



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza**

**Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN  
Y  
DIAGNÓSTICO NANDA ANSIEDAD**

**AUTORA:**

Marta Romero Tenorio

**TUTORA:**

Carmen Muro Baquero

**CALIFICACIÓN**

--

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psíquicas en las personas mayores suponen un gran problema de salud comunitaria, y más aun debido al progresivo envejecimiento de la población tal y como muestran los estudios demográficos, sobre todo en los países desarrollados.<sup>1,2</sup>

Las causas de esta situación son diversas, por una parte está el propio deterioro tanto físico como cognitivo del organismo y por otra el estrés derivado de los cambios sociales que este grupo de población afronta, tanto a nivel económico, social, familiar, laboral, etc.<sup>1-4</sup>

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión. Podemos definirla como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.<sup>1-5</sup>

La prevalencia de depresión en los ancianos varía según el instrumento utilizado para su medida, así como según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados. Podemos encontrar cifras de prevalencia que oscilan entre un rango del 1 al 70 %.<sup>1,2,4-8</sup>

La mayoría de los estudios ponen de manifiesto que los ancianos institucionalizados en residencias son el grupo con una prevalencia más elevada alcanzando el 70%. Aunque existe una gran dispersión debido en parte a la heterogeneidad de los centros. La prevalencia en ancianos en la comunidad oscila entre el 1 y 20% y en ancianos hospitalizados entre el 10 y 25%.<sup>1,2,4-8</sup>

En lo que coinciden la mayoría de estudios es que la depresión en el anciano está infradiagnosticada e infratratada.<sup>1,2,6-8</sup>

La depresión del anciano, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores que actúan en el terreno personal de cada paciente. Es un proceso multifactorial y complejo, de etiología biopsicosocial, cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo. Hasta el momento ha sido imposible establecer la totalidad de estos factores, ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.<sup>3,4,6</sup>

Los factores de riesgo pueden ser biológicos y psicosociales. Dentro de los biológicos podemos distinguir, diferentes tipos de enfermedades, factores genéticos o disfunciones cognitivas. Dentro de los psicosociales, tiene una gran relevancia los cambios sociales y afectivos. Estos últimos con frecuencia dan lugar a la aparición de depresión, debido al aislamiento social, a la soledad por pérdida del cónyuge, a bajos ingresos, etc. Además se asocian con mucha frecuencia a ansiedad.<sup>3,4,6,10</sup>

Desde el punto de vista enfermero hay diferentes diagnósticos sobre los que podemos trabajar y comprobar su influencia en la depresión. Uno de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en las personas mayores con depresión es la ansiedad.<sup>10,11</sup>

La ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico comórbido, como en el caso de la depresión, también puede ser provocado por enfermedades o medicamentos.<sup>10,11</sup>

Existe un gran solapamiento entre ansiedad y depresión cuya tasa de comorbilidad oscila según los diferentes estudios entre valores de 4 al 57%, apoyando la existencia de un trastorno mixto ansioso – depresivo.<sup>12-15</sup>

El diagnóstico NANDA Ansiedad (00146), “ nombra una situación en que la persona experimenta una señal de alerta, un sentimiento de aprensión o de vaga amenaza, relacionada con la anticipación de un peligro cuyo origen con frecuencia desconoce y que se acompaña de una respuesta del sistema nervioso autónomo que le permite tomar medidas necesarias para afrontar la amenaza”.<sup>18</sup>

La depresión ansiosa es la forma más común de la ansiedad en la vejez. El 95% de los ancianos deprimidos presentan síntomas de ansiedad, a su vez, la ansiedad puede afectar el curso y pronóstico a corto y largo plazo de la depresión.<sup>11,12</sup>

Por eso es de gran importancia abordar la ansiedad para llevar a cabo un tratamiento adecuado de la depresión en personas mayores.<sup>11,12</sup>

### **1.1. Justificación**

A la vista de todo ello nos proponemos realizar un plan de intervención de cuidados enfermeros dirigido a personas mayores con depresión y diagnóstico enfermero de ansiedad.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. General**

- Plan de Intervención Enfermero, orientado en el diagnóstico NANDA ansiedad en el contexto de la depresión en personas mayores.

### **2.2. Específicos**

- Medir con las escalas y tests más adecuados los síntomas de ansiedad y depresión.
- Diseñar las intervenciones enfermeras e interdisciplinarias adecuadas para abordar estos problemas.
- Diseñar un sistema para valorar la eficacia del Plan de Intervención Enfermero.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Literatura

##### 3.1.1. Escalas

Después de realizar una revisión bibliográfica obtenemos, que hay diferentes escalas y test con los que se puede medir y clasificar la ansiedad y la depresión.<sup>2,3,6,11,17</sup>

Además se debe de tener en cuenta otros factores como el dolor y el estrés, ya que influyen en gran medida en la ansiedad y depresión. De manera que se realizarán escalas y tests para medir y clasificar; depresión, ansiedad dolor y estrés.<sup>2,3,6,11,17</sup>

A la vista de la revisión bibliográfica anteriormente comentada se seleccionan las siguientes escalas.

*Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage abreviada*, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.<sup>19-21</sup> (Anexo 1)

En diferentes estudios, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica. La Escala de Yesavage es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.<sup>19-21</sup>

*Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).* Es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos. Se trata de un test heteroadministrado, que no sólo nos orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y especificidad del 81,8%; sino que nos discrimina entre ellos y nos dimensiona sus respectivas intensidades.<sup>22</sup>

En él, se pide al enfermo que reflexione sobre si durante las dos últimas semanas, ha presentado alguno de los síntomas que se citan, cuatro para la subescala de ansiedad y cuatro para la de depresión. En caso de obtenerse 2 o más puntos en la primera, se termina el interrogatorio con las nueve preguntas de ansiedad, mientras que en la segunda subescala continuaremos preguntando sobre depresión, también hasta el noveno ítem, ante tan sólo una respuesta afirmativa. Los puntos de corte (cut-off) se sitúan en 4 o más para el estudio de ansiedad y en dos o más en el de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema.<sup>22,23</sup> (Anexo 2)

*La Escala Visual Analógica del dolor (EVA),* es una escala muy sencilla de utilizar y de comprender por los pacientes. En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.<sup>24</sup>

La forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Es la escala más usada, incluso en los pacientes críticos. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.<sup>24,25</sup> (Anexo 3)

*Escala de Apreciación del Estrés*, elaborada por J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles. Se encuentra formada por cuatro escalas independientes, todas tienen como objetivo común: la determinación de niveles de estrés y la identificación de principales estímulos estresores, considerando el factor tiempo e intensidad. El test tiene un índice de fiabilidad equivalente al 95 %, lo que lo hace una herramienta confiable para el trabajo con poblaciones generales.<sup>26,27</sup>

Consta de cuatro escalas independientes; E.A.E-G: Escala General de Estrés, E.A.E-A: Escala de Acontecimientos Estresantes para ancianos, E.A.E-S: Escala de Estrés Socio-Laboral y E.A.E-E: Escala de Estrés en la Conducción. Todas sus escalas se valoran bajo los siguientes parámetros: Presencia actual del estímulo estresar. Intensidad con que se perciben para el individuo estos sucesos estresantes con frecuencias desde el 0 al 3. Vigencia del acontecimiento estresante, en este parámetro se delimitan las situaciones que todavía afectan y aquellas que han dejado de hacerlo.<sup>26,27</sup>

En este caso utilizaremos la *Escala EAE-A- Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos*. Esta escala intenta evaluar el número de intensidad de estrés vivido como respuesta a sucesos estresantes relacionado sobre todo con la vida sentimental y afectiva. Va dirigida para la población de adultos mayores con edades comprendidas entre 66 y 85 años. Consta de 51 ítems agrupados en tres áreas: salud estado físico y psíquico, vida psicológica (afectiva y emocional), vida social y económica.<sup>26,27</sup> (Anexo 4)

### 3.1.2. Intervenciones

De la revisión bibliográfica obtenemos que, las técnicas de tratamiento más eficaces que se usan habitualmente en la terapia de los trastornos de ansiedad son de varios tipos: técnicas farmacológicas, técnicas cognitivas, técnicas de relajación de la actividad fisiológica, y técnicas centradas en la conducta.<sup>28-30</sup>



A la vista de la revisión bibliográfica anteriormente citada, pasamos a explicar las intervenciones más adecuadas y con evidencia científica, para tratar el diagnóstico Nanda ansiedad.

*Las terapias cognitivas conductistas* ayudan a entender los comportamientos y cómo controlarlos. El paciente tendrá de 10 a 20 visitas durante varias semanas.<sup>28-30</sup>

*Las técnicas de relajación de la actividad fisiológica*, enseñan a las personas a relajarse, disminuir la activación fisiológica, soltar los músculos, respirar correctamente, imaginar, etc. Hay que practicarlas todos los días.<sup>28-30</sup>

*Las técnicas centradas en la conducta*, resaltan la necesidad de exponerse a las situaciones temidas, acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad (bajo situación de control), todo ello bajo el principio de aproximaciones sucesivas (poco a poco) y el principio del refuerzo (es importante premiarse por los éxitos, y corregir ante los fracasos, en lugar de castigarse). Además, algunas técnicas enseñan al sujeto habilidades personales o sociales para enfrentarse mejor a las situaciones ansiógenas.<sup>28-30</sup>

*Los grupos de apoyo* permiten al paciente hablar con personas que comparten problemas y experiencias en común. Esto puede ayudar a aliviar el estrés relacionado con una afección médica. Estos grupos no constituyen un sustituto del tratamiento efectivo, pero pueden servir como complemento.<sup>28-30</sup>

## 4. DESARROLLO

### 4.1. Plan De Intervención De Enfermería

#### 4.1.1. Población

El plan va dirigido a personas mayores con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, ya que diferentes estudios han demostrado que en personas mayores de 75 años la recuperación es mucho menor.<sup>1,2,12,16</sup>

#### 4.1.2. Ámbito

Personas mayores en el Centro de Salud.

#### 4.1.3. Proceso Enfermero

Para la realización del plan de intervención de enfermería, seguiremos el patrón del proceso enfermero, que consta de cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

##### 4.1.3.1. Valoración

Antes de comenzar se asegurará al paciente que toda la información y problemas que se comenten durante las visitas, serán totalmente confidenciales. Cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Valoraremos a los pacientes primeramente siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson. Posteriormente para completar la valoración, realizaremos las escalas para medir depresión, ansiedad, dolor y estrés.

Las escalas que utilizaremos serán las siguientes; *Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage abreviada*, *Escala de ansiedad y depresión de Goldberg* (EADG), *Escala Visual Analógica del dolor* (EVA), *Escala de Apreciación del Estrés*, elaborada por J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles, en este caso utilizaremos la *Escala EAE-A- Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos*.

#### 4.1.3.2. Diagnóstico

Siguiendo la nomenclatura Nanda, el diagnóstico enfermero es el siguiente: Ansiedad (00146) relacionado con dolor y estrés manifestado por síntomas depresivos, angustia, nerviosismo e irritabilidad.

#### 4.1.3.3. Planificación

Se llevarán a cabo las intervenciones más adecuadas en relación al tratamiento del diagnóstico Nanda ansiedad.

Todas las intervenciones que se llevarán a cabo, son el resultado de la revisión bibliográfica anteriormente citada y están basadas en la evidencia científica.

Se trabajará de forma multi e inter disciplinar. Trabajando en colaboración con otros profesionales (enfermeras de salud mental, psicólogos, psiquiatras, trabajador social, médico de atención primaria,...) siempre que sea necesario.

#### Intervenciones: <sup>28-30</sup>

*Terapia cognitivo-conductual:* Se realizarán 10 sesiones, pudiendo aumentar las mismas, si el paciente lo requiriese. Las sesiones serán realizadas por la enfermera de salud mental y enfermera generalista. Se pedirá colaboración a los especialistas pertinentes siempre que sea necesario.

- Primera - segunda sesión: Entender y controlar los puntos de vista distorsionados y estresantes en la vida, como los eventos en la vida.
- Tercera – cuarta - quinta sesión: Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.
- Sexta - séptima sesión : Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas
- Octava sesión: Evitar pensar que las preocupaciones se transformarán en problemas graves.
- Novena - décima: Reforzar los puntos que el paciente necesite.

*Las técnicas de relajación de la actividad fisiológica:* Se realizará una sesión a la semana durante 3 meses. Las sesiones se realizarán en el centro de salud, y serán realizadas por el personal de enfermería. Los pacientes deberán aplicar los conocimientos aprendidos diariamente en su casa. En cada sesión se trabajarán diferentes aspectos, que a continuación se detallan.

- Relajación muscular.
- Ejercicios de respiración.
- Ejercicios de imaginación, con los que se obtengan la relajación.
- Recomendar la realización de actividades lúdicas, teniendo siempre en cuenta el gusto personal de cada paciente.

*Las técnicas centradas en la conducta:* Se realizarán de 10 sesiones en las que el paciente aprenderá a afrontar los problemas que producen ansiedad. Las sesiones serán realizadas por el personal de enfermería y la enfermera de salud mental.

- Detectar los factores causantes de la ansiedad y el estrés.
- Abordar desde la distancia los factores ansiógenos.
- Abordar los factores ansiógenos con apoyo.
- Abordar por si solos los factores ansiógenos.

*Los grupos de apoyo:* Se recomendará la participación del paciente, en grupos de apoyo en los que poder compartir con otras personas sus problemas. Se realizará una sesión semanal en el Centro de Salud durante tres meses. Las sesiones serán realizadas por el psiquiatra y la enfermera de salud mental.

Además de todas estas intervenciones también deben evitar la cafeína, alcohol y las drogas.

Se debe resaltar al paciente que un estilo de vida saludable que incluya ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición ayudaran a reducir el impacto de la ansiedad.

#### 4.1.3.4. Ejecución

La ejecución se llevará a cabo en los Centros de Salud, siguiendo el Plan de Intervención Enfermero. Se trabajará en colaboración con otros profesionales siempre que sea necesario.

#### 4.1.3.5. Evaluación

Para evaluar los resultados obtenidos, se realizará de nuevo la valoración a los pacientes, una vez pasados tres meses de tratamiento. De manera que se volverán a realizar las diferentes escalas y así observaremos de una forma objetiva si los pacientes han mejorado.

Otro factor que nos servirá para determinar que el paciente mejora, será la disminución del tratamiento farmacológico. Ya que por lo general el tratamiento de los problemas de ansiedad y depresión mediante técnicas cognitivo-conductuales produce mejores resultados que el tratamiento farmacológico.<sup>28-30</sup>

## 5. CONCLUSIÓN

Las enfermedades psíquicas en las personas mayores suponen un gran problema de salud comunitaria debido al progresivo envejecimiento de la población. De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión. La mayoría de los estudios coinciden en que está infradiagnosticada e infratratada. Uno de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en las personas mayores con depresión es la ansiedad, y los estudios revelan que existe un gran solapamiento entre ellas.

Con el plan de intervención de enfermería se actuará sobre el diagnóstico Nanda ansiedad y se valorará su mejoría y en consecuencia se esperará la disminución del mismo así como del diagnóstico médico de depresión.

## 6. ANEXOS

### 1. Escala De Depresión Geriátrica –Test De Yesavage<sup>21</sup>

Existen dos versiones:

- *Versión de 15:* Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son: 0 - 4: Normal; 5 ó +: Depresión

- *Versión de 5 ítems:* Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

PUNTUACIÓN TOTAL: V5

PUNTUACIÓN TOTAL: V15

## 2. Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg<sup>23</sup>

Escala E.A.D.G. (Goldberg y cols., 1998, versión española GZEWIPP, 1993)

### **SUBESCALA DE ANSIEDAD**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

### **SUBESCALA DE DEPRESIÓN**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

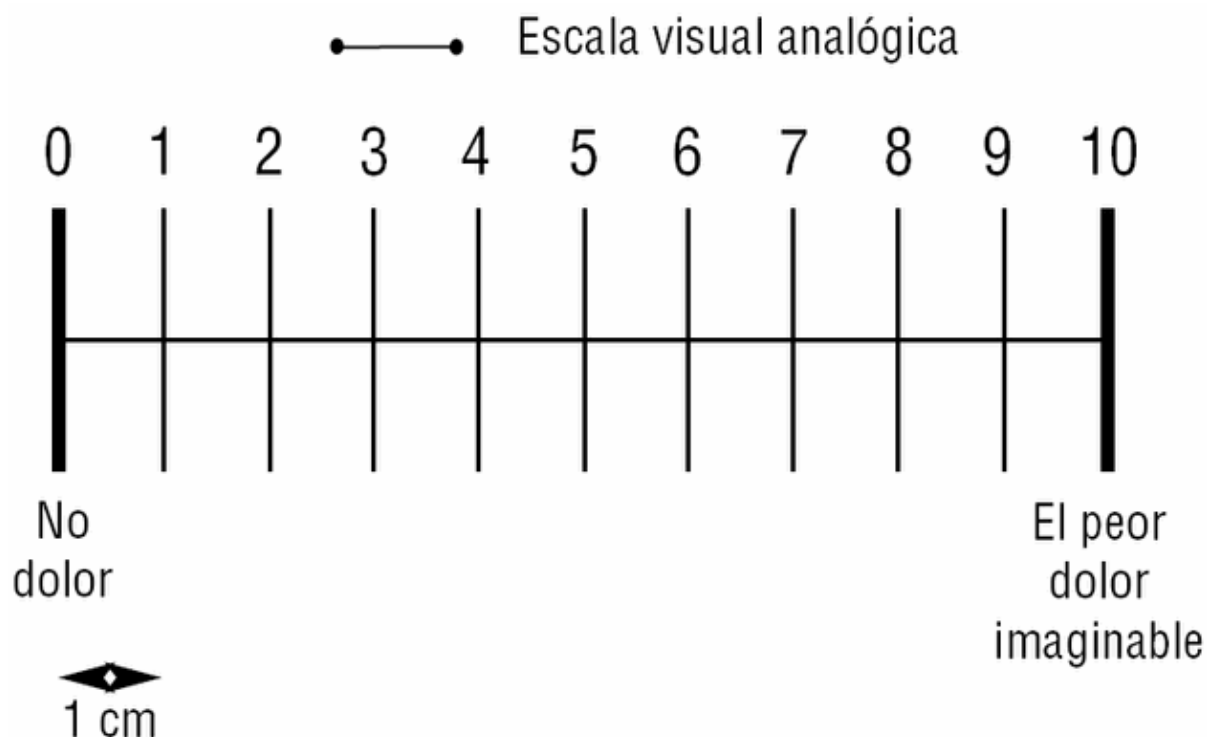
La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión



### 3. Escala Visual Analógica (EVA)<sup>25</sup>

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.



#### *Escala verbal numérica*

En la escala verbal numérica (EVN) el paciente expresa su percepción del dolor desde el 0 («no dolor») al 10 (el «peor dolor imaginable»). Puede ser por tanto hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. La EVN tiene una muy buena correlación con la EVA.

#### **4. Escala EAE-A- Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos<sup>26,27</sup>**

*Escalas de Apreciación del Estrés de J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles*

La Escala de Apreciación del Estrés, consta de cuatro escalas independientes cuyo objetivo es evaluar la incidencia y el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los sujetos: Su marco de referencia teórico se encuentra en los trabajos de Holmes (1967) y Rahe (1966).

E.A.E-G: Escala General de Estrés.

E.A.E-A: Escala de Acontecimientos Estresantes para ancianos.

E.A.E-S: Escala de Estrés Socio-Laboral.

E.A.E-E: Escala de Estrés en la Conducción.

Estas escalas presentan tres categorías de análisis:

- *Presencia o ausencia:* de acontecimientos estresantes en la vida del sujeto.
- *Intensidad:* con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes.
- *Vigencia:* del acontecimiento estresante.

Tiempo de administración: 25 a 30 minutos.

*Escala EAE-A- Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos*

Esta escala intenta evaluar el número de intensidad de estrés vivido como respuesta a sucesos estresantes relacionado sobre todo con la vida sentimental y afectiva. Va dirigida para la población de adultos mayores con edades comprendidas entre 66 y 85 años. Consta de 51 ítems agrupados en tres áreas: salud estado físico y psíquico, vida psicológica (afectiva y emocional), vida social y económica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2001 Ago [citado 2012 Mar 30]; 17(4): 316-320.  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000400002&lng=es).
2. 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 [revista en Internet]. 2007 Feb [citado 2012 Mar 30]; 21(1): 37-42.  
Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112007000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112007000100008&lng=es).
3. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Mar 30]; 31(3): 457-475. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352011000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352011000300005&lng=es).
4. Yvonne Sánchez I, Castañeda González H. Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. GEROINFO [revista en Internet]. 2008 [citado 2012 Mar 30]; 3 (3): 1-11. Disponible en:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo\\_depresion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf)

5. Gorete Reis M<sup>a</sup>, Gonçalves Silva Cláudia M<sup>a</sup>, Longino Fernandes Toni. Depresión (humor deprimido) en los mayores residentes en la comunidad. Gerokomos [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2012 Mar 30] ; 20(3): 123-126. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134928X2009000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000300005&lng=es).
6. López Trigo JA. La depresión en el paciente anciano [monografía en Internet]. Málaga: área de Bienestar Social Ayuntamiento de Málaga; [citado 2012 Mar 30]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>
7. Lavretsky H, Zheng L, Weiner MW, Mungas D, Reed B, Kramer JK et al. Association of depressed mood and mortality in older adults with and without cognitive impairment in a prospective naturalistic study. Am J Psychiatry [revista en Internet]. 2010 May [citado 2012 Mar 30]; 167(5): 589-597. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864365/?tool=pubmed>
8. Manish NS. Depression and Cognitive Impairment In Older Adult Emergency Department Patients: Changes Over Two Weeks. J Am Geriatr Soc [revista en Internet]. 2011 Feb [citado 2012 Mar 30]; 59(2):321-326. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3059130/>
9. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria [revista en Internet]. 2001 [citado 2012 Mar 30]; 27:484-488. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/prevalencia-depresion-mayores-65-a%C3%B1os-perfil-anciano-12003958-originales breves-2001>

10. Canto Pech HG, Castro Rena EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología [revista en Internet]. 2004 [citado 2012 Mar 30]; 9(2): 257-270. Disponible en: <http://www.libsearch.com/visit/1200632>
11. Miguel Gabay P, Fernández Bruno M. Trastornos de Ansiedad en la tercera edad [monografía en Internet]. Buenos Aires. [citado 2012 Mar 30]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD001.pdf>
12. Montorio Cerrato I, Nuevo Cerrato R, Losada Baltar A, Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. Mapfre Medicina [revista en Internet]. 2001 [citado 2012 Mar 30]; 12(1): 19-26. Disponible en: <http://sid.usal.es/idos/F8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>
13. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. BJP [revista en internet]. 2011 [citado 2012 Mar 30]; 199: 485-491. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/485.long>
14. Muntingh ADT et al. Is the Beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). BMC Fam Pract [revista en internet]. 2011 [citado 2012 Mar 30]; 12:66. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/66>

15. Seekles W et al. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial. *Trial* [revista en internet]. 2011 [citado 2012 Mar 30]; 12: 171. Disponible en: <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/171>
16. Sicras-Mainar Antoni, Blanca-Tamayo Milagrosa, Gutiérrez-Nicuesa Laura, Salvatella-Pasant Jordi, Navarro-Artieda Ruth. Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gac Sanit* [revista en Internet]. 2010 Ene [citado 2012 Abr 02] ; 24(1): 13-19. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112010000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112010000100003&lng=es).
17. Gleicher Y, Croxford R, Hochman J, Hawker G. A prospective study of mental health care for comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. *BMC Psychiatry* [revista en internet]. 2011. [citado 2012 Abr 02]; 11: 147. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/147>
18. Luis Rodrigo M<sup>a</sup>T. Los diagnósticos enfermeros Revisión crítica y guía práctica. 8<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
19. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M<sup>a</sup> C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R.. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2012 Abr 02] ; 12(10): 26-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113157682002001000003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682002001000003&lng=es).

20. Balmón Cruz Carmen, Dorado Primo Juan Alejandro. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Abr 02] ; (90): 9-20. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es)
21. Junta de Andalucía. Consejería de Salud [sede web]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [citado 02 Abr 2012]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7\\_TestDepGeriatYesevage.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7_TestDepGeriatYesevage.pdf)
22. Duch Campodarbe FR, Ruiz De Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz De Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. Semergen [revista en Internet]. 1999 [citado 2012 Abr 02]; 25(3): 209-225. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero3-99/209-225.pdf>
23. Junta de Andalucía. Consejería de Salud [sede web]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [citado 02 Abr 2012]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7\\_AnsDepGoldberg.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7_AnsDepGoldberg.pdf)

24. Sociedad Española del Dolor. Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático [monografía en Internet]. SED; 2009 [citado 2012 Abr 02]. Disponible en: [http://sedolor.es/RECOMENDACIONES\\_SED\\_FINAL\\_%2017-03-09.pdf](http://sedolor.es/RECOMENDACIONES_SED_FINAL_%2017-03-09.pdf)
25. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2012 Abr 02] ; 30(8): 379-385. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021056912006000800004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912006000800004&lng=es)
26. Gavilán M, Ferrer K, Ibarra R. Salud mental versus inestabilidad laboral. Orientac. soc. [revista en Internet]. 2002. [citado 2012 Abr 02]; 3: 115-122. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-88932002000100007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88932002000100007)
27. GÓMEZ C J, SEGURA O P. ESTRÉS EN PACIENTES GERONTOPSIQUIÁTRICOS: DESCRIPCIÓN DE FACTORES ESTRESANTES BIOPSICOSOCIALES. rev.colomb.psiquiatr. [revista en Internet]. 2002 Mar [citado 2012 Abr 02] ; 31(1): 57-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474502002000100005&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502002000100005&lng=pt).
28. Capafons A. Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. Psicothema [revista en Internet]. 2001 [citado 2012 Abr 02]; 13(3): 442-46. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=466>



29. Pérez Álvarez M, García Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema [revista en Internet]. 2001 [citado 2012 Abr 02]; 13(3): 493-510. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=471>
30. González Páez N. Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno dismórfico corporal. Psicología.com [Internet]. 2012 [citado 2012 Abr 02]; 16:8. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5462>