



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados
al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre
de Teruel

Autor/es

Yaiza Nagore González

Director/es

Ana Castellote García

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	9
Material y métodos	10
Resultados.....	14
Discusión.....	16
Conclusión	19
Bibliografía	20
Anexo 1.Tabla de variables recogidas.....	24
Anexo 2. Criterios DSM IV	25
Anexo 3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	27
Anexo 4. Índice de Barthel.....	28
Anexo 5. Mini Examen Cognoscitivo (MEC).....	30
Anexo 6. Tablas.....	31
Anexo 7. Gráficas	32

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Resumen

Introducción: La depresión es considerada un síndrome geriátrico frecuente, que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (indirectamente o de forma directa). Por ello es importante un correcto diagnóstico, que genere los oportunos tratamientos, así como intervenciones en los factores de riesgo desencadenantes.

Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión en un grupo de ancianos institucionalizados, y la relación con factores de riesgo asociados a dicha patología.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, donde se evaluó la presencia de depresión en un grupo de 78 ancianos institucionalizados en la residencia Javalambre. Se trabajó con depresiones ya diagnosticadas por la escala GDS, se recogieron variables sociodemográficas y clínicas de cada anciano, se emplearon además puntuaciones de test ya realizados como el Índice de Barthel y el MEC.

Resultados: Hubo una prevalencia de depresión del 25.6%. Respecto a las variables a las que se asoció al anciano depresivo, se encontró relación significativa con el sexo ($p=0.003$); polimedicación ($p=0.014$); y del tratamiento antidepresivo los NaSSA, ($p<0.01$), era el más consumido, un 40%. Un 40% de ellos eran también viudos.

Conclusiones: La prevalencia obtenida de la depresión y sus factores de riesgo es similar a los resultados de los estudios comparados.

Palabras clave: depresión, factores de riesgo, ancianos institucionalizados.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Abstract

Introduction: Depression is considered as a common geriatric syndrome, which produces high levels of disability and increased mortality (directly or indirectly). That's why a correct diagnosis is important, which will generate appropriate treatments and interventions on the risk factors.

Objective: To know depression's prevalence in a group of institutionalized elderly and the relationship between it and the risk factors associated with this disease.

Material and methods: It was performed a cross-sectional study, where the main fact evaluated was the presence of depression in a group of 78 elderly institutionalized in Javalambre's residence. It has been used depressions that were diagnosed by the GDS scale, and I also collected some sociodemographic variables in elderly and test scores of Barthel Index and the MEC.

Results: there was a prevalence of depression of 25.6 %. Regarding the variables that were associated with the depressive elderly it was found a significant association with sex ($p=0.003$); polypharmacy($p=0.014$); treatment with NaSSA ($p<0.01$), which was the most frequent: 40%. Indeed 40 % of them were widower.

Conclusions: The prevalence of depression and the risk factors is on similar results to comparative studies.

Keywords: depression, risk factors, institutionalized elderly.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Introducción

El desarrollo de las sociedades conlleva a que la proporción de personas mayores esté aumentando rápidamente en todo el mundo, según se calcula entre el año 2000 y el 2050 se pasará del 11% al 22%.

De las cuales, más de un 20% que superan los 60 años de edad sufren, algún trastorno mental o neural. Siendo la demencia y la depresión las patologías neuropsiquiátricas más comunes¹.

La depresión, es considerada la quinta causa de discapacidad en la actualidad, afectando a 350 millones de personas ², y se calcula que en un plazo de 20 años llegará a ser la segunda. Además, repercute en un 7% de la población de anciana, y representa un 1,6% de la discapacidad total (AVAD) en los mayores de 60 años¹.

La depresión, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración³. Causando grandes sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana, pudiendo llevar en última instancia al suicidio².

No existe una causa única conocida de la depresión, más bien ésta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos ⁴.

Como factores de riesgo generales asociados a la depresión, encontramos:

La historia familiar. En la que, en un alto porcentaje de los casos, el riesgo de padecer una depresión mayor, se da cuando existe un familiar de primer grado diagnosticado de dicha enfermedad.

Se manifiesta con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

El mayor porcentaje de episodios depresivos se desarrollan entre la tercera y la sexta década de la vida.

Dentro de los factores biológicos no está claro si son causantes de la enfermedad o son consecuencia de la depresión. Destacan: disminución de la latencia del sueño REM, déficit de respuesta de las hormonas tiroideas, disminución de la hormona de crecimiento, entre otros.

Hay sucesos vitales, que predisponen a la persona a sufrir una depresión como acontecimientos infantiles traumáticos, pérdida de personas significativas, jubilación, asuntos laborales, tensiones familiares, divorcio e ingresos en instituciones.

Otros, déficits de factores religiosos, ausencia de relaciones de confianza, historia familiar de alcohol, insomnio prolongado, polifarmacia ^{5,6}.

La clasificación de los diferentes tipos de depresión, que suelen afectar a los ancianos ⁷, es:

1. Depresión mayor: deben presentarse 5 o más síntomas de la lista del DSM IV ⁸, durante al menos dos semanas para diagnosticar este tipo de depresión. Tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento.
2. Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso.
3. Distimia: una forma de depresión más leve que dura años si no recibe tratamiento ⁷.

El diagnóstico de la depresión suele ser más difícil en personas de edad avanzada, que en el paciente joven. Ya que, a menudo se cree que la depresión, corresponde a un envejecimiento normal o que forma parte de alguna enfermedad crónica subyacente. Llegándose a confundir a veces, con la demencia, en la que el síntoma fundamental es el deterioro de la memoria.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

La clave del diagnóstico de la depresión en el anciano, es preguntarles si a menudo se sienten deprimidos, o infelices. Frecuentemente encontramos toda una serie de presentaciones atípicas o depresiones enmascaradas, que al final nos llevan a que el diagnóstico de ésta enfermedad deba continuar siendo puramente clínico, y utilicemos criterios aceptados (DSM-IV, CIE-10) para clasificarla. Teniendo la medida de la función afectiva, como uno de los grandes retos en la valoración geriátrica.

De los numerosos test de screening, el más conocido es "La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage" conocida con las siglas GDS o versiones más cortas de ésta como GDS 15, GDS 5 y GDS 4, que posee la ventaja de que contiene un escaso número de ítems somáticos, lo que evita la interferencia de los síntomas causados por enfermedades somáticas concomitantes.

Su inconveniente radica en que su sensibilidad y especificidad disminuyen con la existencia de deterioro cognitivo, por lo que no es útil en pacientes con demencia con una puntuación inferior a 15 en el MMSE ^{9,10}.

Sintomatología:

Informan de síntomas somáticos, sobre todo referentes al aparato digestivo, astenia, conductas adictivas como el alcoholismo, con más frecuencia que de ánimo deprimido, lo cual lleva a múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos si no son reconocidos.

Se suele dar una pérdida de peso en relación directa con la intensidad de la depresión.

Refieren a menudo ansiedad generalizada, insomnio, o irritabilidad.

Verbalizan menos sentimientos de inutilidad o de culpa y con frecuencia presentan alexitimia.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Es frecuente el allanamiento afectivo en ancianos severamente deprimidos, y encontramos conductas regresivas, que reflejan un retorno al funcionamiento infantil (incontinencia doble, rechazo a la alimentación, "rabietas" para obtener atención), sobre todo en personas con incapacidad física, y por tanto dependientes.

Existe además alrededor de un 40%, que presenta recurrencias de episodios depresivos previos ^{11, 12}.

Para elegir el tratamiento primero hay que conocer el tipo de depresión que se trata, así como las características psicosociales del paciente, ya que en cada caso el tratamiento primordial será distinto. Se pueden agrupar en tres grandes grupos principales:

1. Los tratamientos psicológicos, de apoyo, interpersonal, cognitivo, de conducta o dinámica.
2. Los farmacológicos, antidepresivos tricíclicos y derivados, IMAO, IRS.
3. Y otros tratamientos biológicos como el electroshock ^{10,14, 15}.

- Justificación

La alta prevalencia de depresión en los ancianos, supone un importante problema de salud comunitaria, ya que a menudo pasa inadvertida.

Con el correcto diagnóstico y tratamiento, se conseguiría aliviar sus síntomas, disminuir el riesgo de recaída y recurrencia, mejorar la calidad de vida y el estado de salud, y por tanto reducir los costes sanitarios y la mortalidad.

El conocer la prevalencia de la depresión y sus factores de riesgo va a permitir elaborar estrategias para la detección precoz y su reconocimiento, y así elaborar planes para su prevención y/o tratamiento.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Objetivos:

- Principal:
 - Determinar la prevalencia de depresión, dentro un grupo de ancianos institucionalizados.
 - Averiguar la relación de determinados factores de riesgo asociados a un perfil depresivo, en un anciano institucionalizado.

- Secundarios:
 - Identificar el perfil depresivo del anciano institucionalizado, así como su entorno sociodemográfico.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal.

Se realizó una única medición en el tiempo, de los datos de cada residente, en el mes de febrero del 2014, que determinó la prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores institucionalizadas de la "Residencia para Mayores Javalambre" de Teruel.

La residencia, de ámbito autonómica, propiedad de la Diputación General de Aragón está gestionada por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

Cuenta con un total de 562 plazas, de las cuales actualmente funcionales son 408 y de esas, 7 plazas están destinadas a una estancia temporal.

Los participantes del estudio han sido 78 mayores de 65 años, elegidos por un muestreo de conveniencia, todos tratados por el mismo facultativo. La muestra obtenida se compone de 36 mujeres y 42 hombres, con una edad media de 84 años.

Las variables recogidas y analizadas han sido:

- La presencia de depresión, como variable cualitativa nominal dicotómica de respuesta sí/no. Se ha valorado su grado de asociación con:
 - Variables sociodemográficas
 - La edad: variable cuantitativa de años cumplidos hasta el momento en el que fueron tomados los datos en febrero del 2014.
 - El sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, mujer u hombre.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

El estado civil: variable cualitativa nominal con cuatro categorías: casado, soltero, viudo, divorciado.

La profesión: variable cualitativa ordinal con cuatro categorías: desconocida, sector primario, sector secundario, sector terciario.

El apoyo recibido: variable cualitativa ordinal con tres categorías: ninguno, familiar o social.

- El tratamiento farmacológico: recogidas como variable cualitativa nominal dicotómica de respuesta sí/no.

Poli medicación (consumo de >5 fármacos).

Antidepresivo NaSSA, fármacos antagonistas de receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos

Antidepresivo IRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina y NA

Antidepresivo ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Antidepresivo ADT, tricíclicos.

- Presencia de enfermedades: Todas las enfermedades han sido recogidas como variables cualitativas nominales dicotómicas de respuesta sí/no.

Trastornos endocrinos

Las cardiopatías

El párkinson

El cáncer

Los accidentes cerebrovasculares

Afecciones respiratorias

Diabetes tipo 2

La demencia

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Alzheimer

Otros trastornos psicológicos

- La puntuación del Índice Barthel: variable cuantitativa ordinal cuya puntuación se agrupa en categorías de dependencia: total <20, grave = 20 a 35, moderada = 40 a 55, leve > 60, autónomo =100. Mini Examen Cognoscitivo: variable cuantitativa ordinal. La puntuación máxima es de 35 puntos (normal: 30-35 puntos), sugiere deterioro cognoscitivo: > 65 años: <24 puntos (24-29= borderline).

Los datos necesarios para conocer las características de los sujetos se han obtenido de la base de datos informatizada para la gestión de los residentes versión 2.0-AR del IASS; así como las propias historias de los residentes en formato papel.

El registro de toda la información se llevó a cabo a través del Spss para Windows, Microsoft Word 2010 y Microsoft Excel 2010.

- Criterios de inclusión:
 - Tener 65 años o más.
 - Ser residente en la Residencia Javalambre.
 - Llevar institucionalizado más de 3 meses.
- Criterios de exclusión:
 - Todo aquel que no cumpla los anteriores requisitos.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

- Limitaciones del estudio:
 - La tabla con las variables registradas de cada anciano, no está validada.
 - De selección. Ya que todos los residentes son tratados por el mismo facultativo, con el fin de evitar diferencias en su valoración geriátrica.
 - Dentro de la muestra poblacional, la no discriminación entre dependientes e independientes.
 - Los diagnósticos no constan de fecha de inicio.
 - No se puede valorar el año de ingreso a la institución como un factor de riesgo, ya que algunos venían referidos de otras instituciones además de que no está datado el inicio de la depresión.
 - Uso la puntuación de test ya pasados, ante la imposibilidad de realizar cuestionarios como la escala Yesavage debido al deterioro cognitivo que padecen varios ancianos.
 - La Orden del 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, que definía como un motivo para el ingreso en la institución, la situación económica de la persona mayor.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Resultados

Del total de la muestra, un 25.6% padecen depresión diagnosticada (gráfica 1). La edad media del anciano depresivo es de 84 años, en un rango en el que la edad mínima ha sido 75 años y la edad máxima 98 (gráfica 3). Con predominio las mujeres, un 75%. Un 40% son viudos y un 80% había trabajado en el sector primario.

Un 95% de de los ancianos depresivos, se encuentran poli medicados. Del tratamiento antidepressivo que reciben, predominan los NaSSA (40%).

El 45% de los residentes depresivos padecen cardiopatías, 25% trastornos endocrinos, 25% diabetes mellitus tipo 2, 20% afecciones respiratorias.

Poseen un Índice de Barthel de dependencia leve y en el Mini Mental Examen Cognoscitivo, contando con que en un 15% se desconoce su puntuación, y un 25% se haya en el borderline, hay un 35% que no padecen deterioro cognitivo significativo (Tabla 1).

El porcentaje de depresión no presenta variaciones en función de la edad que tenga la persona mayor ($p=0.626$, por U de Mann Whitney) (gráfica 5).

La prevalencia de la depresión presenta diferencias según el género del anciano institucionalizado ($p=0.003$ según χ^2), predominando la mujer (gráfica 6).

No hay distinciones entre el anciano depresivo y su estado civil ($p=0.692$, asociación lineal por lineal) (gráfica 7).

Respecto a la relación prevalencia de la depresión y profesión ejercida con anterioridad, no se obtiene diferencias significativas ($p=0.587$, asociación lineal por lineal) (gráfica 8).

Tampoco se dan variaciones respecto al anciano depresivo y el apoyo que recibe ($p=0.697$, asociación lineal por lineal) (gráfica 9).

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Si se encuentra una relación entre la prevalencia de la depresión y la poli medicación que recibe el anciano institucionalizado ($p=0.014$, según χ^2) (gráfica 10).

Existe una asociación significativa entre los NaSSA, IRSN, ISRS, como tratamiento de elección para la depresión (NaSSA $p=0.00$; IRSN= 0.003 ; ISRS= 0.023 , todos ellos según el test de Fisher) (gráfica 11).

La frecuencia de la depresión, sin embargo no muestra que dependa de la presencia de trastornos endocrinos, cardiopatías, cáncer, accidentes cerebro vasculares, afecciones respiratorias, DM tipo 2, párkinson, demencia, alzhéimer, y otros trastornos psicológicos (con una $p>0.05$ todos ellos según el test de Fisher) (gráfica 12).

La proporción de ancianos depresivos respecto al resto de la muestra, no muestra diferencias en la puntuación de test ya recogidos como el Índice de Barthel ($p=0.76$, asociación lineal por lineal) (gráfica 13) y el MEC ($p=0.886$, asociación lineal por lineal) (gráfica 14).

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Discusión

La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros depresivos. Sentimientos de abandono, aislamiento, minusvalías, aumento de autopercepción de enfermedad, ansiedad ante la muerte... Son algunos de los motivos que generan un carácter negativo al ingreso de la residencia, y que son difíciles de valorar. En los pacientes institucionalizados, la prevalencia de la depresión se acerca al 20%, y cuando existen otro tipo de afecciones, los porcentajes crecen de manera significativa, como recoge J. Crespo¹⁴, en su trabajo.

En nuestro estudio hay un porcentaje del 25.6% de ancianos depresivos, respecto al total de la muestra. El artículo de J. Antonio López¹⁵, sitúa la prevalencia de depresión en el intervalo 15-35%. Por lo que la obtenida en este estudio estaría en concordancia con resultados de trabajos similares.

La media de edad del anciano depresivo, se corresponde a los 84 años, con un rango que abarca de los 75 a 95 años. No es dispar con el obtenido por J. Crespo¹⁴, en el cual, el rango de edad que más casos de depresión se presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 y 89 años.

La OMS¹⁶ informa que la prevalencia de la depresión es un 50% superior en la mujer que el hombre, en nuestro estudio 75% de mujeres padecen la depresión.

Un 40% de los ancianos depresivos de nuestra muestra, son viudos. Trabajos similares como A. Estrada¹⁷ obtiene un resultado del 32.9% de viudos con depresión.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Hay una clara asociación entre la depresión y la poli medicación, se podría deber a varias causas, como padecer un gran número de enfermedades crónicas con tratamiento farmacológico, tener una baja autopercepción del nivel de salud o quizás la medicación que recibe ese anciano, precisa revisión.

Dentro de las patologías estudiadas, como factores de comorbilidad, nuestros residentes depresivos padecen 45% cardiopatías, DM tipo 2 un 25%, y afecciones respiratorias 20%, comparando con los resultados obtenidos A. Estrada¹⁷ registra respectivamente 37.8% cardiopatías, 44.7% DM tipo 2 y 44.7% afecciones respiratorias.

La eficacia media del tratamiento farmacológico (ISRS, NaSSA, IRSN) según J. Antonio López¹⁵ se sitúa entre el 50-60%, no encontrando una clara diferencia en su eficacia entre ellos. En nuestro estudio, el tratamiento actual antidepressivo de elección, se basa en NaSSA (40%), ISRS (25%), IRSN (20%).

Un 10% de los residentes consumen tricíclicos, fármacos propensos a generar reacciones adversas. Se les ha intentado cambiar el tratamiento, sin éxito.

Y queda un 5% de ancianos depresivos sin tratamiento farmacológico.

Ancianos institucionalizados no depresivos que toman fármacos antidepressivos 12.1%, debido a usos alternativos, como inductores del sueño, entre otros.

Valores del Índice del Barthel y del MEC aportan datos del conjunto de la muestra, en el sentido de que poseen bastante autonomía y bajo deterioro cognitivo.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Una posible causa, que explique el por qué en materia laboral, la mayoría se hubiese dedicado al sector primario, podría explicarse por la Orden del 18 de noviembre del 2002 del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales¹⁸, que tenía en cuenta como un motivo para entrar a residir en la institución, la situación económica del residente y sus familiares.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Conclusión

La prevalencia de la depresión y sus factores de riesgo, están en concordancia con resultados similares de los estudios comparados.

Esta investigación, aunque posee una validez externa cuestionable por el tamaño y características de la población incluida, ha generado resultados que podrían llegar a ser interesantes para la institución: como, la necesidad de datar la fecha de los diagnósticos, la falta de historias sociales de algún anciano institucionalizado, así como efectuar el test Yesavage o MEC a algún anciano institucionalizado más.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Bibliografía

1. Nota descriptiva nº381. La salud mental y los adultos mayores. Centro de prensa. OMS. [actualizado septiembre 2013; citado 9 enero 2014]. Disponible en :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Nota descriptiva nº 369.oct. La depresión. Centro de prensa. OMS. [actualizado octubre 2012; citado 9 enero 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Depresión. Temas de salud. OMS. Disponible en :
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Depresión. NIMH. Bethesda. División de redacción científica, prensa y difusión. [actualizado enero 2009; citado 9 enero 2014]. Disponible en:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml#pub4>
5. Fernandez M. Depresión. Información médica profesional. Lasalud.com. Oviedo. [actualizado febrero 2004; citado 11 enero 2014]. Disponible en :
<http://www.lasalud.com/pacientes/depresion.htm#4>
6. Sociedad española de geriatría y gerontología. Guía de Buena práctica clínica en geriatría depresión y ansiedad. Gil P, Martín M, coordinadores. Laboratorios Wyeth; 2004. [citado 11 enero 2014]. Disponible en :
www.segg.es/sites/default/files/page/guiaDepresionAnsiedad.pdf

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

7. Depresión en los ancianos. Medline Plus. [actualizado 2012; citado 11 enero 2014]. Disponible en :
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>
8. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). (Ed. Esp.) Barcelona: Editorial Masson, S.A. 1995.
9. Bastos H. La depresión en el anciano. En: Marietan H, director. Semiología Psiquiátrica y Psicopatía. Disponible en:
http://www.psicopatia.com.ar/depresion/curso_depresion/21depresion_anciano.html
10. Vallejo J, Crespo JM. Afrontar la depresión. Primera edición. Esplugues de Llobregat: J&C S.L; 1999.
11. Martínez O. Depresión en el adulto mayor. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2007; [citado en: 12 enero 2014] 29(5). Disponible en:
http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema_10.htm
12. Tobaruela JL. Trastornos psicogerítricos. En: Hortonedá E, coordinador. Síndromes geriátricos. Majadahonda: SEMER; 2006. 197-201.
13. Sociedad española de geriatría y gerontología. Depresión en el anciano. Barcelona: Editorial Glosa.2002.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

14. Crespo JR. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2001 tesis [tesis doctoral].Cuenca: Repositorio digital de la universidad de Cuenca; 2011.
15. Lopez JA. La depresión en el paciente anciano. Red adultos mayores. Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga. p 17. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf
16. Estado de la salud en el mundo: nuevo estudio sobre la carga mundial de la mortalidad. Notas para los medios de información. OMS. Geneva. [Actualizado 27 octubre 2008; citado 2 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/>
17. Estrada A, Cardona D, Segura A M, Ordóñez J, Osorio JJ & Chavarriaga L M. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica, 12(1), 81-94.Articulo BOE 2002.
18. Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón, nº3273,(11 de diciembre de 2002).
19. Martí D, Miralles R, Llorach I, Garcia-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatria Gerontol 2000; 35(1):7-14.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

20. Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno J. Disability evaluation: Barthel's index. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71(2): 127-37.
21. Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid; TEA Ediciones: 2002.

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Anexo 2. Criterios DSM IV: depresión mayor: ⁸

- Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
 1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Anexo 4. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria²⁰

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
4.1 Comer		
	<ul style="list-style-type: none">• Totalmente independiente (10)• Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. (5)• Dependiente (0)	
4.2 Lavarse		
	<ul style="list-style-type: none">• Independiente: entra y sale solo del baño (5)• Dependiente (0)	
4.3 Vestirse		
	<ul style="list-style-type: none">• Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, etc. (10)• Necesita ayuda (5)• Dependiente (0)	
4.4 Arreglarse		
	<ul style="list-style-type: none">• Independiente: lavarse las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. (5)• Dependiente (0)	
4.5 Deposiciones (valórese la semana previa)		
	<ul style="list-style-type: none">• Continencia normal (10)• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas (5)• Incontinencia (0)	
4.6 Micción (Valórese la semana previa)		
	<ul style="list-style-type: none">• Continencia normal, es capaz de cuidarse la sonda si tiene una puesta (10)• Un episodio diario como máximo con incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la sonda (5)• Incontinencia (0)	

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

4.7 Usa el retrete

- Independencia para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... (10)
- Necesita ayuda para ir al retrete pero se limpia solo (5)
- Dependiente (0)

4.8 Trasladarse

- Independiente para ir al sillón a la cama (15)
- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo (10)
- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo (5)
- Dependiente (0)

4.9 Deambular

- Independiente, camina solo 50 metros (15)
- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros (10)
- Independiente en silla de ruedas sin ayuda (5)
- Dependiente (0)

4.10 Escalones

- Independiente para bajar y subir escaleras (10)
- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo (5)
- Dependiente (0)

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Anexo 5. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) ²¹

Puntuación máxima

Orientación

- Dígame el día....Fecha....Mes....Estación....Año (...5ptos)
- Dígame el hospital(o el lugar).... Planta....Ciudad....Provincia....Nación (...5ptos)

Fijación

- "Ahora, por favor, le voy a pedir que repita 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos nº....) "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré en un rato" (...3ptos)

Concentración y cálculo

- "Si tienes 30ptas. Y me va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van quedando?" (...5ptos)
- Repita los números que voy a decirle 5-9-2" (hasta que los aprenda y contar los intentos nº....) "Ahora repita los números hacia atrás, empezando por el último" (...3ptos)

Memoria

- "¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?" (...3ptos)

Lenguaje y construcción

- Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj "¿Qué es esto?" (...2ptos)
- "Repita esta frase : en un trigal había cinco perros" (...1pto)
- "Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?, se parecen en que son frutas. ¿Qué son o en que se parecen el rojo y el verde? ¿Qué son o en que se parecen un perro y un gato?" (...2ptos)
- "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" (...3ptos)
- "Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS" (...1pto)
- "Escriba una frase o algo que tenga sentido" (...1pto)
- "Copie este dibujo" (...1pto)



Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Anexo 6. Tablas

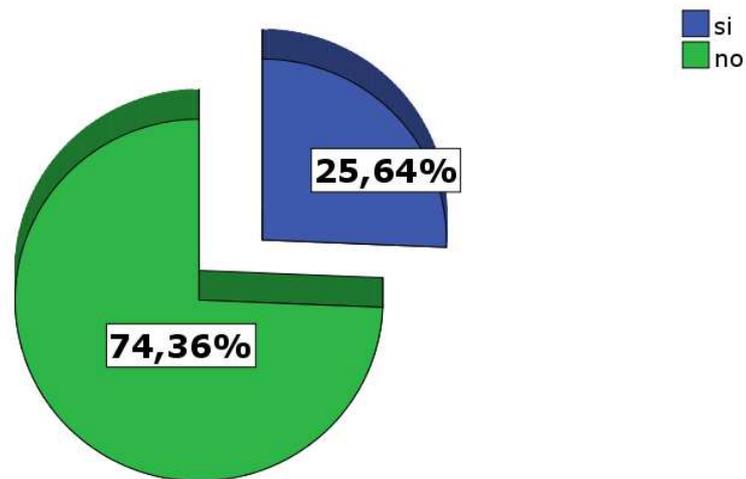
Tabla 1. Porcentajes y frecuencias de las variables asociadas al anciano depresivo

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
Sexo:	Mujer	15	75%	
	Hombre	5	25%	
Estado Civil:	Casado	6	30%	
	Soltero	6	30%	
	Viudo	8	40%	
Profesión:	No se conoce	1	5%	
	Sector primario	16	80%	
	Sector secundario	2	10%	
	Sector terciario	1	5%	
Apoyo:	No tiene	1	5%	
	Si, Familiar	17	85%	
	Si, Social	2	10%	
Polimedicación:	Si	19	95%	
	No	1	5%	
Tratamiento consumido:	NaSSA	8	40%	
	IRSN	4	20%	
	ISRS	5	25%	
	Tricíclico	2	10%	
Trastornos padecidos:	T. Endocrino	5	25%	
	Cardiopatías	9	45%	
	Cáncer	3	15%	
	Acc.Cerebrovasculares	1	5%	
	Af. Respiratorias	4	20%	
	Dm tipo 2	5	25%	
	Parkinson	0	0%	
	Alzheimer	0	0%	
	Demencia	1	5%	
	Otros trastornos Psicológicos	5	25%	
	Índice Barthel:	No se conoce	0	0%
		Dep. Total	0	0%
Dep. Grave		0	0%	
Dep. Moderada		1	5%	
Dep. Leve		14	70%	
Autónomo		5	25%	
MEC:	No se conoce	3	15%	
	Deterioro	5	25%	
	Borderline	5	25%	
	No deterioro	7	35%	

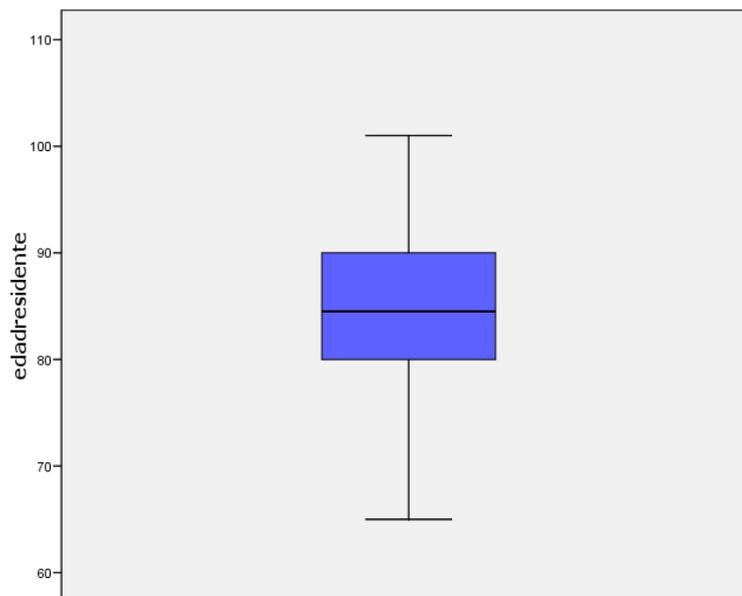
Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Anexo 7. Gráficas

Gráfica 1. Distribución de la depresión respecto al total de la muestra recogida

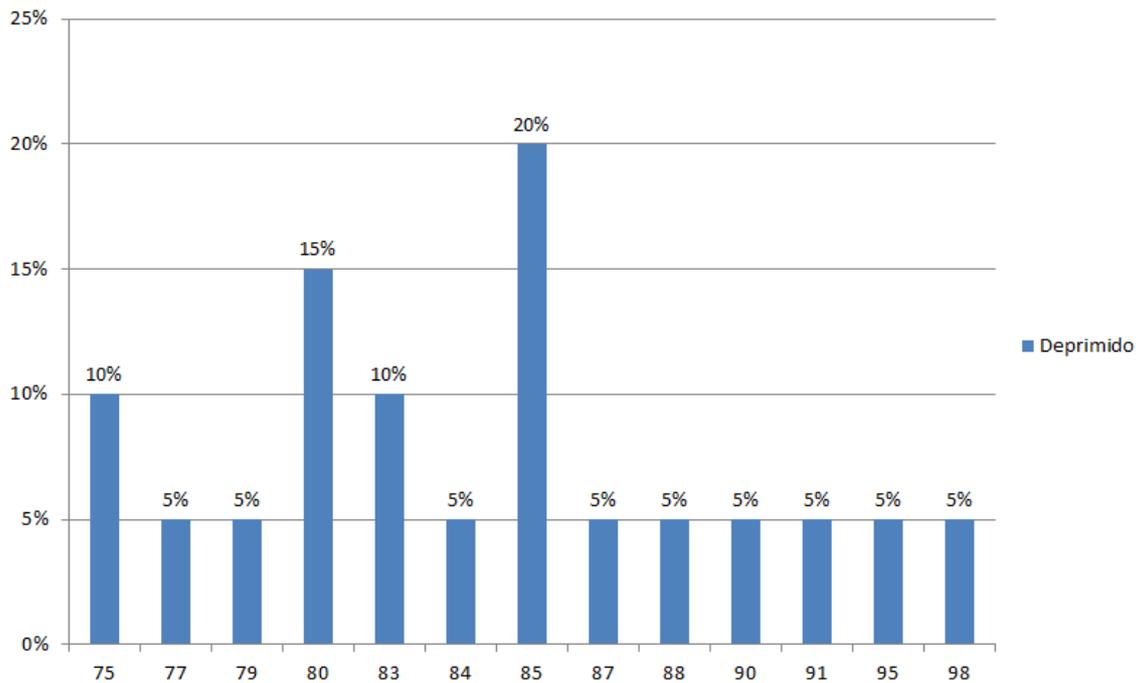


Gráfica 2. Mediana de la edad del residente depresivo

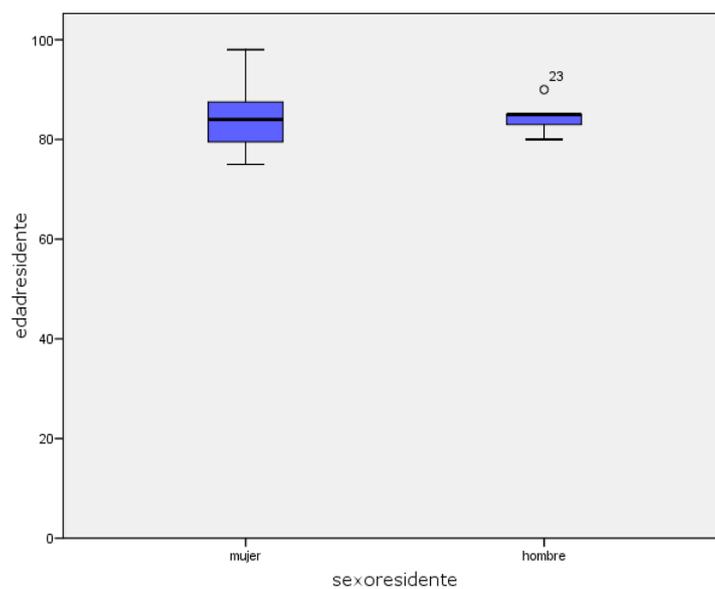


Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 3. Distribución por edad del anciano depresivo institucionalizado

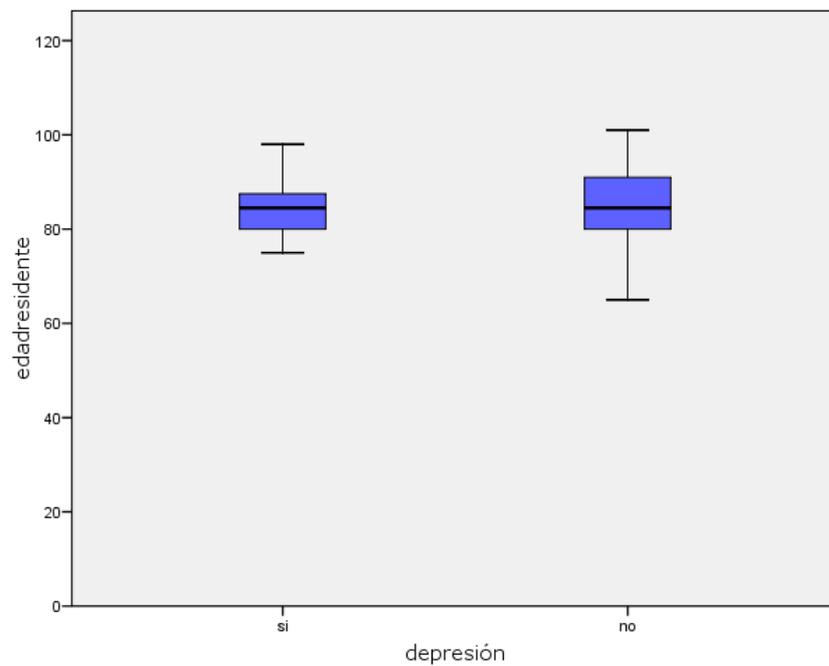


Gráfica 4. Mediana de la edad por sexo de la persona mayor depresiva institucionalizada

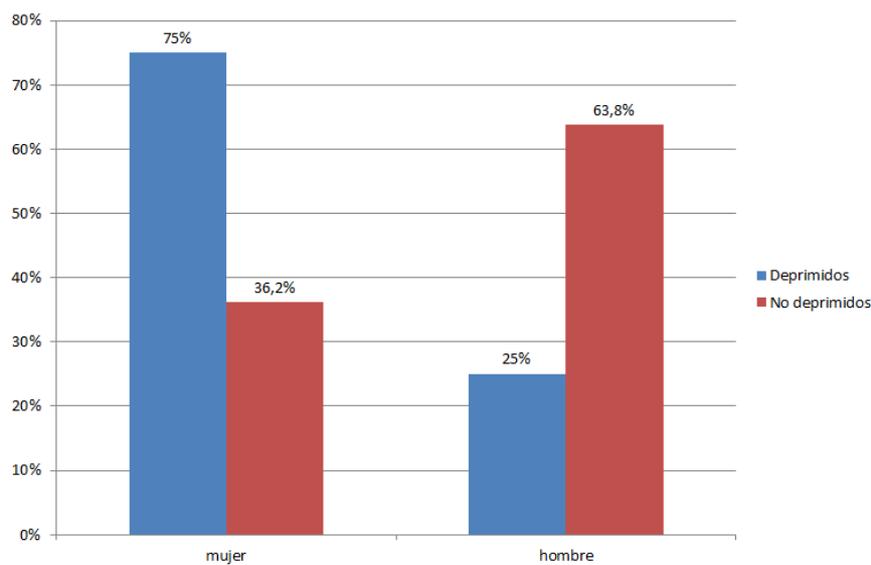


Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 5. Relación entre el padecimiento de la depresión y la mediana de la edad del anciano institucionalizado

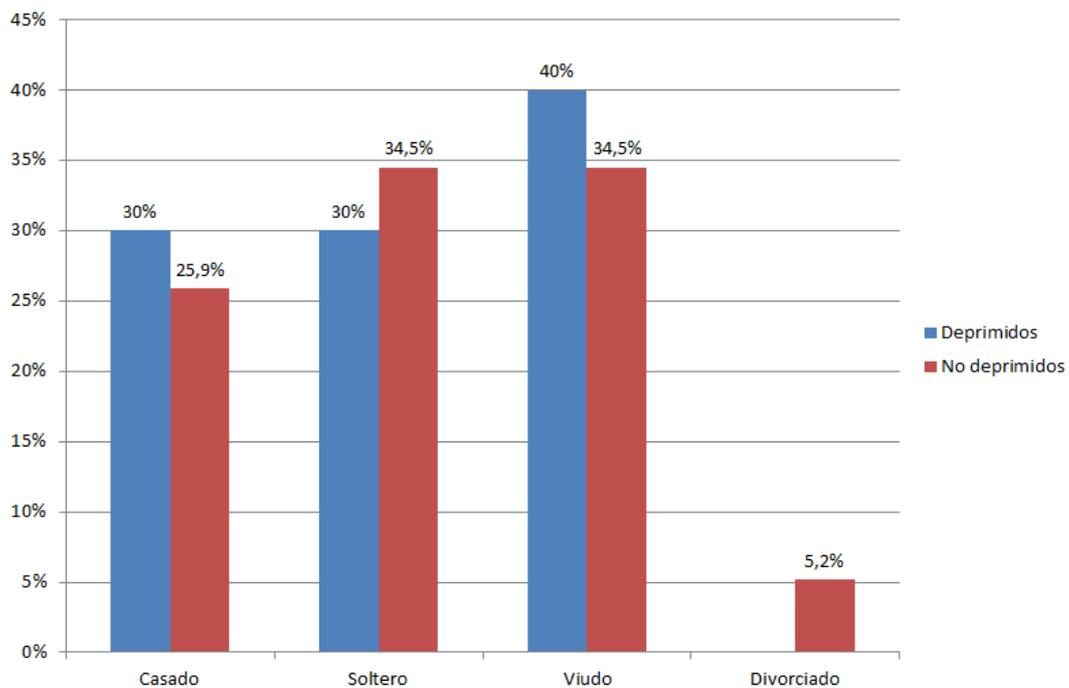


Gráfica 6. Relación entre los residentes depresivos y no depresivos en función del sexo

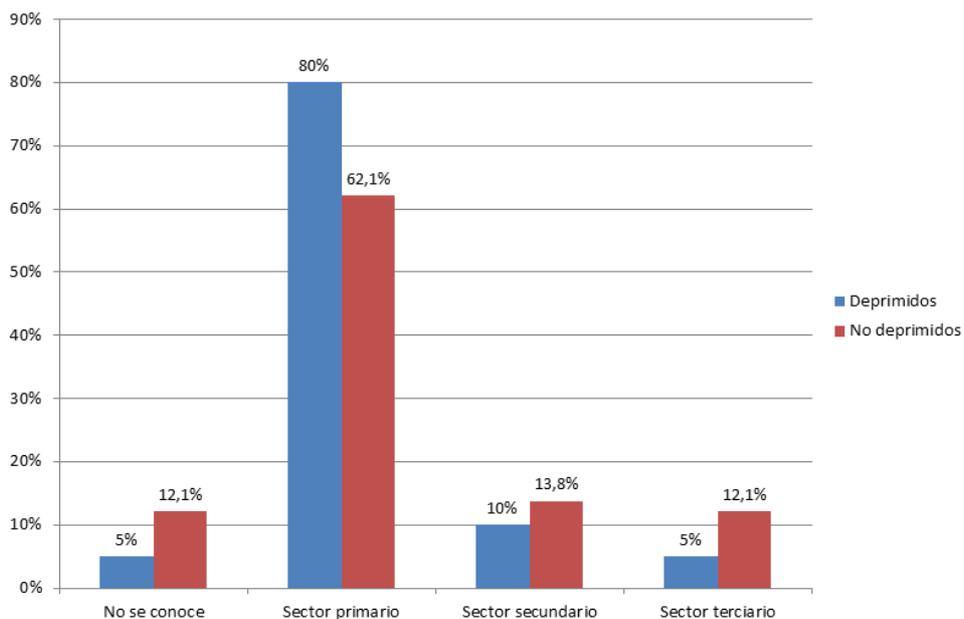


Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 7. Distribución de los residentes depresivos y no depresivos dependiendo de su estado civil

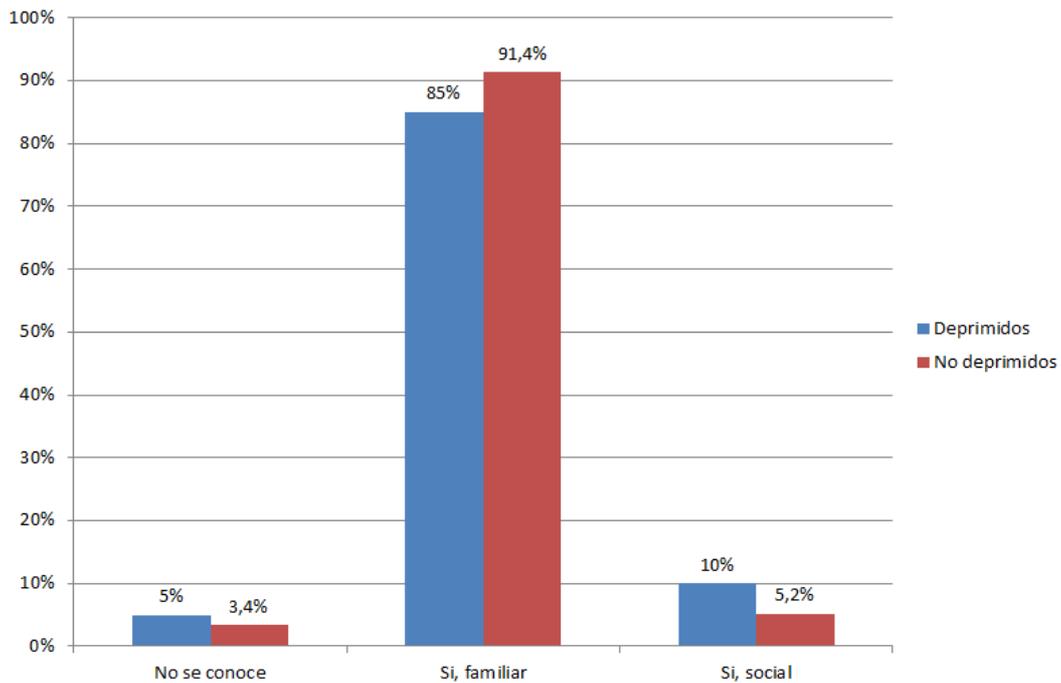


Gráfica 8. Relación de los ancianos depresivos y no depresivos teniendo en cuenta la profesión ejercida

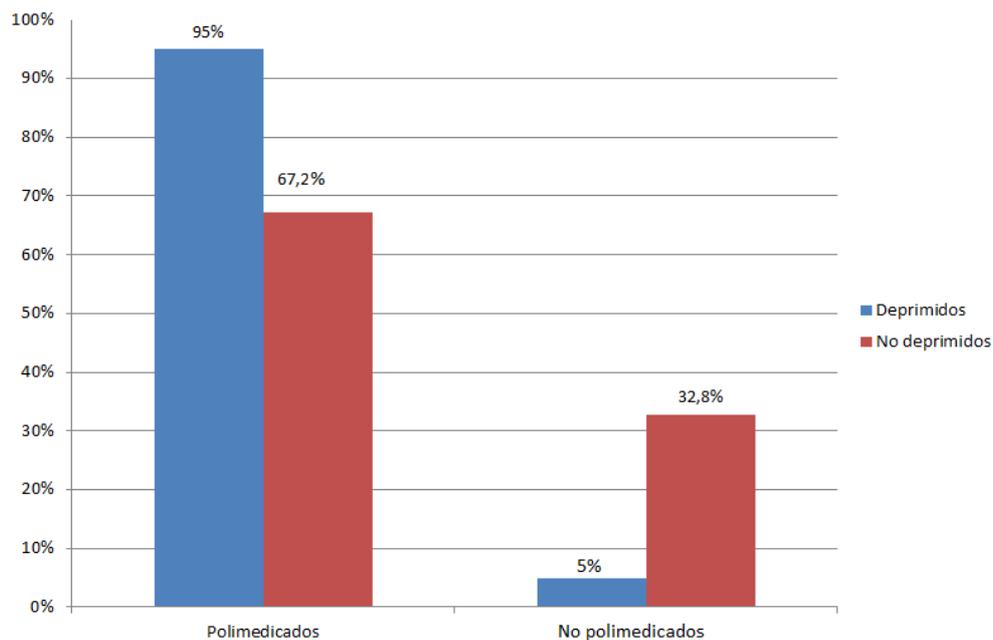


Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 9. Distribución de los ancianos institucionalizados depresivos y no depresivos en función del apoyo que tienen

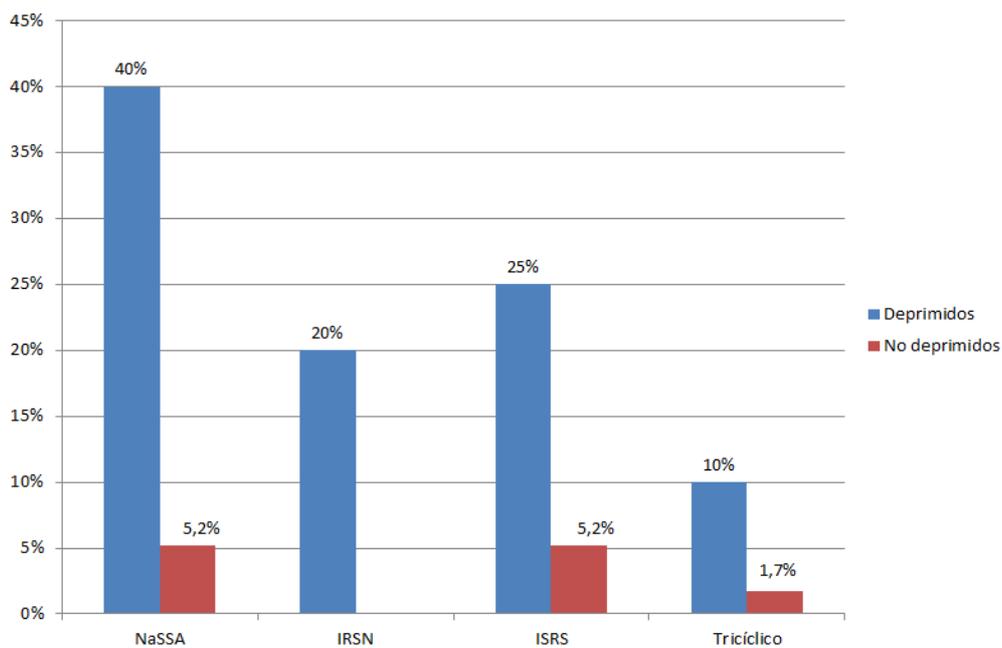


Gráfica 10. Relación entre los ancianos depresivos y no depresivos institucionalizados según si reciben polimedicación

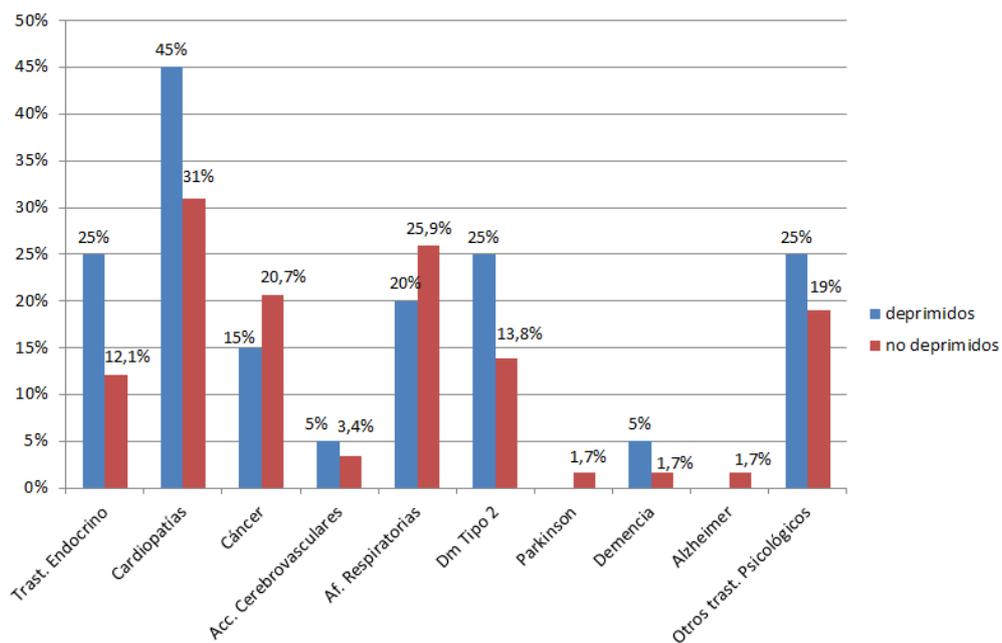


Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 11. Distribución de las personas mayores depresivas y no depresivas, dependiendo de si reciben tratamiento antidepresivo

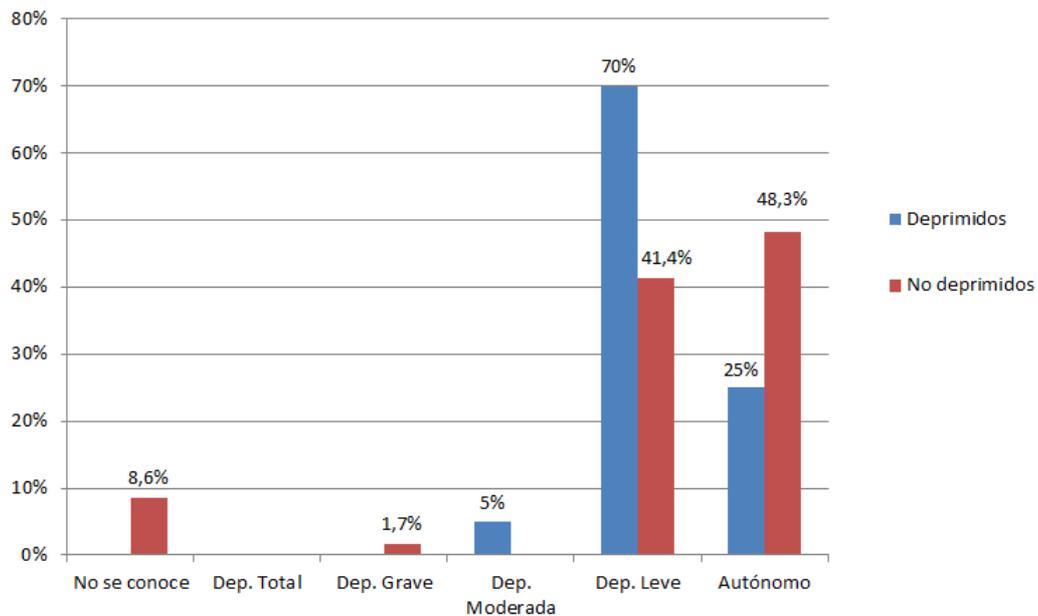


Gráfica 12. Relación de los ancianos depresivos y no depresivos institucionalizados según los trastornos padecidos



Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la residencia Javalambre de Teruel

Gráfica 13. Distribución de los residentes depresivos y no depresivos institucionalizados según el Índice de Barthel



Gráfica 14. Relación de los ancianos depresivos y no depresivos según el Mini Examen Cognoscitivo

