

REVISIÓN SISTEMÁTICA:

Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Pacientes Mayores

Irene Mata Treviño

Trabajo Fin de Grado en Enfermería.

ÍNDICE

Páginas

Resumen

3

Introducción

3 - 4

Objetivos

4

Metodología

5

Desarrollo

5 – 12

Conclusiones

12

Bibliografía

13 - 14

RESUMEN

Introducción: depresión es un trastorno importante que afecta a las personas con edad avanzada. Se plantea realizar una revisión sistemática para analizar la prevalencia de la depresión, así como los tipos de tratamientos existentes, además del farmacológico.

Objetivos: conocer la prevalencia de la depresión en los ancianos, así como los diferentes tratamientos y terapias, y resolver un caso práctico

Metodología: revisión sistemática a través de Medline. Resolución de un caso práctico mediante un Proceso Enfermero. En la fase de valoración realizamos la escala GDS-15. Utilizaremos la clasificación Nanda para redactar los diferentes diagnósticos de enfermería

Desarrollo: para el trabajo se seleccionaron 10 estudios de distintos tipos. En ellos se analizan diferentes factores que influyen en la prevalencia de la depresión como sexo, edad, lugar donde viven y asociación a otras enfermedades. Se analizan también forma de diagnóstico de la depresión a través de distintas escalas, la más utilizada GDS-15 y otras terapias como el ejercicio físico o el trabajo de varios profesionales en un mismo caso. Tras esta revisión se procede la solución de un caso práctico.

Conclusiones: la depresión tiene una alta prevalencia en los ancianos, siendo ésta mayor en las mujeres y los internos en residencias. Existen varias escalas para su diagnóstico y varios tipos de terapias y tratamientos para la mejora de sus síntomas.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno importante, tanto por su frecuencia como por su trascendencia, dentro del grupo de las enfermedades que afectan actualmente a los mayores.

Existen factores que aumentan la posibilidad de padecer depresión: la jubilación, y por lo tanto la consiguiente pérdida de nivel económico, la aparición de enfermedades incapacitantes, la viudedad y pérdida de seres cercanos, lo que aumenta la soledad.

Existe cierta controversia con respecto a la prevalencia de depresión en mayores.

Hay estudios que ponen de manifiesto que los síntomas depresivos aumentan moderadamente con la edad, tanto en hombres como en mujeres. (1)

Sin embargo otros autores defienden que la prevalencia de la depresión es superior en los jóvenes (2)

Otro factor importante en la aparición de depresión, son los acontecimientos negativos que ocurren durante la vida, cuantos más acontecimientos negativos hayan ocurrido, más posibilidad de aparición de la enfermedad (3,5).

El estado de salud está muy relacionado con los síntomas de la depresión, y puesto que este colectivo, ancianos, presenta mayor número de enfermedades que crean discapacidad, tienen más posibilidad de padecer una depresión (4,5).

Por otro lado la depresión también exagera, especialmente en personas con edad avanzada, las consecuencias de las enfermedades somáticas: así la posibilidad de morir se multiplica por 4 en los pacientes depresivos con infarto de miocardio, frente a los no deprimidos (6). Además, en estos pacientes, aumenta la agregación plaquetaria por lo que se incrementa el riesgo cardiovascular (7).

Las mujeres tienen una media de edad más baja en la aparición del primer episodio depresivo, y sus síntomas son: ansiedad, somatización, bulimia y otros atípicos, además del aumento de apetito y por consiguiente del peso. Estos síntomas son más graves y profundos en las mujeres y aumentan el riesgo de suicidio (8,9).

OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de los trastornos depresivos en las personas mayores de 65 años de ambos sexos.
- Tratamiento y terapias usadas por la enfermera para la curación o mejora de los síntomas depresivos.
- Resolver un caso práctico mediante la realización de un PE.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en las personas mayores de 65 años, así como los tratamientos y terapias existentes, y utilizadas por la enfermera para conseguir el cese o la mejora de los síntomas.

La base de datos consultada fue Medline a través de Pubmed.

Después de conocer lo anteriormente mencionado, se procederá a la resolución del caso de una paciente diagnosticada de la enfermedad, a través de un PE. Dicho proceso constará de una Valoración, realizada a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, a partir de la cual se formularán unos diagnósticos de enfermería, objetivos y se procederá a la realización de unas actividades.

Durante la Valoración, nos centraremos sobre todo en los aspectos que tienen que ver con la patología estudiada en el trabajo. Así utilizaremos la Escala de Depresión Geriátrica (cuestionario corto) de Yesavage (GDS 15), que consta de 15 preguntas, valoradas con 0 ó 1 punto según la respuesta. Entre 0 y 4 puntos, se considera normal la valoración, entre 5 y 8 depresión leve, entre 9 y 11 depresión moderada, y entre 12 y 15 depresión severa.

DESARROLLO

Tras la revisión se incluyen 10 estudios en el trabajo, el más antiguo de 1993 y el más reciente de 2011.

Entre los estudios seleccionados distinguimos varios tipos de diseño, estudios transversales, de cohortes, de casos- control, descriptivos y observacionales.

Tras la revisión se analizan varios factores relacionados con la prevalencia de la depresión.

Estos factores son, sexo, edad, lugar donde viven y asociación a otras enfermedades.

La prevalencia de depresión en las personas mayores es bastante alta (11, 14, En cuanto al sexo existe una mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres que en hombres, además las mujeres tienen una peor percepción sobre su

salud (12). En un estudio hecho en Madrid, en el que se dividió a los pacientes en tres grupos de edad se demostró que el grupo de pacientes más mayores tenía mejor percepción de su salud, lo que disminuía los síntomas depresivos. Sin embargo en los más jóvenes influía mucho la clase social (12). Por otro lado un estudio hecho en Nueva York demostró que la prevalencia de la depresión mayor no está relacionada con factores socio-demográficos (16).

En cuanto a los pacientes que viven internos en centros, fuera de su hogar la prevalencia de ancianos con depresión es del 30% (11), frente al 15% de los que viven en su casa (14,15,20).

Los síntomas depresivos asociados a otras patologías aumentan, y además estos pacientes son los que más acuden al médico de familia (20). Además si la depresión está relacionada con otras enfermedades, como por ejemplo la diabetes, se incrementa el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, así como la mortalidad (13).

Para diagnosticar la depresión, existen varias formas de diagnóstico. Las enfermeras, además de la observación y la entrevista, pueden utilizar escalas, en las que se indica la existencia y el grado de depresión (19).

Para finalizar diremos que el tratamiento más utilizado en esta enfermedad son los fármacos antidepresivos (10), pero también existen otro tipo de terapias.

Los pacientes tratados por un equipo interdisciplinar (psiquiatra, médico de familia, enfermera, terapeuta...) experimentan más mejoría que los que reciben únicamente los cuidados de un solo médico (18). También en aquellos en los que se incluye la actividad física como tratamiento, mejora mucho el modo y calidad de vida (17).

Autores	País	Año	Muestra	Diseño	Medidas	Conclusiones
Damian et al	España	2004	n: 800 pacientes > 65 años institucionalizados	Transversal	% ancianos con depresión	30% padecen depresión. Mayor prevalencia de depresión en pacientes que viven en residencias
Damian et al	España	1999	n:667 pacientes que viven en la comunidad. Tres grupos. 65-74, 75-84, > 84	Transversal		Mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres. Los más mayores tienen mejor percepción de su salud y en los más jóvenes influye mucho la clase social. Mujeres peor percepción.
An Pan et al	R. Unido EEUU	2011	N:78282 Edad: 54-79 años*	Cohortes	CI mortalidad: 3,11	Depresión asociada a diabetes, > riesgo de enfermedad CV y mortalidad
Mueller et al	Alemania	2010	N: 189 Edad : 74-81 años	Descriptivo	% diferentes problemas	La prevalencia de depresión en ancianos con una media de 11 problemas de salud es del 15%.
Friedman et al	EEUU	2009	N: 539 Usuarios de Medicare Edad > 65 años	Observacional	% depresión mayor y menor	Prevalencia de depresión mayor en ancianos que viven en la comunidad entre 1-3%, y de depresión menor entre el 4-7%. Los cuidados a domicilio mejoran los síntomas y minimizan los efectos negativos que puede tener la depresión en otras enfermedades

Autores	País	Año	Muestra	Diseño	Medidas	Conclusiones
Marc et al	EEUU	2008	N: 526	Observacional	SCID(escala) GDS-15	Prevalencia con SCID 15,1%. El estudio mostró que la existencia de la depresión mayor no está relacionada con factores socio demográficos
Kerse et al	Nueva Zelanda	2008	N:193 Edad: 75 años	Casos- Control		Demuestra que la actividad física mejora modo y calidad de vida de las personas con depresión, independientemente de la actividad social.
Chew-Graham et al	Reino Unido	2006	N: 105 diagnosticados de depresión. Edad: >60 años	Casos- Control	CI: 0,11	Mejoras mucho mayores en los pacientes que fueron tratados por distintos profesionales, que en los que recibieron los cuidados normales
Hammond et al	Reino Unido	2000	N: 96 Edad: 68-92	Entrevista		Enfermeras pueden diagnosticar depresión en ancianos mediante la observación y realización de escalas
Iliffe et al	Reino Unido	1993	N: 239 Edad: >75 años	Entrevista Escalas	Minimental state examination	Entrevista y escalas. Entre el 10-20% de la muestra padecía depresión, muchas veces relacionada con otras patologías. Estos pacientes son los que más acuden al médico de familia.

CASO PRÁCTICO

Laura es una mujer de 72 años que vive interna en un centro asistencial desde hace seis meses.

Hace dos años que se quedó viuda. Tiene una hija que vive en otra ciudad, y no puede hacerse cargo de ella, aunque viene a visitarla cada 2 semanas.

Hace 6 meses que se rompió la cadera, lo que fue el motivo del internamiento, y aunque con la intervención y la rehabilitación ha recuperado casi el 100% de la movilidad, ella siente que no es la misma.

Es diabética, aunque lleva muy bien controlada la enfermedad.

Desde su ingreso en la residencia no como a penas

Valoración

1. Respiración: No existen alteraciones significativas
2. Nutrición/ Hidratación: Desde su ingreso en el centro apenas tiene apetito, sólo come lo que le apetece, por lo que no sigue una dieta equilibrada ni adecuada a la diabetes que padece. Dice que “Enseguida se llena”
3. Eliminación: No existen alteraciones significativas
4. Movilización: Tiene una limitación en los movimientos, sobre todo en lo que se refiera a la pierna derecha, ya que se fracturó la cadera derecha hace 6 meses, y aunque ha asistido a sesiones de rehabilitación, tiene la necesidad de usar un bastón. Lleva una vida bastante sedentaria.
5. Sueño y descanso: Desde la muerte de su marido refiere dificultad para conciliar el sueño, que mejora con el tratamiento médico, siempre que se lo toma de un modo adecuado.
6. Usar prendas de vestir adecuadas: No existen alteraciones significativas.
7. Termorregulación: No existen alteraciones significativas
8. Mantener la higiene: No existen alteraciones significativas
9. Seguridad: No existen alteraciones significativas

10. Comunicarse con otras personas: Desde su ingreso apenas se relaciona con los otros pacientes de la residencia.
11. Trabajar y realizarse: Está jubilada, no tiene ganas de hacer nada, ni si quiera de vivir. Le hago el cuestionario de Yesavage, cuyo resultado son 11 puntos.
12. Participar en actividades recreativas: No tiene ganas de participar en ninguna de las actividades que el centro ofrece.
13. Creencias y valores: Es Católica practicante. Acude todos los domingos a la capilla para escuchar misa
14. Aprender, descubrir y satisfacer la necesidades: No presenta ninguna inquietud por nada.

Diagnóstico

1. Desequilibrio nutricional por defecto manifestado por saciedad inmediata tras ingerir los alimentos
2. Deterioro de la deambulación
3. Deterioro del patrón del sueño
4. Deterioro de la comunicación verbal
5. Riesgo de soledad

Planificación

1. Objetivos
 - Que la paciente lleve una dieta equilibrada y que sus valores de glucosa en sangre se encuentren entre 80-150.
 - La paciente irá a todos los lugares, dentro del centro, andando, no importa el tiempo que tarde.
 - Podrá conciliar el sueño en menos de 30 minutos tras acostarse.
 - Comenzará a establecer relaciones con las personas del centro.

2. Actividades de enfermería

- Se prepara una dieta equilibrada con el % de nutrientes adecuado para cada comida y adecuada también a su enfermedad. Se realizará el control de glucosa antes y después de cada comida durante la primera semana. Después se le seguirán haciendo controles en escalera.
- Cada mañana después de vestirse y realizar su higiene personal, la paciente hará ejercicios de fisioterapia, así como un paseo por el jardín del centro después del desayuno. Los primeros días lo hará acompañada por personal del centro.
- Se le preparará una tabla con los horarios de los medicamentos que debe de tomar cada día, y la pondremos en su ventana.
- Después del desayuno y el paseo por el jardín asistirá a clases de manualidades, durante una hora cada día. Así como por la tarde la paciente asistirá a charlas, sobre distintos temas, que da la enfermera del centro y a terapia.

Ejecución

Llevamos a cabo este plan de cuidados durante un mes.

Al principio la paciente lo rechazó, pero poco a poco lo fue realizando ella sola sin la necesidad de ayuda

Evaluación

Un mes después del comienzo del plan se observó que:

- La paciente era autónoma a la hora de desplazarse por el centro.
- Había establecido relaciones sociales con otras mujeres de su misma edad, en el comedor, charlas y en las clases de manualidades que ofrece el centro.

- Por las noches la paciente conciliaba el sueño mucho más rápido debido a la toma de los medicamentos de forma adecuada y al aumento de la actividad física y mental.
- Su estado de ánimo había mejorado mucho, por lo tanto, disminuye el riesgo de mortalidad y enfermedad cardiovascular, que existe al asociar depresión y diabetes.

CONCLUSIONES

La depresión es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en las personas mayores, siendo ésta mayor en las mujeres y pacientes internos en residencias. Si se asocia a otras enfermedades, como la diabetes, la mortalidad aumenta.

Las enfermeras son capaces de diagnosticar esta enfermedad y su grado mediante observación, entrevista y escalas existentes.

En cuanto al tratamiento, a parte del farmacológico, se ha demostrado que hay muchas más mejoras en las terapias interdisciplinarias, que con los cuidados comunes o sólo médicos. La realización de ejercicio físico mejora y disminuye los síntomas depresivos.

Bibliografía

1. Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Crosssequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18, 80–90.
2. Blazer DG, Hybels CF. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *J Am Geriatr Soc*. 52(12):2052-6.
3. Glass, T. A., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1997). Stressful life events and depressive symptoms among the elderly: Evidence from a prospective community study. *Journal of Aging and Health*, 9, 70–89.
4. Meeks, S., Murrell, S. A., & Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middleaged adults. *Psychology and Aging*, 15, 100–109.
5. Fiske, A., Gatz, M., & Pendersen N. L. (2003). Depressive Symptoms and Aging: The Effects of Illness and Non-Health-Related Events. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES* 2003. 58, 320-328
6. Romanelli J, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC. (2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc*. 50(5):817-22
7. Whyte EM, Pollock BG, Wagner WR, Mulsant BH, Ferrell RE, Mazumdar S, Reynolds. (2001). Influence of serotonin-transporter-linked promoter region polymorphism on platelet activation in geriatric depression. *Am J Psychiatry*. 158(12):2074-6
8. Hurwitz, N., (1969). Prescribing factors in adverse reactions to drugs. *Br. Medical Journal* 1; 536-345
9. Marcus, S. M., Youg, E. A., kerber, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., Wisiniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Trivedi, M. H., Rush, A. J. (2005). Gender differences in depression: Findings from the STAR D study. *Journal of Affective Disorders* 87: 141-150
10. Nolan, L., O'Malley, K., (1987). Age-Related prescribing patterns in general practice. *Compr Gerontolo A* 1: 97-101
11. Damián, J., Valderrama-Gama, E., Rodríguez-Artalejo, F., Martín-Moreno, J. (2004) Estado de salud y capacidad funcional de la población

- que viven en residencias de mayores en Madrid. *Gaceta sanitaria*. 18: 268-274.
12. Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., Martín-Moreno, J. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Epidemiol Community Health* 53: 412-416.
 13. Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam, R., Franco, O., Willet, W., Manson, J., Rexrode, K., Ascherio, A., Hu, F. Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus.(2011). *Arch Gen psychiatry*. 68: 42-50
 14. Mueller, C., Klaabemielke, R., Penner, E., Junius-Walker, U., Hummers-Pradier, E., Theile, G. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. (2010). *Family Medicine* 51:493
 15. Friedman, B; Delavan, R., Sheeran, Thomas., Bruce, M. The Effect of major and minor depression on Medicare home healthcare service use. (2009) *J Am Geriatr Soc*. 57(4): 669-675.
 16. Marc, L., Raue, P., Bruce, L. Screening performance of the geriatric depression scale (GDS-15) in a diverse elderly home care population. (2008). *Am J Geriatr Psychiatry*. 16(11): 914-921.
 17. Kerse, N., Falloon, K., Moyes, S., Hayman, K., Dowel, T., Kolt, Gregory., Elley C., Hatcher, S., Peri, K., Keeling, S., Robinson, E., Parsons, J, Wiles, J., Arroll, B. Dementia Depression in late life: an intervention trial of exercise. Design and recruitment of a randomized controlled trial. (2008). *BMC Geriatrics* 8: 12
 18. Chew-Graham, C., Lovell, K., Roberts, C., Badwin, R., Morley, M., Burns, A., Richards, D., Burroughs, H. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. (2006). *British Journal of General Practice* 57, 364-370.
 19. Hammon, M., O'keeffe, S., Barer, D. Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients.(2000) *Age and ageing* 29: 511-515.
 20. Iliffe, S., Tai, S., Haines, A., Booroff, A., Goldenberg, E., Morgan, P., Gallivan, S. Assessment of elderly people in general practice. Depression, functional ability and contact with services. (1993). *British Journal of General practice* 43, 371-374.