderate depression and only the 7 percent of them presented set depression. The prevalence of depression is higher amongst institutionalized women older than 75, which do not receive visits and they do not take part in occupational therapy workshops. In addition, we have observed that this percentage is particularly high in the group of patients older than 85 years.

Key words: depression, institutionalized, aging, geriatric population.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (1).

A nivel mundial, el aumento de la población de personas mayores de 60 años, se produce de una manera acelerada (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este envejecimiento es debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad (3).

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población de la tercera edad. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años. A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento>>», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años (4).

El ritmo de vida actual implica una serie de componentes sociales que influyen de modo determinante en la forma de vida de los ancianos, limitando el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno y promoviendo un creciente ingreso de ancianos en las residencias. Esta nueva situación puede producir un desarraigo con la vida que hasta entonces ha conocido, sus amistades, costumbres, lugares habituales y su hogar; lo que puede provocar una situación de mayor ansiedad e inseguridad que facilitará una mayor dependencia con sensación de pérdida de control (5, 6).

En las personas mayores, considerando personas mayores a 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).

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población geriátrica, se trata de un trastorno de la afectividad y del estado del ánimo, con afectación tanto en el terreno psíquico como en el físico o somático (8,9). Fue definida por la Organización Mundial de la Salud como una “Alteración del humor que se caracteriza por el padecimiento de tristeza, reducción de la energía vital, disminución del nivel de actividad, pérdida de interés, de concentración y de la capacidad de disfrutar”, actualmente se considera que se trata de un síndrome con múltiples manifestaciones clínicas, y que en ningún caso es una consecuencia normal del envejecimiento (10,11). Representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y sin embargo, con frecuencia, está infradiagnosticada (12).

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 mayor, con una media a nivel mundial del 13,5% (13). Todos estos porcentajes aumentan en personas que se encuentran institucionalizadas (15-35%) (14).

En las personas mayores existen una serie de factores que favorecen la depresión: factores biológicos, yatrogénicos y psicosociales (jubilación, pérdida de seres queridos, aislamiento social, rechazo familiar, dificultades económicas, pérdida de reconocimiento social...etc) (15).

Los pacientes con trastornos depresivos presentan además mayor mortalidad que la población general, llegando a un aumento del 50% en pacientes mayores institucionalizados. Esto es debido a un problema importante en la depresión, sobre todo en los ancianos: el suicidio (16, 17).

La depresión se asocia además 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, 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 (18, 19).

En el diagnóstico sintomático, 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) (15,20).

El diagnóstico de un cuadro depresivo en el anciano se ve dificultado por diversas características propias de este grupo poblacional: enfermedades físicas crónicas comunes, presentación de la depresión en forma de quejas somáticas que pueden atribuirse de forma equivocada al propio envejecimiento, elevada comorbilidad con deterioro cognitivo y justificación de 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 (21,22).

El tratamiento de la depresión es multidimensional. Su objetivo fundamental es la remisión de los síntomas depresivos y la mejora de la calidad de vida del paciente (23). Los pacientes ancianos con depresión tienen mayor dificultad para alcanzar la remisión y presentan mayor riesgo de sufrir recaídas (24). Algunos autores plantean la existencia de un tratamiento diseñado desde la psicología positiva, el cual puede ser incluso más eficiente que los tratamientos tradicionales para pacientes con depresión (25).

Por todo lo comentado anteriormente, podemos observar que la depresión en pacientes ancianos institucionalizados es un tema de gran importancia, en el que vale la pena recapacitar debido a la alta prevalencia de presentación en esta población y al aumento en los últimos años de personas mayores institucionalizadas en residencias de ancianos.

El objetivo general que persigue este trabajo es conocer la prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años institucionalizados en la residencia Hogar Doz de Tarazona durante el primer trimestre del año 2015 y cómo influye el sexo, la edad, el apoyo familiar y el tiempo de institucionalización en esta enfermedad.

Cabe destacar que la residencia en la que se desarrolla el estudio no es una residencia geriátrica corriente, ya que el Hogar Doz funcionó como un hospicio cuyo objetivo fundacional era “recoger y criar los expósitos de la ciudad y pueblos de su partido” hasta el año 1965. En este hospicio se acogían a niños huérfanos de padres pobres, hijos de padres mayores de sesenta años, de padres imposibilitados o de padres con más de cuatro hijos menores de quince años. En principio, se admitía en este hospicio a hombres y mujeres sin medios económicos.

En 1870, por la Ley de Beneficencia Provincial, pasa a formar parte de los establecimientos de Beneficencia dependientes de la Diputación Provincial de Zaragoza.

A lo largo de los años funcionó como asilo de ancianos y de incapacitados desviándose la función de hospicio a otros de los establecimientos provinciales dedicados a la infancia.

El Reglamento de 1965, especifica que el Hogar Doz se dedica en la actualidad al “acogimiento de ancianos sexagenarios de ambos sexos, y al de todas aquellas personas que, siendo mayores de dieciocho años, se hallen incapacitadas para toda clase de trabajos” (26).

2. OBJETIVOS

- Analizar la prevalencia de depresión en pacientes institucionalizados mayores de 65 años, durante el año 2015, en el Hogar Doz de Tarazona.
- Analizar la influencia de factores como: sexo, tiempo institucionalizado, apoyo familiar y edad en el desarrollo de depresión en pacientes institucionalizados, mayores de 65 años, en el año 2015 en el Hogar Doz de Tarazona.

3. HIPOTESIS

Una elevada proporción de los ancianos institucionalizados sufren depresión.

La prevalencia de depresión es mayor entre mujeres mayores de 75 institucionalizadas, que no reciben visitas y no participan en talleres de terapia ocupacional.

4. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre pacientes institucionalizados en la residencia “Hogar Doz de Tarazona” durante el primer trimestre de 2015. Para la realización del estudio se trabaja con pacientes institucionalizados mayores de 65 años, residentes en el Hogar Doz.

- Contexto geográfico y temporal del estudio: el estudio se realizará en la residencia de ancianos “Hogar Doz de Tarazona”.
- Población a estudio: pacientes institucionalizados mayores de 65 años pertenecientes a la residencia “Hogar Doz de Tarazona”.

Para la selección de la muestra se siguieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes institucionalizados en el centro hasta marzo de 2015.
- Residentes mayores de 65 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con incapacidad para comunicarse.
- Pacientes incapaces de responder por si mismos a las preguntas de las encuestas.
- Personas mayores con deterioro cognitivo grave.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los datos fueron recogidos mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes en el periodo de tiempo determinado y una encuesta semiestructurada para obtener información personal sobre las posibles variables que pueden influir en la depresión (ANEXO II).

Se ha utilizado además la escala de depresión geriátrica Yesavage (ANEXO I), diseñada por Brink y Yesavage en 1982 (J Psiquiatr Res 1982; 17: 37-49) específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, con respuestas dicotómicas.

La utilizada en el estudio es la versión reducida, que incluye 15 preguntas, esta escala es recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y en la calidad de vida. Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida (27).

Las variables de estudio son las siguientes:

La variable dependiente fue:

- Depresión: medida con la escala de Yesavage de 15 ítems.

Las variables independientes recogidas fueron:

- Sociodemográficas:
 - Sexo: hombre, mujer; cualitativa dicotómica.
 - Edad: en años; cuantitativa discreta.
- Años institucionalizado en años; cuantitativa discreta.
- Apoyo familiar/visitas: cualitativa dicotómica .si/no.
- Participación en talleres de terapia ocupacional: cualitativa dicotómica .si/no.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recogidos y clasificados los datos mediante el programa Microsoft Office Excel 2007®, estos fueron importados a una matriz con formato propio del programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), para entorno Windows®, en su versión 15.0.

Para el análisis descriptivo univariante se realizaron tablas de frecuencia, ya que todas las variables estudiadas fueron categorizadas para ser tratadas de forma cualitativa. Posteriormente, se estudiaron las variables en tablas de contingencia que permitieron calcular la asociación estadística mediante la prueba Chi – cuadrado de Pearson.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos necesarios para la realización del estudio se recogieron tras la obtención del permiso del director de la residencia, bajo la protección y confidencialidad de los datos de los pacientes. Posteriormente, todos nuestros participantes fueron informados tanto de forma verbal como escrita, a través de un Consentimiento Informado en el que autorizaban expresamente su incorporación en el estudio.

5. RESULTADOS

Los pacientes seleccionados para el estudio tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión fueron 27. De los cuales 9 eran hombres y 18 mujeres, 37% Y 63% respectivamente. La edad media de los participantes fue de 77.67 años. En las mujeres la edad media fue de 76 años y los hombres 78 años.

Las características están recogidas en la tabla 1

Tabla 1

VARIABLES	CATEGORIAS	N	FRECUENCIA	%
EDAD	67-75	27	10	37.03
	75-85		10	37.03
	>85		7	25.9
SEXO	HOMBRES	27	9	37
	MUJERES		18	63
AÑOS INSTITUCIONALIZADO	DESDE NIÑO	27	11	40.7
	>5		9	33.3
	<5		7	25.9
APOYO FAMILIAR	NO	27	13	48.1
	SI		14	51.9
VISITAS	NO	27	16	59.3
	SI		11	40.7
TERAPIA OCUPACIONAL	NO	27	10	37
	SI	27	17	63

De los 27 residentes entrevistados, el 67% no presentaba sintomatología depresiva, el 26% fueron diagnosticados de depresión leve o moderada y tan sólo el 7% de ellos presentaba depresión establecida.

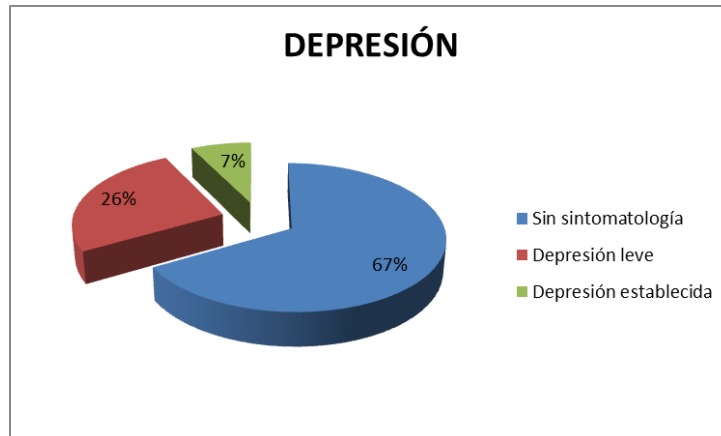


Ilustración 1. Depresión

Teniendo en cuenta el sexo, podemos observar que el 80% de los hombres no presentan sintomatología depresiva, mientras que en las mujeres este porcentaje es menor, aumentando de manera considerable el porcentaje de mujeres con depresión leve o moderada.

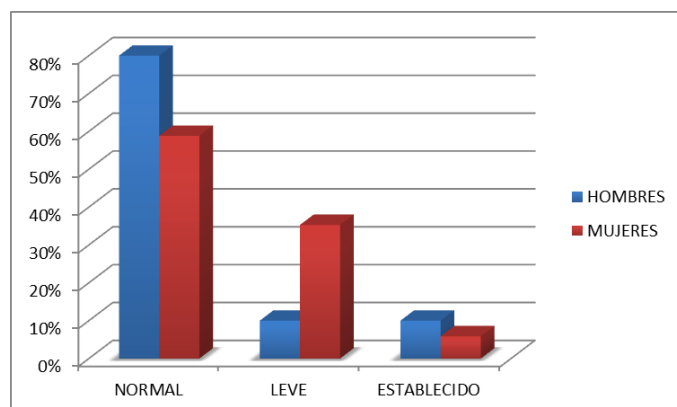


Ilustración 2. Depresión y sexo.

Para comparar el resto de variables en relación a la depresión, tendremos siempre en cuenta el sexo de los participantes debido a las diferencias encontradas entre mujeres y hombres.

- **Edad:**

Para estudiar el factor de la edad dividimos a los pacientes estudiados en tres grupos. Residentes de 65 a 75 años, de 75 a 85 y mayores de 85 años.

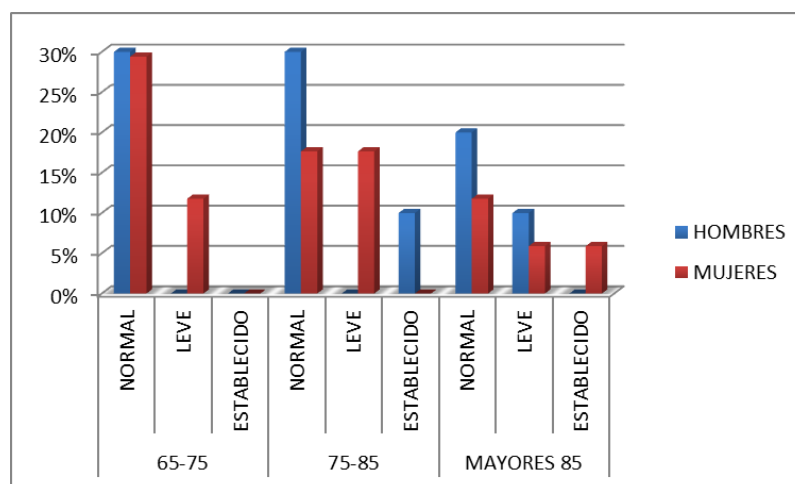


Ilustración 3. Depresión y edad.

En relación a la edad, podemos observar que en el periodo de edad comprendido entre los 65 y los 75 años, la mayoría de los pacientes de la muestra no presentan sintomatología depresiva.

En cuanto al periodo comprendido entre los 75 y los 85, podemos observar un aumento del porcentaje de pacientes con sintomatología depresiva, especialmente en mujeres. Cabe destacar además la presencia de depresión establecida en hombres.

La muestra de pacientes mayores de 85 años está mucho más igualada. Hay una disminución en el nivel de pacientes sin sintomatología, mientras que encontramos un aumento de pacientes masculinos con depresión leve y un ligero aumento en el porcentaje de mujeres con depresión establecida.

Es importante destacar que solo aparecen casos de depresión establecida en pacientes mayores de 75 años.

- **Apoyo familiar:**

	APOYO FAMILIAR		Sig. Asintónica (bilateral)
	NO	SI	,586
HOMBRES	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
MUJERES	8 (44.4%)	10 (55.6%)	
TOTAL	13 (48.1%)	14 (51.9%)	

Ilustración 4. Depresión y apoyo familiar.

Se puede relacionar la ausencia de apoyo familiar con la presencia de sintomatología depresiva en los pacientes mayores de 65 años institucionalizados. Podemos observar que existen más casos de pacientes con sintomatología depresiva entre los residentes que no tienen apoyo familiar, existiendo depresión establecida únicamente en este grupo. Esta variable estaría muy relacionada con otra de las variables de estudio como son las visitas recibidas.

- **Visitas**

	VISITAS		Sig. Asintónica (bilateral)
	NO	SI	,580
HOMBRES	6 (66.7%)	3 (33.3%)	
MUJERES	10 (55.6%)	8 (44.4%)	
TOTAL	16 (59.3%)	11(40.7%)	

Ilustración 5. Depresión y visitas.

Como hemos comentado anteriormente, podemos observar que la variable de estudio de las visitas está muy relacionada con la de apoyo familiar. Esto podemos entenderlo, ya que la mayoría de las personas que cuentan con apoyo familiar reciben visitas más o menos frecuentes. Podemos decir que

existe correlación entre la presencia de sintomatología depresiva y las visitas familiares.

Lo más importante que podemos observar de esta variable es que no existen datos de pacientes con depresión establecida entre los residentes que reciben visitas de su familia o amigos.

- **Terapia ocupacional**

	TERAPIA OCUPACIONAL		Sig. Asintónica (bilateral)
	NO	SI	
HOMBRES	5 (55.6%)	4 (44.4%)	,159
MUJERES	5 (27.8%)	13 (72.2%)	
TOTAL	10 (37%)	17 (63%)	

Ilustración 6. Depresión y Terapia Ocupacional.

Podemos observar una diferencia significativa entre los pacientes que reciben tratamiento de terapia ocupacional y los que no lo hacen. Cabe señalar que solo existen casos de depresión establecida entre los residentes sin intervención de terapia ocupacional.

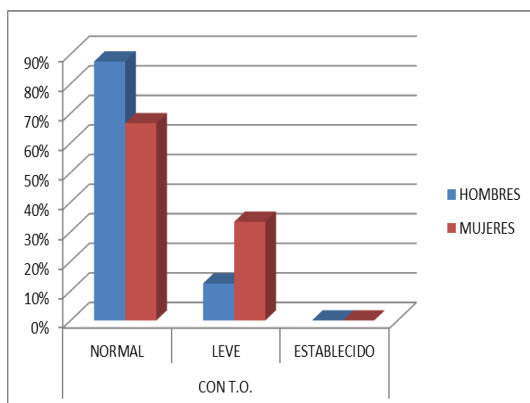


Ilustración 7. Depresión Con Terapia Ocupacional.

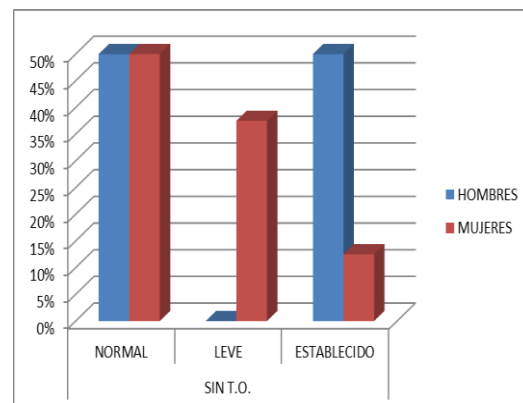


Ilustración 8. Depresión sin Terapia Ocupacional

Como se muestra en el gráfico, el 90% de los hombres que reciben terapia ocupacional no presentan sintomatología depresiva, mientras que entre los que no participan en talleres de terapia ocupacional observamos una disminución hasta el 50%, aumentando significativamente el porcentaje de pacientes con depresión establecida.

En cuanto al género femenino, podemos observar un aumento de sintomatología depresiva tanto leve como establecida en las residentes que no reciben tratamiento de terapia ocupacional.

	SIN SINTOMATOLOGÍA	LEVE	ESTABLECIDA
CON T.O.	76.4%	23.6%	0%
SIN T.O.	50%	30%	20%

Ilustración 9. Depresión y Terapia Ocupacional.

En la tabla podemos observar, sin diferenciar por sexo, que los niveles de depresión son mayores en pacientes que no acuden a actividades de terapia ocupacional, ya sean individuales o grupales. Además, observamos que los casos de depresión establecida obtenidos en el estudio coinciden con los pacientes que no asisten a talleres de terapia ocupacional y por tanto no se benefician del tratamiento.

- **Años de institucionalización**

Para estudiar la variable de años de institucionalización hemos dividido la muestra en tres grupos diferentes: pacientes institucionalizados desde niños, pacientes con más de 5 años de institucionalización y pacientes con menos de 5 años de institucionalización.

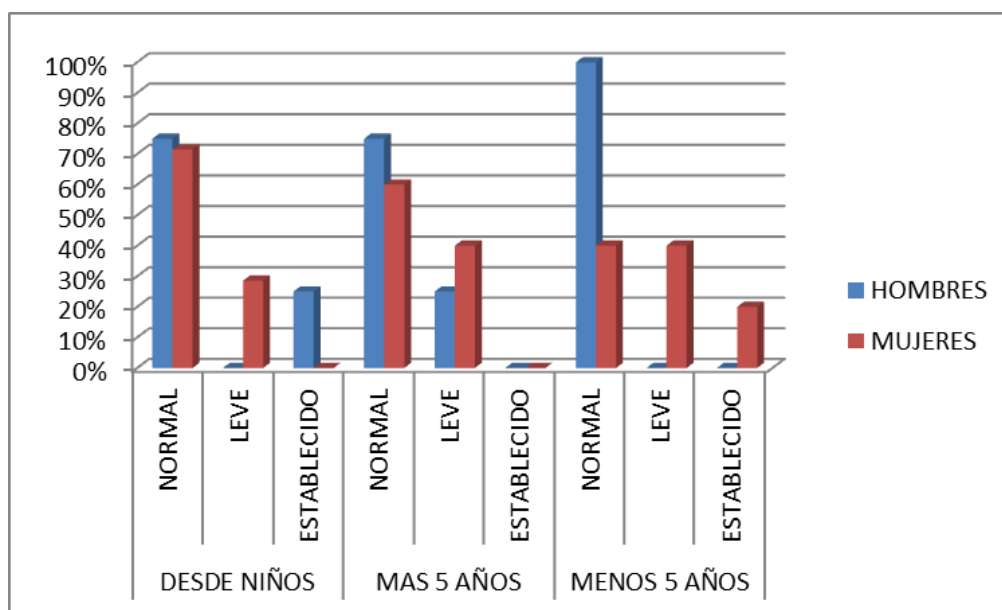


Ilustración 10. Depresión y años de institucionalización.

Se ha observado que los datos de sintomatología depresiva encontrados en los diferentes grupos de edad son similares, por lo que no podemos sacar conclusiones claras a cerca de la influencia del número de años institucionalizados y la presencia de depresión en pacientes institucionalizados.

Para completar el estudio se ha realizado una tabla en la que podemos observar todas las variables independientes teniendo en cuenta el sexo y cómo influyen en el desarrollo o no de sintomatología depresiva. (ANEXO III)

6. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos, podemos observar que existe un porcentaje de personas mayores con sintomatología depresiva del 33% de nuestra muestra, lo que podemos atribuir al pensamiento de otros autores, que afirman que la depresión es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, que afecta alrededor del 14% de personas mayores. (28, 29)

En cuanto a la edad, podemos observar que existe un porcentaje mayor de pacientes con depresión leve y establecida con el aumento de la edad. Siempre siendo mayor en el sexo femenino.

En relación a la variable de apoyo familiar, podemos concluir que los residentes con apoyo familiar presentan menos casos de sintomatología depresiva que los pacientes sin apoyo familiar. Cabe destacar que solo encontramos casos de depresión establecida entre los pacientes que no cuentan con apoyo familiar. Esta variable está muy relacionada con la de las visitas, por lo que obtenemos resultados muy similares.

No se han encontrado resultados significativos en el número de años institucionalizados como factor de predicción de sintomatología depresiva.

Se ha observado que los pacientes que acuden a talleres de terapia ocupacional tienen niveles más bajos de sintomatología depresiva que los que no participan en ellos, por lo que podemos concluir, de acuerdo con otros autores, que la implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores puede mejorar su estado físico, mental y emocional, aumentar sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuir la ansiedad y la depresión.

En ocasiones estos tratamientos no farmacológicos son el mejor recurso del que se dispone para enfrentarse a la soledad, al aislamiento e incluso a los problemas de salud (30).

7. CONCLUSIONES

En referencia a la primera hipótesis, podemos confirmar que existe una elevada proporción de ancianos institucionalizados que sufren depresión. De los 27 residentes entrevistados, el 67% no presentaba sintomatología depresiva, el 26% fueron diagnosticados de depresión leve o moderada y tan sólo el 7% de ellos presentaba depresión establecida.

En cuanto a la segunda hipótesis, la prevalencia de depresión es mayor entre mujeres mayores de 75 años institucionalizadas, que no reciben visitas y no participan en talleres de terapia ocupacional. Además, hemos observado que este porcentaje es especialmente alto en el grupo de pacientes mayores de 85 años.

Podemos concluir con la idea de que las dos hipótesis de trabajo han sido confirmadas por el estudio, no obstante, debemos tener en cuenta que se trata de una muestra reducida, por lo que los datos no pueden ser extrapolados al resto de personas mayores de 65 años institucionalizadas.

Por todo esto podemos ver la ampliación del estudio como una posible línea de estudio a tener en cuenta, ya que no existen muchos estudios sobre personas mayores institucionalizadas y es un tema de gran interés y cada vez más importante debido al creciente envejecimiento de la población mundial.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernandez-Ballesteros R. et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*. 2010; 22 (4); 641-647).
2. De Freitas R, Costa Santos SS, Silveira de Almeida Hammerschmidt K, Egues da Silva M, Teda Pelzer M. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (3): 478-485.
3. OMS: Envejecimiento [internet]. Organización Mundial de la Salud. [Consultado 24 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
4. Salas PM. Teoría y método la ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad en el envejecimiento. *CUIDEN*;2006 [Consultado 12 Diciembre 2014]; 73:19. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/970/1/culturacuidados_19_10.pdf
5. Jiménez VF, Cruz F. Anciano desplazado: perfiles terapéuticos e implicaciones sociosanitarias. *Medicina de Familia* 2000; 151-55.
6. Martín PE, Iglesias RJ. Perfil de residentes dependientes de centros geriátricos del distrito sanitario de Málaga. *Rev Esp Geriat Gerontol* 2002; 379.
7. González Ceinos M, Depresión en ancianos: Un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; (4):316-320.
8. M.E Portilla Franco y P. Gregorio Gil. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (España).
9. Vera Vera J. ABC de la depresión en personas mayores. Madrid: Grupo Aula Médica; 2000.

10. Berra C, Torta R. Therapeutic rationale of antidepressant use in the elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2007;44Suppl1:83-90.
11. Espinoza RT, Unützer MJ. Diagnosis and management of Late Life depression. Uptodate [internet] [citado 26 de mar 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-depression>.
12. NIH Consensus Statement Online. Diagnosis and treatment of depression in late life. 1991;9:1-27.
13. Tuesca-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.
14. Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Enfermería Global. Octubre 2010; 20:1-13.
15. 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
16. 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.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semergen.* 2012; 38(5):285-291.
24. Agüera-Ortiz LF, Losa R, Goez L, Gilaberte I. Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría.* 2011; 3(1):1-8

25. Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Puddu-Gallardo G, Salgado-García P, Peralta-Montecinos J. Impacto de un programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y SATISFACCIÓN Vital en Adultos Mayores . Madris, España.
26. Archivos de los establecimientos de beneficencia. Hospicio de Tarazona. Historia de la institución [internet] [Consultado 21 de abril de 2015] Disponible en:
http://www1.dpz.es/cultura/archivobiblio/archivo/fondos/fondo6_historia_establecimiento10_historia.htm
27. Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.
28. Ezquiaga E, García A, Huerta R, Pico A. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. Med Clin (Barc). 2011;137:612-5.
29. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. J Affect Disord. 2004;78:193-200.
30. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedstrom G Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review [Internet](2010) [Consultado el 20/09/15] Journal Title: Scandinavian Journal of Occupational Therapy Volume 17; Issue 2; Pages 101-16 Disponible en :
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/11038120902978096?journalCode=occ>

9. ANEXOS

Anexo 1

Cuadro 6. ESCALA DE **DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).**

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Anexo 2

PAULA LARA T.O.

PACIENTE:

ENTREVISTA VARIABLES DEPRESIÓN GERIÁTRICA.

1. EDAD:

2. SEXO:

HOMBRE

MUJER

3. AÑOS INSTITUCIONALIZADO/A

4. APOYO FAMILIAR

SI

NO

NO TIENE FAMILIA

5. VISITAS

SI

NO

• **DIARIAMENTE**

• **UNA VEZ SEMANA**

• **UNA VEZ MES**

• **ALGUNA VEZ AL AÑO**

6. PARTICIPACIÓN TALLERES TERAPIA OCUPACIONAL

SI

NO

Anexo 3

DEPRESIÓN												
	CON AF, CON VISITAS, T.O. Y MÁS DE 5 AÑOS			SIN AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y DESDE NIÑO			CON AF, SIN VISITA, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			SIN AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y MÁS DE 5 AÑOS		
	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO
HOMBRES	2	1	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0
MUJERES	2	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0

DEPRESIÓN												
	CON AF, CON VISITAS, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			CON AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y DESDE NIÑO			SIN AF, SIN VISITAS, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			CON AF, CON VISITAS, SINT.O. Y MÁS DE 5 AÑOS		
	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0

DEPRESIÓN												
	CON AF, CON VISITAS, T.O. Y MÁS DE 5 AÑOS			SIN AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y DESDE NIÑO			CON AF, SIN VISITA, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			SIN AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y MÁS DE 5 AÑOS		
	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO
HOMBRES	20%	10%	0%	30%	0%	0%	10%	0%	0%	10%	0%	0%
MUJERES	12%	0%	0%	12%	6%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%

DEPRESIÓN												
	CON AF, CON VISITAS, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			CON AF, SIN VISITAS, CONT.O. Y DESDE NIÑO			SIN AF, SIN VISITAS, SINT.O. Y MENOS DE 5 AÑOS			CON AF, CON VISITAS, SINT.O. Y MÁS DE 5 AÑOS		
	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO	NORMAL	LEVE	ESTABLECIDO
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
	6%	6%	0%	6%	6%	12%	0%	6%	0%	6%	0%	100%

Anexo 4

Consentimiento informado para Participantes del Trabajo Fin de Master de Gerontología Social de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo Fin de Master con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo Fin de Master es conducido por PAULA LARA, de la Universidad de Zaragoza, Facultad de las ciencias de la Salud.

La meta de este trabajo es CONOCER LA PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS.

Si usted accede a participar en este trabajo, se utilizarán los datos recogidos de los cuestionarios y la historia clínica de los pacientes de la residencia de ancianos HOGAR DOZ. La participación en este Trabajo Fin de Master es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Master. Los datos de los residentes serán tratados asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique de ninguna manera.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por PAULA LARA. He sido informado de la meta de este estudio.

Entiendo que una copia de esta ficha me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con PAULA LARA en el teléfono _____.

Nombre del director del centro:

Firma:

Fecha: 29 SEP 2015

EL DIRECTOR

Fdo. Juan Manuel Martín Martín