



**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Relación entre el déficit sensorial y la depresión  
en ancianos**

**Autora: Nazaret Sanabria Corcobado**

**Tutora: M<sup>a</sup> Josefa Morlans Loriente**

**Cáceres, Junio 2014**

**ÍNDICE****PÁG.**

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

ABSTRACT AND KEY WORDS.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.	3
1.1. Conceptos básicos sobre envejecimiento.	3
1.2. Cambios demográficos en la población mundial .	4
1.3. Síndromes geriátricos/pluripatología de ancianos .	5
1.4. Déficits o alteraciones en los órganos de los sentidos.	6
1.4.1. Audición.	6
1.4.2. Visión.	9
1.5. Depresión.	12
2. METODOLOGÍA.	18
3. RESULTADOS.	19
4. DISCUSIÓN.	31
5. CONCLUSIÓN/LÍNEAS FUTURAS.	35
6. BIBLIOGRAFÍA.	36
7. ANEXOS.	42

## **1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

Los nuevos cambios sociodemográficos a los que se enfrenta la población mundial son principalmente el incremento de la población anciana, que cada vez tiene una esperanza de vida mayor debido en parte a las mejoras sociosanitarias. Sin embargo, las alteraciones relacionadas con la edad siguen en aumento, siendo el déficit sensorial uno de los más frecuentes.

El déficit sensorial (tanto auditivo como visual) va a contribuir de forma negativa sobre la calidad de vida de estas personas produciendo consecuencias discapacitantes en aspectos como la comunicación, la realización de AVD y el nivel de participación social, lo que a largo plazo puede desembocar hacia un trastorno depresivo.

Localizar dichas alteraciones o síndromes de forma precoz producirá ventajas bio-psico-sociales a la persona mejorando su calidad de vida y previniendo posibles complicaciones del padecimiento de las mismas.

**Palabras clave:** *Envejecimiento, pérdida sensorial dual, presbiacusia, déficit visual, depresión, calidad de vida.*

## **2. ABSTRACT AND KEY WORDS**

The new sociodemographic changes faced by global population are mainly the increasing elderly population, who are having longer and longer life expectancy due to the development of sanitary conditions. However, alterations related to age are becoming more frequent, and sensorial impairment is one of the most important ones.

Sensorial deficit (both auditive and visual) contributes negatively to the wellbeing of these people, leading to situations of impairment in terms of communication, daily life activities or social relationships, which, in the long term, can provoke depression.

By identifying these alterations or syndroms before they worsen their biosocial life can be improved, enhancing their wellbeing and preventing possible future problems.

**Key words:** *aging, dual sensory loss, presbycusis, visual impairment, depression, quality of life.*

## 1. INTRODUCCIÓN

El **motivo principal de la elección** de este tema, aparte de mi previo interés por el conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y la ancianidad, ha sido el hecho de tener un familiar padeciendo estas patologías. Con ello pretendo conocer más acerca del tema y de lo publicado sobre el mismo.

### 1.1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ENVEJECIMIENTO

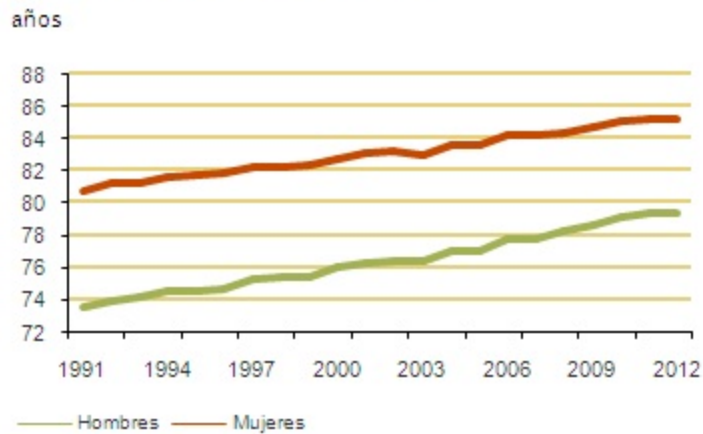
El **envejecimiento** es un término dinámico; es un proceso que se inicia con el nacimiento y tiene naturaleza multifactorial. Determina una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, de la vitalidad, lo que lleva a un aumento de la vulnerabilidad a cualquier tipo de agresión, y con ello mayor riesgo de sucumbir a la muerte y la enfermedad (mayor morbimortalidad). El organismo pierde la capacidad para realizar correctamente sus funciones biológicas, existiendo una gran variabilidad en cada individuo. El proceso de envejecer viene modulado por tres vías fundamentales: <sup>1</sup>

- Cambios fisiológicos: afectan a todos los sujetos y a cada uno de los sistemas orgánicos, determinados por factores de carácter genético y molecular.
- Cambios patológicos: son las secuelas de enfermedades, accidentes y procesos quirúrgicos de los que previamente ha sido objeto el individuo.
- Cambios ambientales: se correlacionan con el estilo de vida y con los factores de riesgo a los que ha estado expuesto la persona: alimentación, actividad física, tabaquismo...<sup>1</sup>

Por **esperanza de vida media** se entiende el tiempo que va a vivir al menos la mitad de la población a partir de un momento dado y en un contexto geográfico concreto.<sup>1</sup> En España entre 1992 y 2012, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 73,9 a 79,4 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,1 años, según las Tablas de mortalidad que publica el INE. <sup>2</sup>

## Introducción

Evolución de la esperanza de vida al nacer



Fuente: Tablas de mortalidad. INE <sup>2</sup>

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas están viviendo más años en todo el mundo. Si nos basamos en los promedios mundiales, la esperanza de vida de una niña nacida en 2012 es de alrededor de 73 años, mientras que la de un niño varón nacido el mismo año, es de 68 años. Estas cifras representan seis años más que el promedio mundial de esperanza de vida para un niño nacido en 1990.<sup>3</sup>

Las mujeres de España son las segundas en el ranking con mayor esperanza de vida, 85,1 años. Superadas únicamente por las de Japón. La esperanza de vida de los hombres es de 80 años o más en nueve países, siendo los mejor clasificados Islandia, Suiza y Australia.<sup>3</sup>

## 1.2. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS EN LA POBLACIÓN MUNDIAL

Como consecuencia del crecimiento poblacional mundial y del aumento de la expectativa de vida, el mundo enfrenta ahora el nuevo reto demográfico del envejecimiento global, donde poblaciones y comunidades aumentan el número de sus miembros que alcanzan una mayor edad. En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años o más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 millones de personas con más de 60 años. Para el año 2050, habrá 2 millones, con el 80 por ciento de ellas viviendo en los países en vías de desarrollo.<sup>4</sup>

## Introducción

A medida que la población envejezca, la pirámide de población triangular de 2002 será sustituida en 2025 por una estructura de tipo más cilíndrico. Actualmente nueve de los diez países con más de 10 millones de habitantes y la mayor proporción de personas mayores está en Europa, entre los que se encuentra España.<sup>4</sup>

En cifras concretas, la población del planeta a la entrada del siglo XIX era de 978 millones de personas, de 1650 millones al comienzo del siglo XX y de 6168 millones a la entrada del XXI. Las Naciones Unidas estiman que entre el año 1900 y 2100 la población mundial pasara de 1650 millones a 11.500. Este patrón es consecuencia del descenso de mortalidad conseguido por avances de la medicina, extensión de medidas higiénicas y disponibilidad de agua en mejores condiciones.<sup>5</sup>

### 1.3. SÍNDROMES GERIÁTRICOS / PLURIPATOLOGÍA DE ANCIANOS

Los síndromes geriátricos son un conjunto de síntomas o cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales. Suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece. Su conocimiento resulta imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica.

Los síndromes geriátricos son definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las "ies":<sup>6</sup>

- Imobility: inmovilidad
- Instability: inestabilidad y caídas
- Icontinence: incontinencia urinaria y fecal
- Intellectual impariment: demencia y síndrome confusional agudo
- Infection: infecciones
- Inanition: desnutrición
- **Impairment of visión and hearing: alteraciones en vista y oído**
- Irritable colon: estreñimiento, impactación fecal
- **Isolation (depression)/insomnio: depresión/insomnio**
- Iatrogenesis: iatrogenia
- Inmune deficiency: inmunodeficiencias

- Impotence: impotencia o alteraciones sexuales.

#### **1.4. DEFICITS O ALTERACIONES EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

Las alteraciones sensoriales en la edad anciana cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente.<sup>7</sup>

##### **1.4.1. Audición:**

La afección más popular en la tercera edad es la presbiacusia aunque también pueden presentar las mismas enfermedades del adulto en relación con las modificaciones que acompañan al proceso fisiopatológico del envejecimiento y la presencia de otras enfermedades.<sup>7</sup>

La presbiacusia se define como la pérdida de audición debida al proceso del envejecimiento. Es un trastorno progresivo, que comienza relativamente pronto en la vida (entre los 50, 60 años) pero que puede alcanzar un nivel uniforme y permanecer estable durante mucho tiempo. En primer lugar se afecta la audición para sonidos agudos, mas tarde las frecuencias medias y por último, las bajas. A veces, puede acompañarse de acúfenos. Sin duda es la causa más frecuente de alteración auditiva, afectando a más del 70% de los mayores de 80 años.<sup>8</sup>

##### **Datos epidemiológicos**

Según la Organización Mundial de la Salud La Salud (OMS), la pérdida de audición relacionada con la edad es la principal causa de moderada discapacidad en personas mayores de 60 años, siendo el audífono el método de tratamiento recomendado.<sup>9</sup> Su prevalencia va en aumento: en los Estados Unidos, el 35% de las personas entre 65 y 79 años de edad reportan deficiencias auditivas; para las personas de 80 años o más, la cifra correspondiente es del 53%.<sup>10</sup> En España, más de 825.000 personas presentan pérdida de capacidad auditiva, de los que aproximadamente el 70% son mayores de 65 años.<sup>11</sup>



**Factores de riesgo**

En la génesis de la presbiacusia, interviene la edad, antecedentes familiares de hipoacusia, ambiente urbano ruidos, utilización de medicamentos lesivos para el oído, enfermedades vasculares asociadas a la aterosclerosis que causan hipoxia del aparato auditivo, involución neurológica así como enfermedades metabólicas.<sup>12</sup>

Otra teoría reciente, habla del daño ocurrido por hipoxia en la cóclea causando delección de mtDNA4977 y otros mutantes de mtDNA con un deterioro de la función del nervio acústico, afirmando que los síntomas de presbiacusia pueden ocurrir cuando la función del nervio acústico se deteriora con resultado del metabolismo anormal del mtDNA.<sup>13-15</sup> Otros estudios indican que la pérdida de audición se relaciona principalmente con la exposición a altas frecuencias por la exposición ocupacional al ruido.<sup>16-17</sup>

**Tratamiento**

Los audífonos y los implantes cocleares son los dispositivos más utilizados en el tratamiento de la presbiacusia de leve a severa. Los resultados obtenidos de la utilización de los audífonos indican que son un método eficaz para tratar la pérdida auditiva siempre y cuando el paciente está adecuadamente equipado, dispuesto, motivado y capaz de usar este dispositivo. Para los pacientes de edad avanzada con una audición de baja frecuencia, la estimulación eléctrica acústica también puede proporcionar una solución viable. Los implantes activos de oído medio puede ser otra opción atractiva para los pacientes de edad avanzada, ya que ofrecen la ventaja de evitar los problemas de manejo de los audífono. Finalmente, la calidad y la percepción de vida se ha visto aumentada en el tratamiento severo- profundo de la presbiacusia con los implantes cocleares.<sup>18</sup>

A pesar de estos resultados positivos en las tecnologías disponibles para el tratamiento de la presbiacusia, parece que la audición no siempre es una parte rutinaria de un examen de los pacientes de edad avanzada.<sup>18</sup> Un problema añadido es que, dada su evolución lenta y progresiva, la mayoría de las veces se acude tarde al especialista, pasando en ocasiones varios años desde la aparición del problema hasta su tratamiento. Al no existir un tratamiento curativo, las medidas de intervención

## Introducción

deberán de ir dirigidas a la prevención, mediante el adecuado control y modificación de los factores de riesgo, entre los que se incluyen la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el hábito tabáquico, evitando las exposiciones a ruidos ambientales, especialmente cuando éstos son fuertes.<sup>19</sup>

Así lo demuestran varios estudios como el realizado por Kochkin S, (1999) en el que tras un estudio a largo plazo, realiza una encuesta a 23.636 pacientes de todas las edades en los Estados Unidos, encontrando que sólo 17.6% de los pacientes de 65-74 años y sólo el 21,6% de los mayores de 75 años de edad recibieron la audición durante su último examen físico.<sup>20</sup> Mas tarde, Cohen *et al.* (2005), encontraron que sólo el 11,8% de los médicos de atención primaria realizan un screening para la pérdida auditiva durante los exámenes físicos anuales.<sup>21</sup>

## Consecuencias

Se ha demostrado que la pérdida de audición repercute sobre el estado de bienestar emocional, físico y social del individuo.<sup>19</sup> Comprender el impacto de la pérdida de audición en la calidad de vida es de gran importancia, como por ejemplo las dificultades de comunicación e interacción con otras personas. Esto lleva a una reducción de la percepción de la calidad de vida. Efectos de la presbiacusia que repercuten en la calidad de vida son:<sup>22</sup>

- Reacciones emocionales, como la soledad, el aislamiento, la dependencia, la frustración, la depresión, la ansiedad, la ira, la vergüenza y la culpa.
- Reacciones cognitivas como confusión, falta de concentración, baja autoestima y trastornos en la comunicación
- Reacciones de comportamiento como culpar, exigir, retirarse de una conversación...<sup>22</sup>

### 1.4.2. Visión

El sistema visual experimenta también muchos cambios funcionales con la edad. El cristalino pierde elasticidad a partir de los 45-50 años, proceso que se estabiliza hacia los 55-60 años. Consecuencia de ellos es la presbicia o dificultad para la visión de cerca. También se produce una disminución de la sensibilidad para el contraste, menos adaptación a los cambios bruscos de la luz, siendo frecuente el deslumbramiento. Por último, presentan una menor percepción del color y mayor dificultad para seguir los movimientos oculares secuenciales, lo que dificulta actividades como conducir. Un problema importante es el hecho de que la población y los ancianos consideran la disminución de la visión como algo ligado al envejecimiento y demandan poca asistencia oftalmológica; por lo tanto, habrá que buscar la afección interrogando sistemáticamente sobre problemas a este nivel.<sup>23</sup>

#### Datos epidemiológicos

Una revisión publicada en 2013 adjunta datos epidemiológicos sobre la discapacidad visual leve y/o moderada y la ceguera desde 1980 hasta 2012. Como resultados resaltan que a nivel mundial, 32,4 millones de personas son ciegas (60% mujeres) y 191 millones de personas tienen discapacidad visual (57% mujeres). La prevalencia de la ceguera en los adultos de edad avanzada ( $\geq 50$  años) es mayor en países subdesarrollados que en países desarrollados con prevalencias de ceguera de  $\leq 0,4$  % o menos. La prevalencia de discapacidad visual leve y/o moderada en adultos mayores fue más alto en el sur de Asia, Europa Oriental, África Subsahariana, Norte de África y Medio Oriente al contrario que la correspondiente a las regiones de altos ingresos que es inferior al 5 %.<sup>24</sup>

Concluyen comentando que debido al crecimiento demográfico y el aumento de los ancianos, la población ciega se ha mantenido relativamente estable y la población con déficit de visión leve y/o moderada puede haber aumentado. En concreto el número de ciegos se incrementa en 0,6 millones de personas mientras que el número con déficit visual leve y/o moderado podría haber aumentado en 19 millones de personas a partir de 1990.<sup>24</sup>

Según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud sobre distribución mundial, las principales causas de discapacidad visual son:

## Introducción

2. errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%;
3. cataratas no operadas: 33%;
4. glaucoma: 2%.<sup>25</sup>

### **Factores de riesgo**

Las enfermedades crónicas en general y las oculares en particular, se hallan vinculadas a determinados factores de riesgo, siendo de gran interés conocer su magnitud y evolución, en especial para las de carácter modificable, pues son el objetivo principal de las estrategias preventivas. Entre ellos cabe destacar los factores de riesgo vascular, como son el consumo de tabaco o de alcohol, la colesterolemia elevada, la hipertensión arterial, la dieta o la inactividad física, sin olvidar que alguno de ellos son también factores de riesgo de padecimientos diversos, entre ellos el cáncer.<sup>26</sup>

La disminución de la visión es un factor de riesgo de fragilidad, con repercusiones en las esferas funcionales, psíquicas y sociales.<sup>26</sup>

### **Patologías visuales más frecuentes**

- a) Cataratas: consiste en la opacificación del cristalino. Afectación bilateral pero no cursa de forma paralela en ambos ojos. La prevalencia aumenta con la edad. Se produce una disminución de la agudeza visual progresiva e indolora, y la pupila adquiere un aspecto grisáceo y luego blanquecino. El tratamiento es quirúrgico. Después de esta, existen tres métodos para resolver la visión: las gafas, las lentes de contacto (difícil de usar por los ancianos) y las en general más se aconsejan, las lentes intraoculares.
- b) Maculopatía degenerativa: consiste en una alteración de la membrana de Bruch que permite el paso patológico de líquido y capilares a través de ella, produciéndose una hemorragia subretiniana. El deterioro visual es gradual durante meses o años perdiendo la visión central, quedando indemne la periférica. En la mayoría de los casos, no existe tratamiento por lo que es importante aplicar láser en estadios precoces, previniendo la progresiva pérdida.
- c) Retinopatía diabética: cuanto mayor sea la duración de DM más probabilidad habrá de padecerla. Los síntomas que refieren son la pérdida progresiva de

## Introducción

agudeza visual, moscas volantes, visión borrosa... No tiene un tratamiento médico eficaz, aunque la criocoagulación coriorretiniana acaban con las zonas de isquemia convirtiéndolas en escaras inertes e impidiendo que aparezca la forma proliferativa de la enfermedad.

- d) Glaucoma: se caracteriza por aumento de la presión intraocular que causa lesión estructural y progresiva en el ojo y que sin tratamiento puede acabar en ceguera. El glaucoma de ángulo abierto es la forma más frecuente. Los factores de riesgo para padecerlo son la edad avanzada, la historia familiar, diabetes y miopía grave. Se va perdiendo la visión periférica de forma indolora, cuando el paciente acude al oftalmólogo ha perdido una gran parte del campo visual. El tratamiento puede ser farmacológico o quirúrgico. Así, es muy importante la prevención y la toma de presión intraocular al menos una vez al año en los pacientes con riesgo.<sup>23</sup>

## Consecuencias

Las repercusiones de la disminución de la visión son significativas, tanto en el plano funcional, como psicológico y social.

Las **repercusiones funcionales** son evidentes, viéndose limitadas las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, con menores posibilidades de autocuidado y una clara deficiencia de la movilidad relacionado con las caídas y el riesgo de fracturas.

En las **repercusiones psicológicas** ve afectada la seguridad emocional, con una verdadera reacción de estrés. La comunicación no verbal también se ve afectada generando inseguridad, temor y cierto grado de ansiedad. Los trastornos del humor son también comunes, con cierta tendencia al pesimismo, que puede explicar la habitual peor percepción de salud, bienestar y calidad de vida, lo que también con frecuencia, pueden llegar a ser patológicos, habiéndose asociado el deterioro visual al deseo de morir o a un cuadro realmente depresivo.

En cuanto a las **repercusiones sociales** todas las actividades de ocio se ven afectadas, tanto las que se realizan con otras personas, como las que se realizan de forma individual (coser, leer, ver la televisión...). Otra consecuencia social es la mayor necesidad de apoyos, familiares o institucionales, de tal modo que se ha descrito el aumento de consumo de recursos, municipales o comunitarios, como la ayuda a domicilio como la visita programada del equipo de enfermería domiciliaria.<sup>26</sup>

## 1.5. DEPRESIÓN

La depresión es el tipo de trastorno afectivo más frecuente del anciano, presentada de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con un importante componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente.<sup>7</sup> Se define como un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas.<sup>27</sup>

Los trastornos depresivos incluyen trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado. El “**episodio depresivo mayor**” constituye la base conceptual y se establece cuando existe estado de ánimo depresivo, disminución de interés, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, etc., por al menos dos semanas.<sup>28</sup>

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* estos son los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor:<sup>29</sup>

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un periodo de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y al menos uno de los dos síntomas es o estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días e indicado tanto por la experiencia subjetiva como por la observación de los demás.
2. Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi todos los días.
3. Aumento o pérdida significativa de peso sin régimen (5% del peso en un mes), o disminución o incremento del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

## Introducción

7. Sentimientos de inutilidad o excesiva o inapropiada culpa casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días
  9. Ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no satisfacen los criterios de episodio mixto
- C. Los síntomas causan distrés clínico evidente o impedimento en el área social, laboral u otra área importante del funcionamiento.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos de sustancias (psicofármacos o abusos de drogas) o a un trastorno médico general (ej. Hipotiroidismo)
- E. La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado). Nota: preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

### **Diagnóstico:**

Para la detección, diagnóstico y medición de la intensidad de los síntomas, contamos con una serie de instrumentos que nos pueden ayudar a los que se suman los autoinformes y la entrevista con el paciente y sus cuidadores. Así, tenemos entre otras:<sup>19</sup>

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (anexo 1)<sup>59</sup>: consta de 30 ítems sobre el estado afectivo del paciente, con un tiempo medio de cumplimentación entre los 5 y 15 minutos. Padecen un cuadro depresivo aquellos que puntúan por encima de 11, considerándose normales los que alcanzan puntuaciones entre 0 y 10.<sup>19</sup>
- Escala de depresión de Hamilton (anexo 2)<sup>60</sup>: consta de 22 ítems. El mayor número de puntos negativos es de 67, mientras que en mejor de los casos se puntuará 0. El tiempo de cumplimentación está entre 20 y 30 min.<sup>19</sup>
- Inventario de depresión de Beck: constan de 21 ítems. Diseñado para reflejar el estado de ánimo, el pesimismo, el sentimiento de fracaso, los deseos de autocastigo, la pérdida de líbido, las crisis de llanto, la indecisión, la imagen corporal, el aislamiento social... entre otros. Cada afirmación puntúa de 0 a 3, siendo de 57 la máxima puntuación negativa y puntuándose 0 en el mejor de los casos.<sup>19</sup>

## **Datos epidemiológicos**

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas.<sup>30</sup> Es la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el sida, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria.<sup>31</sup>

La Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12), realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística revela que la depresión afecta al 14,6 % de los encuestados.<sup>32</sup>

Un estudio realizado recientemente examinó las posibles diferencias de género en la sintomatología depresiva en personas mayores, concluyendo que las mujeres tenían un mayor riesgo de depresión que los varones, incluso después de ajustar por los factores sociodemográficos y por los estado de salud, presentando casi el doble de probabilidades de padecer depresión.<sup>33</sup>

Además, en una revisión realizada por Beekman AT et al (1999) revela tras analizar 34 estudios que las tasas de prevalencia varían enormemente (0,4-35%). La prevalencia media de depresión mayor se sitúa alrededor del 1,8%, mientras que la prevalencia media de síntomas depresivos clínicamente significativos sin llegar a cumplir los criterios de depresión mayor alcanza el 13,5 %. También encuentran evidencia para adjudicar mayores tasas de prevalencia en las mujeres y a las personas mayores que viven en condiciones socio-económicas adversas.<sup>34</sup>

Otro estudio realizado para describir la variación nacional en los síntomas de depresión y la prevalencia del síndrome en diez países europeos revela que los países de lengua de origen latina (Francia, España e Italia) tienen mayor prevalencia de los síntomas, especialmente los síntomas relacionados con la motivación.<sup>35</sup>



## **Factores etiológicos**

Se han descrito diversos factores etiológicos:

- a) **Genéticos**: Se ha demostrado cierta influencia genética en los trastornos afectivos, que parece asociarse con una aparición más temprana de la patología. Se ha sugerido que un 20 % de los familiares de pacientes con depresión mayor lo presentan.<sup>36</sup>
- b) **Somáticos**: se ha postulado que los trastornos depresivos se asociarían a un déficit de algunas catecolaminas como la noradrenalina a nivel central, un déficit de dopamina o una descompensación del equilibrio coliadrenergico con hiperactividad colinérgica.
- c) **Psíquicos**: en relación con pérdidas o traumas psicosociales. Se sabe que son la pérdida de la salud, la viudez y la jubilación los factores negativos que con más frecuencia producen depresión en el anciano, siendo el principal la pérdida de la salud, ya que según algunos estudios hasta el 18% de los cuadros depresivos en los ancianos aparecieron después de una enfermedad grave.
- d) **Factores biológicos**: entre ellos estaría la pérdida de la capacidad funcional debido en envejecimiento de los distintos órganos y sistemas, que además de la involución anatomofisiológica general supondría la disminución de la percepción del entorno debido a la afectación de la sensibilidad táctil y de los sentidos de la vista y el oído principalmente.
- e) **Factores socioculturales**: situaciones carenciales o falta de apoyo social son los factores más importantes.<sup>19</sup>

El hecho de que aparezca con ocasión de una enfermedad médica o debido a un estrés psicosocial provocado por la necesidad de adaptarse a la nueva situación, contribuye a que la depresión se considere “consustancial” con el envejecimiento, en lugar de una psicopatología que debe ser tratada por especialistas.<sup>19</sup>

## **Tratamiento**

Los objetivos globales del tratamiento de la depresión en el anciano son: disminuir los síntomas, reducir recaídas, mejorar calidad de vida, disminuir la mortalidad y costes sanitarios y mejorar el status de la salud física.<sup>23</sup>

El abanico de posibilidades de tratamiento incluye:

- **Psicofármacos**: No existe ningún grupo farmacológico concreto de antidepresivos que sea especialmente eficaz en los pacientes de edad avanzada. La elección de este

## Introducción

se hará siempre en función de la pluripatología, la gravedad del diagnóstico psiquiátrico y la estimación de la tolerancia. Los más utilizados son:<sup>19</sup>

- Antidepresivos tricíclicos: con actividad anticolinérgica pueden producir hipotensión ortostática, arritmias. Ej: amitriptilina, imipramina o nortriptilina.
- Antidepresivos de segunda generación: menos efectos secundarios. Ej. Fluoxetina.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO): aumentan la concentración de noradrenalina endógena y serotonina. Ej: Fenelzina.
- Inhibidores reversibles de la MAO: como la meclobemida que disminuye el metabolismo de la noradrenalina y serotonina, incrementando su concentración.<sup>19</sup>

- Terapia electroconvulsiva: desempeña un importante papel en el tratamiento de la depresión como tratamiento de mantenimiento. Se indica en depresiones graves con grave riesgo suicida, en la que el uso de psicofármacos comporta un riesgo grave ante la presencia de enfermedades médicas, si existe un rechazo persistente de la alimentación o en las depresiones graves con síntomas psicóticos.<sup>23</sup>

- Tratamientos psicosociales: estos soportes son necesarios para poder ayudar al paciente ante los acontecimientos vitales adversos que con frecuencia ocurren en este grupo de edad. Estas terapéuticas incluyen: terapias cognitivas, interpersonales, psicodinámicas, familiares...; tratamientos moderadamente eficaces y con efectos duraderos. La tendencia actual se encamina a la combinación de terapéuticas biológicas con psicológicas como la forma de abordaje más comprensiva y completa de la enfermedad depresiva.<sup>23</sup>

## Consecuencias

En el curso de la depresión pueden aparecer trastornos cognitivos. A menudo estos pacientes presentan enlentecimiento psicomotor, delirium y ansiedad llamativa. Suelen presentar una desorientación temporal parcial, con conservación de las funciones espaciales, el razonamiento y el juicio. Cuando remiten los síntomas depresivos suelen mejorar estas alteraciones; este cuadro ha sido denominado seudodemencia. Algunos estudios concluyen que entre un 9 y un 25% de los pacientes con seudodemencia acaban desarrollando demencia permanente al año.<sup>23</sup>

## Introducción

Asimismo, las enfermedades físicas y las pérdidas de seres queridos son los factores más claramente relacionados con el suicidio en los ancianos, y la depresión mayor es la enfermedad psiquiátrica más relacionada. La importancia del problema queda más destacada al considerar que las tasas de suicidio en ancianos están infraestimadas debido a que la utilización de los métodos suicidas suelen pasar desapercibidos entre los que cabe destacar las conductas pasivas o silenciosas (interrupción de medicaciones vitales, rechazo de la ingesta...).<sup>23</sup>

Los **objetivos principales** de esta revisión son:

- Conocer la relación que existe entre el déficit auditivo y la depresión en los ancianos.
- Conocer la relación que existe entre el déficit visual y la depresión en los ancianos.
- Conocer la relación existente entre el déficit sensorial dual con la depresión en los ancianos.

Los **objetivos secundarios** marcados son la adquisición de conocimientos acerca de datos epidemiológicos, tratamientos, consecuencias, factores etiológicos sobre los dos síndromes geriátricos en los que se centra el trabajo: la deprivación sensorial y la depresión.

## 2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de aquellos estudios tanto españoles como extranjeros que aportaran información específica y útil acerca del tema tratado. Se realizó también una consulta de determinados libros relacionados con la materia a tratar.

La estrategia de búsqueda incluyó distintos métodos: por un lado, el uso de varios buscadores como son Google Académico y especialmente Research Pro, metabuscador de la Biblioteca de Extremadura; se determinó como límite temporal el periodo 1990-2014, pero con especial interés en los estudios más recientes. Por otro lado, se realizó la búsqueda de artículos en distintas bases de datos como son Pubmed, Scielo, Dialnet o Medline empleando las siguientes entradas: *presbycusis*, *vision loss*, *hearing impairment*, *visual impairment*, *dual sensory loss*, *depression*, *depressive symptoms* combinadas con *aging*, *older adults*, *elderly*, *old people*.

La presente revisión consta de 40 artículos de los cuales 22 (todos publicados en lengua inglesa) han sido los seleccionados para ser incluidos en los resultados de la misma. Para ello, se han fijado unos criterios de inclusión específicos a la hora de considerarlos aptos para los resultados. Estos criterios son:

- Que fueran estudios publicados entre 2005-2014 (menos de 10 años de antigüedad)
- Que incluyeran la población de interés: personas mayores
- Que analizaran la relación existente entre ambas patologías (deprivación sensorial y depresión)
- Que analizaran los dos déficit en conjunto (perdida sensorial dual) con la depresión.
- Que ofrecieran información acerca de eficacia de tratamientos en la recuperación del paciente.
- Que estudiaran la importancia de la detección de las patologías.
- Que informaran sobre el efecto de una u otra patología en la recuperación o empeoramiento de la otra.

### 3. RESULTADOS

Tabla 1: Comparación de los aspectos metodológicos y conclusiones más relevantes de los principales estudios consultados relacionando el *déficit sensorial auditivo y la depresión*.

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Pronk M. <i>et al.</i> <sup>37</sup> (2013)	996	63-93	Estudio Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de regresión lineal múltiple para evaluar asociación entre estado basal audiciencia y 4 años de seguimiento de depresión, soledad social y soledad emocional.</li> <li>- Audición: auto-informe y una prueba de habla en ruido</li> </ul>	<p>Se encontraron efectos adversos de padecer audición deficiente: la soledad aumentó en subgrupos específicos.</p> <p>No efectos significativos para la depresión. Medidas: seguimiento de estos subgrupos.</p>
López-Torres Hidalgo J. <i>et al.</i> <sup>38</sup> (2009)	1.387	≥ 65	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión: inventario de depresión de Beck.</li> <li>- Audición: HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Short Version)</li> <li>- Capacidad funcional: Índice de Katz</li> </ul>	<p>De las personas que se beneficiarían de un audífono (más de un tercio de las personas mayores de 65 años), el 89,3 % no lo posee.</p> <p>Hay una alta prevalencia de déficit auditivo asociado con otras limitaciones funcionales.</p>

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Pronk M <i>et al.</i> <sup>39</sup> (2014)	1,178	>60	Longitudinal (3 a 7 años de seguimiento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado basal audiencia</li> <li>- Factores relacionados con la salud</li> <li>- Factores sociodemográficos.</li> </ul>	<p>La disminución en el entendimiento de discursos en ruido se asoció con aumento en la soledad de las personas que tenían un estado basal de audiencia moderado y para las personas que recientemente perdieron a su pareja.</p> <p>No se encontró relación con la depresión.</p>
Mitchell P. <i>et al.</i> <sup>40</sup> (2012)	811	≥55	Longitudinal: examinados dos veces (1997–99 y 2002–04)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audición: audiometría -</li> <li>Discapacidad auditiva: Shortened version of the hearing handicap inventory (HHIE-S): puntaje ≥8</li> <li>- Dimensiones de salud y bienestar: Encuesta: 36-Item Short-Form Survey</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de la audición inicial 5 años más tarde de las primeras encuestas.</li> <li>- Individuos con y sin discapacidad auditiva de base sienten vergüenza por su problema.</li> <li>- Ancianos con discapacidad auditiva son más propensos a experimentar angustia emocional y social en forma de restricciones de participación y baja calificación propia de salud.</li> </ul>

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Nadia Garnefski N. and Kraaij V. <sup>41</sup> (2012)	45	≤60	Estudio epidemiológico con seguimiento	<p>Dos grupos divididos al azar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CBS (Cognitive–Behavioral Self-help): Programa cognitivo-conductual</li> <li>- WLC (Waiting List Control): grupo de control</li> </ul> <p>- Depresión y ansiedad: medidas en la prueba previa, post-test y a los 2 meses (seguimiento )</p>	<p>La depresión y los síntomas de ansiedad en el grupo CBS mejoraron significativamente después de la finalización del programa en comparación con el grupo WLC No hubo ninguna recaída post-test.</p> <p>Una intervención cognitivo-conductual de autoayuda puede ser una herramienta efectiva para reducir los síntomas de depresión y ansiedad en personas con sordera adquirida.</p>
Poissant SF <i>et al.</i> <sup>42</sup> (2008)	26 Nueve: IC > 70 años Nueve: IC < 60 años Ocho: AU > 70 años *IC: implante coclear *AU: audífono	18 personas > 70 y otras 8 < 60	Estudio clínico transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión/ soledad: UCLA Loneliness Questionnaire, Geriatric Depression Screening Scale</li> <li>- Audición: audiometría</li> </ul>	<p>El implante coclear en pacientes de edad avanzada se traduce en mayor capacidad de percepción del habla comparables a los de los receptores más jóvenes de IC, así como mejoras cuantificables en la depresión y la soledad.</p>

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Acar B. <i>et al.</i> <sup>43</sup> (2011)	34	>65	Prospectivo	- Depresión: evaluada con Escala de depresión geriátrica (GDS) y mini mental state examination (MMSE) antes y 3 meses después de la utilización de audífono	Después de 3 meses de uso de audífono, todos los pacientes mostraron una mejora significativa de las condiciones psicosociales y cognitivas y mejoraron la comunicación social y el intercambio de información  Los efectos de los audífonos en los ancianos con presbiacusia mejoran el estado mental y psicológico.



## Resultados

**Tabla 2: Comparación de los aspectos metodológicos y conclusiones más relevantes de los principales estudios consultados relacionando el déficit sensorial visual y la depresión**

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
G. A. Rixt Zijlstra <i>et al.</i> <sup>44</sup> (2012)	157  (n= 4,792; población de referencia)	> 57	Prospectivo	- Actividades de la vida diaria: Groningen Activity Restriction Scale- GARS - Síntomas de la depresión y los sentimientos de ansiedad: Hospital Anxiety and Depression Scales- HADS - Apoyo social : Social Support Scale Interactions—SSL12-I	Las personas mayores con pérdida de visión tienen peores niveles de funcionamiento con respecto a las actividades de la vida diaria, los síntomas depresivos y los sentimientos de ansiedad en comparación con la población general de mayores. Por el contrario, si tienen un mayor nivel de apoyo social.
Renaud J. and Bédard E. <sup>45</sup> (2013)	18 artículos		Revisión bibliográfica en varias bases de datos	Evalúan la relación entre la calidad de vida y la depresión en los ancianos con discapacidad visual.	Teniendo en cuenta la alta prevalencia de depresión y sus efectos discapacitantes sobre la calidad de vida, las intervenciones para prevenir y tratar la depresión son esenciales. Se necesitan más esfuerzos para entrenar a profesionales de la salud a identificar a ancianos deprimidos con discapacidad visual y proporcionar el tratamiento adecuado.

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Bookwala J, and Brendan Lawson, BS <sup>46</sup> (2011)	1,178	Media= 69.2 años	Encuestas	<p>- Visión: → Visión objetiva: autoinforme → Visión subjetiva: pruebas de agudeza visual.</p> <p>- Encuestas: Niveles de limitaciones físicas y motrices, sentimientos de aislamiento social y síntomas de depresión.</p>	Los que tienen una autopercepción de su visión más pobre contribuye a la reducción de su salud mental y la capacidad de los individuos a restringirse de llevar a cabo su rutina diaria por su patología, aumentando el aislamiento social.
Grant P. <i>et al.</i> <sup>47</sup> (2011)	18	>50	Prospectivo	<p>- Agudeza, velocidad e impresión crítica: Minnesota Low Vision Reading Acuity Chart (MNREAD)</p> <p>- Depresión: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</p> <p>- Nivel de adaptación a su enfermedad: Adaptation to Age-Related Vision Loss Scale</p>	Las personas que reportaron mayores síntomas de depresión no responden funcionalmente tan bien a la lectura de la rehabilitación, pero informaron una mejoría en los niveles de adaptación a la pérdida de la visión después de dicha rehabilitación.

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Šiaudvytė L. et al. <sup>48</sup> (2012)	140  Dos grupos - 70: grupo control - 70: pacientes con degeneración macular asociada a la edad	≤ 50	Prospectivo	- Calidad de vida: Vision Functioning Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Hubo una diferencia significativa en la calidad de vida entre los grupos.  La salud mental, la dependencia, y las dificultades conductuales se encontraron mayor asociadas al grupo de pacientes con degeneración macular que al grupo control.
Mun-San Kwan M. et al. <sup>49</sup> (2012)	280	65-91 años  (edad media 74,9)	Longitudinal	- Depresión: Geriatric Depression Scale - Tareas de equilibrio y movilidad Seguimiento durante 2 años para determinar la incidencia de caídas.	Los síntomas depresivos fueron significativamente más frecuentes en personas que sufren caídas recurrentes junto con una pobre percepción de la profundidad y la reducción de fuerza de las extremidades inferiores.

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Eramudugolla R. <i>et al.</i> <sup>50</sup> (2013)	662	≤70	Transversal observacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vision: pruebas de agudeza visual, sensibilidad al contraste, movimiento...</li> <li>- Depresión y ansiedad: escala de Goldberg .</li> <li>- Enfermedades: cataratas, glaucoma, degeneración macular relacionada con la edad.</li> </ul>	<p>La depresión se asocia con cataratas, degeneración macular y enfermedades oculares concomitantes.</p> <p>La ansiedad se asoció con la catarata y con baja agudeza visual. No tasas de depresión o ansiedad asociados con el glaucoma.</p> <p>El estado de ánimo y la ansiedad están asociados con el déficit de la función visual, independientemente de la enfermedad ocular que se padezca.</p>
Mihaela L. <i>et al.</i> <sup>51</sup> (2013)	315 - 81: degeneración macular. - 91: glaucoma - 55: Fuch -88: grupo control	≤65.	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresion: Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-15).</li> <li>- Espacio de vida: Life Space Assessment.</li> <li>- Indicadores de salud y factores sociales</li> </ul>	<p>Todos los tres grupos con enfermedad de los ojos eran más propensos a estar deprimidos que el grupo control así como la reducción de sus actividades por el miedo a caer.</p>

## Resultados

**Tabla 3: Comparación de los aspectos metodológicos y conclusiones más relevantes de los principales estudios consultados relacionando el *déficit sensorial dual* y *la depresión***

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Capella McDonnell M. <sup>52</sup> (2011)	2.688 1.380 desarrollaron pérdida sensorial doble durante el estudio y 1308 no.	≤70	Longitudinal experimental	Pacientes con depresión participaron en actividades productivas: - empleo remunerado, trabajo voluntario e “informal helping”: ayudar a conocidos.	La realización de las tres actividades disminuyó los síntomas depresivos, pero es la actividad de voluntariado de las personas con déficit doble la que exhibió mayor descenso de estos síntomas.
Bernabei V. <i>et al.</i> <sup>53</sup> (2011)	7.389	Media: 71,9 años	Prospectivo observacional	Informes: hábitos alimentarios, lenguaje no verbal y la capacidad de AVD: para investigar síndrome depresivo y síndrome de ansiedad.  - Discapacidad sensorial: entrevistas	La prevalencia del síndrome depresivo fue mayor entre los participantes con problemas de visión sobre todo las y las personas mayores de 75 años.  La prevalencia del síndrome de ansiedad fue mayor en el grupo con problemas de audición.  La corrección de estas deficiencias podría mejorar la cal

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Chou KL <sup>54</sup> (2008)	3.782	≤65	Prospectivo observacional	- Evaluación: → Pérdida sensorial en visión y audición → Variables socio- económicas, salud y apoyo social.	La pérdida de visión fue consistente en el inicio y persistencia de la depresión incluso después de haber ajustado las variables.  La asociación entre la pérdida sensorial doble y la depresión desapareció una vez que los indicadores de salud fueron controlados.
Kiely KM. <i>et al.</i> <sup>55</sup> (2013)	1.611	65-103	Longitudinal	- Depresión: Escala de Estudios Epidemiológicos de Depresión (CES-D) (ítems) - Visión: agudeza visual, ceguera o glaucoma. - Audición: medición tonos puros - Factores r/c la salud	Niveles más altos de síntomas depresivos fueron asociados con pérdida auditiva, pero no con la visión.  Es necesario programas de rehabilitación para aquellos afectados por los efectos combinados de la perdida doble sensorial.

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Capella McDonnall M. <sup>56</sup> (2011)	2,688  →1380 que desarrollaron perdida sensorial doble durante el estudio →1308 sin pérdida	≤75	Longitudinal	- Deficit sensorial doble: Preguntas - Depresión: Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). - Actividad física/ejercicio: Preguntas. - Estado físico: movilidad, fuerza y habilidades motoras - IMC	La participación en la actividad física y estar en mejores condiciones físicas se asociaron con menores niveles de síntomas depresivos, mientras que los niveles de IMC más bajos fueron asociados con niveles más altos de síntomas depresivos.  Participar en un programa de actividad física puede proporcionar múltiples beneficios a las personas mayores con déficits sensoriales.
Cimarolli VR Jopp DS <sup>57</sup> (2014)	119	95-107  Edad media= 99 años	Entrevistas/ encuestas	- Entrevistas personales sobre: → déficit visual → déficit auditivo → Capacidad funcional: AVD, AVBD.	Personas con trastorno de la visión y doble déficit sensorial se asociaron con niveles más altos de discapacidad funcional, sintomatología depresiva e interferencia con actividades deseadas

## Resultados

AUTOR/ES/ AÑO	MUESTRA ESTUDIO	EDAD	ESTUDIO	INSTRUMENTOS VALORACIÓN	RESULTADOS/PRINCIPALES CONCLUSIONES
Capella McDonnall M. <sup>58</sup> (2005)	9,832 (Incluidos en National Health Interview Survey data)	≤55	Observacional prospectivo	<p>Autoinforme con respuestas a preguntas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de audición y visión</li> <li>- Síntomas depresivos,</li> <li>- Salud</li> <li>- Nivel de educación, - Nivel de pobreza,</li> <li>- Actividades sociales</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Discapacidad funcional (AVD, AVBD)</li> </ul>	<p>Las personas con pérdida sensorial dual no fueron significativamente más propensas a padecer síntomas depresivos que aquellos con pérdida de la visión, pero si más propensos que aquellos con pérdida auditiva.</p> <p>Emplear rehabilitación con los déficits puede disminuir los niveles de depresión.</p>



## 4. DISCUSIÓN

Es indiscutible el hecho de que las alteraciones sensoriales en la edad anciana cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente.<sup>7</sup>

Asimismo, en un estudio publicado por Pronk M. *et al.* (2013), indica que uno de los efectos adversos que tiene el padecer una audición deficiente es el mayor aumento de la soledad en el anciano. En cambio, resalta que no se presenta mayor predisposición para la aparición de depresión.<sup>38</sup> En otra ocasión por Pronk M. *et al.* (2014) aporta unos resultados en los que tras un menor entendimiento en los discursos en ruidos, por el déficit auditivo, hay más probabilidad de que el anciano sienta soledad; también concuerdan en que no se encuentra relación con síntomas depresivos.<sup>40</sup>

Otros estudios, como el realizado por Mitchell P. *et al.* (2014) observan que los ancianos sienten vergüenza de su patología en situaciones sociales, lo que hace que generen angustia, menor participación social y baja calificación hacia su propia salud relacionado con la pérdida de audición.<sup>41</sup> También se relaciona esta pérdida con otras limitaciones funcionales<sup>39</sup> según el estudio realizado por López-Torres Hidalgo *et al.* (2009).

En cuanto a los tratamientos posibles, se han realizado varios estudios que valoran la terapéutica existente, como el desarrollado por Garnefski N. *et al.* (2012) en el que tras aplicar programas cognitivos en personas con déficit auditivo observan que los síntomas depresivos descienden considerablemente.<sup>42</sup>

Con respecto a los conocidos audífonos, Acar B. *et al.* (2011) señalan que su uso produce una mejora psicosocial, mejorando la comunicación entre el anciano y su entorno social así como su estado mental y psicológico<sup>44</sup>. En cuanto a los implantes cocleares, se ha comprobado (Poissant SF. *et al.*, 2008) que aumenta la capacidad de escucha y mejora los síntomas depresivos y la soledad asociada al aislamiento producido en los ancianos por su discapacidad auditiva.<sup>43</sup>

En cuanto al déficit sensorial visual, también existen numerosos estudios que estudian su relación con la depresión, otras enfermedades concomitantes y la repercusión en su calidad de vida en la población mayor. Así es, el realizado por Renaud J. *et al.* (2013) que tras realizar una revisión de artículos concluyen que la mayor prevalencia de depresión en ancianos con déficit visual menor calidad de vida. Añaden que se necesitan más esfuerzos para identificar a tiempo a los ancianos que

**Discusión**

presenten estos síntomas depresivos y así prevenir su influencia sobre la adaptación a la pérdida de visión y tratarlos con el tratamiento adecuado.<sup>46</sup>

G. A. Rixt Zijlstra *et al.* (2012) comparando un grupo de personas con deficiencia visual con un grupo de referencia que no lo padece y valorando variables como las actividades de la vida diaria, la depresión y el apoyo social indican que estas personas tienen peores niveles de funcionamiento, menor capacidad para las AVD, más síntomas depresivos y soledad en cuanto al grupo de control. No obstante, concluyen con que si reciben un importante apoyo social.<sup>45</sup>

Bookwala J. *et al.* (2011) revelan que si el anciano percibe su visión como mala está predispuesto a un descenso en su salud mental produciendo que ellos mismos restrinjan sus actividades rutinarias por su patología, aumentando en consecuencia el aislamiento social.<sup>47</sup>

Otros estudios evalúan el déficit visual según la enfermedad que los ancianos padecen. Por tanto, atendiendo a la degeneración macular, Siavdivytyté L. *et al.* (2012) concluyen en su estudio que la alteración de la salud mental, la mayor dependencia y las dificultades conductuales se dan más en pacientes con degeneración macular que en los que no tienen esta patología.<sup>49</sup>

Estas conclusiones son también corroboradas por otros estudios que valoran las mismas variables, como el realizado por Eramudugolla R. *et al.* (2013) en el que tras valorar la relación de cataratas, glaucoma y degeneración macular con depresión y ansiedad señalan que la depresión no está relacionada en el glaucoma pero si con las otras dos enfermedades; si concluyen en que la ansiedad y el estado de ánimo está estrechamente relacionado con el déficit de la función visual independientemente de la enfermedad que se padezca.<sup>51</sup>

Una de las principales consecuencias de la pérdida de visión es las repercusiones funcionales que afectan a las AVD (básicas e instrumentales) que se relacionan con una menor movilidad, riesgo de caídas y fracturas.<sup>24</sup> Estudios como el realizado por Men-San Kwan M. *et al.* (2012) descubren que los síntomas depresivos asociados a las personas que sufren caídas recurrentes son consecuencia de la menor percepción visual de la profundidad y la reducción de la fuerza de las extremidades.<sup>51</sup> Otro estudio (Miahela L. *et al.*, 2013) compara tres grupos de enfermedades oculares (glaucoma, degeneración macular y enfermedad de Funch) con un grupo control que no padece ninguna. Advierten que los síntomas depresivos y la reducción de sus actividades por el miedo a caer se asocian al grupo de enfermedades oculares.<sup>52</sup>

### Discusión

Con respecto al tratamiento de este déficit se han encontrado estudios que hablan sobre cuál es la mejor manera de conseguir eficacia teniendo en cuenta la presencia de síntomas depresivos una vez sobrevenido el déficit visual. Grant P. *et al.* (2011) realizan un programa de rehabilitación a la lectura para estos pacientes. Presentaron sus resultados y observan que las personas con más síntomas de depresión no responden tan bien al tratamiento de rehabilitación, pero si informan de una mejora a la adaptación de la pérdida de visión después de la rehabilitación.<sup>48</sup>

Existen otros artículos que se han encargado de relacionar la depresión con el déficit sensorial dual o doble, es decir, con la presencia de alteración en los dos sistemas sensoriales: audición y visión. Uno de los objetivos comunes de los siguientes estudios es evaluar la mayor prevalencia de uno u otro déficit y su relación con la depresión. El realizado por Bernabei V. *et al.* (2011) observan que la prevalencia de la depresión es mayor en aquellos pacientes con pérdida de visión y mayores de 75 años; la ansiedad se relaciona con el déficit auditivo.<sup>54</sup> En cambio, el estudio desarrollado por Kim M. Kiely *et al.* (2013) indican que los niveles más altos de depresión se asocian a la pérdida auditiva, pero no a la visual.<sup>56</sup> No obstante, los dos concuerdan en que la corrección de estas deficiencias y la inclusión en programas de rehabilitación para aquellos afectados por los efectos combinados de la pérdida sensorial mejorarían su calidad de vida<sup>54, 56</sup> El realizado por Chou KL (2008) indica que es la pérdida de visión la que conforma un indicador consistente en el inicio y persistente en la continuación de la depresión incluso una vez ajustadas las variables.<sup>55</sup>

Otro de ellos es el elaborado por Capella McDonnal M. (2014) en el que tras valorar aspectos como el nivel de pobreza, el apoyo social, la realización de AVD, nivel de educación y por supuesto la depresión y los déficit visual y auditivo obtienen que aquellos con pérdida sensorial dual no fueron más propensos a padecer síntomas depresivos que aquellos con pérdida individual de visión pero si más propensos que aquellos con pérdida individual auditiva.<sup>59</sup>

Con respecto a la discapacidad funcional que producen estos déficits, Cimarolli VR and Jopps DS (2005) señalan que en el trastorno de la visión y el doble déficit sensorial aparecen más síntomas depresivos y hay un mayor nivel de discapacidad funcional con su consecuente interferencia en la realización de actividades deseadas.<sup>58</sup>

Refiriéndose a tratamientos y programas de rehabilitación, Capella McDonnal M. (2011) realiza dos estudios con los que da a conocer datos sobre los beneficios de

---

**Discusión**

dicha recuperación. En el primero de ellos, señala que participar en un programa de actividad física favorece las deficiencias sensoriales, así como mantener unas condiciones físicas buenas disminuye los síntomas depresivos. Sin embargo, observa que aquellos con un índice de masa corporal más bajo están asociados a niveles más altos de síntomas depresivos.<sup>57</sup> El otro estudio promueve un programa de rehabilitación basado en la realización de tres actividades: empleo remunerado, trabajo voluntario y ayuda a personas conocidas, y dirigido a aquellas personas con pérdida sensorial dual y depresión. Los resultados que obtiene señalan que la realización de estas tres actividades reduce los síntomas depresivos, pero es la actividad de voluntariado la que reporta mayores beneficios en la disminución de los síntomas de aquellas personas con pérdida sensorial doble en comparación con aquellos que no tenían dicho pérdida.<sup>54</sup>

## 5. CONCLUSIÓN / LÍNEAS FUTURAS

Los autores coinciden en la alta prevalencia tanto de déficit auditivo como visual, así como en el terrible aumento de un trastorno mental tan discapacitante como es el síndrome depresivo. Se determina que la presencia de estos déficits y la depresión se correlacionan estrechamente, habiendo una relación lineal entre la pérdida sensorial con el grado de depresión y que ambos se perjudican entre sí en detrimento de una posible recuperación.

No obstante, los autores revisados no coinciden en muchos aspectos (falta de homogeneidad), dando en ocasiones resultados distintos. Lo que sí comparten es el hecho de que se necesitan programas de prevención para identificar inicios de síntomas depresivos en aquellos pacientes con déficit sensorial y así evitar la discapacidad que provoca estas dos patologías juntas.

Asimismo, concuerdan en que una vez instaurados los déficits son importantes los programas de rehabilitación en conjunto con los tratamientos adecuados a cada uno y un seguimiento más asiduo a este grupo de pacientes en riesgo de soledad, de alteración en sus actividades diarias y de empeoramiento del nivel cognitivo.

En cuanto a **futuras líneas de investigación**, se podrían unificar criterios de cribado para diferenciar la aparición de la depresión relacionada con los déficits sensoriales o si por el contrario dicha aparición es consecuencia de otros factores. Además, es necesario por parte de enfermería realizar los controles adecuados y revisiones periódicas a aquellos ancianos en riesgo así como la educación individual sobre factores de riesgo que provocan dichos déficits.

Seguir investigando en esta línea podría facilitar la puesta en marcha de planes y programas de intervención que disminuyeran todo lo posible las consecuencias negativas para la vida y la salud de estas personas contribuyendo a un envejecimiento saludable de la población.

*“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube, las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.*

- Ingmar Bergman-

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Casado J.M., Milán Vegas A., Ruiz Ruiz M. Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine*. 2006; 9(62):4003-4010.
2. Instituto nacional de estadística. Mujeres y hombres en España. Esperanza de vida. [Internet]. (actualizado 24 abril 2014; acceso 10 de mayo 2014). Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas mundiales de salud 2014. [Internet]. (acceso 16 de mayo 2014) Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatria y Gerontología*. 2002; 37(S2): 74-105.
5. Salvador-Carulla L., Cano Sánchez A., Cabo-Soler JR. Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Buenos Aires-Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2003. p. 2-3
6. Luengo Márquez C., Maicas Martínez L., Navarro González MJ., Romero Rizo L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: *Tratado de geriatría para residentes*. [Internet]. (acceso 24 de marzo de 2014). 143-150. Disponible en: <http://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
7. Salgado Alba A., Guillén Llera F., Ruipérez I. *Manual de Geriatria*. 3.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2003; p. 633-639, 623, 568-570.
8. Román García MM. *Lecciones de geriatría para estudiantes de medicina*. Europa Social; 2009. p. 283-284.
9. World Health Organization. Global burden of disease. Part 3: Disease, incidence, prevalence and disability. [Internet]. Geneva: (acceso 15 abril 2014). Disponible en: [http://www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_part3.pdf?ua=](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf?ua=)
10. Caban AJ, Lee DJ, Gomez-Marín O, Lam BL, Zheng DD. Prevalence of concurrent hearing and visual impairment in US adults: The National Health Interview Survey, 1997–2002. *Am J Public Health*. 2005; 95: 1940–1942.

**Bibliografía**

11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid. 2008. [Internet]. (acceso 15 abril 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
12. Rodríguez C. Neurootofisiología y audiológica clínica. México Ed. McGraw-Hill Interamericana 2003.
13. Dai Pu, Yang Weiyán. Correlation of cochlear blood supply with mitochondrial DNA common deletion in presbycusis. *Acta Oto-Laryngologica*. 2004; 124: 130-136
14. Seidman MD. Effects of dietary restriction and antioxidants on Presbycusis. *Laryngoscope* 2000; 110: 727-738.
15. Pickles JO. Mutation in mitochondrial DNA as a cause of presbycusis. *Audiology & Neuro-Otology* 2004; 9: 23-33
16. Sliwinska-Kowalska M, Davis A. Noise-induced hearing loss. *Noise & Health*. 2012; 14: 274-280
17. Meneses-Barriviera CL, Jandre Melo J, Lozza de Moraes Marchiori L. Hearing loss in the elderly: History of occupational noise exposure. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2013; 17(2):179-183.
18. Sprinzi GM, Riechelmann H. Current Trends in Treating Hearing Loss in Elderly People: A Review of the Technology and Treatment Options – A Mini-Review. *Gerontology* 2010; 56: 351–358
19. Millán-Calenti JC. Principios de geriatría y gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006; Pp. 491-505, 589–95.
20. Kochkin S.: MarkeTrak V: ‘Baby Boomers’ spur growth in potential market, but penetration rate declines. *Hear J* 1999; 52: 33–47
21. Cohen SM, Labadie RF, Haynes DS: Primary care approach to hearing loss: the hidden disability. *Ear Nose Throat J* 2005; 84: 26, 29–31, 44.
22. Monzani D, Galeazzi GM, Genovese E, Marrara A, Martini A. Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008; 28(2): 61–66
23. Guillen Llera F, Perez Del Molino Martin J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Madrid: Editorial Masson; 1994. Pp. 295-303, 225-228.
24. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, Leasher J, et al. Global prevalence of vision impairment and blindness: magnitude and temporal trends: 1990-2010. *Ophthalmology*. 2013; 120(12):2377-84.

**Bibliografía**

25. Organización mundial de la salud. Ceguera y discapacidad visual. Octubre de 2013. Nota descriptiva nº282. [Internet]. (acceso 11 abril 2014) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
26. Serrano Garijo P, Ramírez Sebastián JM. Edad, salud y deterioro de la visión: la disminución visual como síndrome geriátrico. Integración. Revista sobre ceguera y deficiencia visual. 2008; 55: 9-19.
27. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Cord. Gil Gregorio P, Martin Carrasco M. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Ansiedad y depresión. 2004. [Internet]. (acceso 11 abril 2014) Disponible en : <http://www.segg.es/sites/default/files/page/guiaDepresionAnsiedad.pdf>
28. Almanza-Muñoz. J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. Rev. Sanid Milit Mex. 2004; 58(3): 209-222
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Am Psychiatric Assn; 1994, p. 317-91
30. Organización mundial de la salud. 9 octubre 2012. Ginebra. [Internet]. (acceso 12 abril 2014). Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es)
31. World Health Organization. Informe de Salud Mental en el Mundo 2001. Cap. 1. [Internet] (acceso 12 abril 2014) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. [Documento en línea]. (acceso 15 abril 2014) Disponible en : <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
33. MA, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C. Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Revista Española de Geriatria y Gerontología. March- April 2013; 48(2): 59–64
34. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. British Journal of Psychiatry. 1999; 174: 307–11.
35. Castro-Costa *et al.* Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. British Journal of Psychiatry. 2007; 191: 393-401.
36. Gómez Restrepo C. *et al.* Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.



**Bibliografía**

37. Pronk M, Deeg DJ, Kramer SE. Hearing status in older persons: a significant determinant of depression and loneliness? Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *American Journal of Audiology*. December 2013; 22: 316-320
38. López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, Téllez Lapeira J, López Verdejo A, Del Campo del Campo JM, Escobar Rabadán F. Functional status of elderly people with hearing loss. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49: 88–92.
39. Pronk M, Deeg DJ, Smits C, Twisk JW, Van Tilburg TG, Festen JM, Kramer SE. Hearing Loss in Older Persons: Does the Rate of Decline Affect Psychosocial Health? *Journal Aging Health*. 2014; 30.
40. Gopinath B, Hickson L, Schneider J, McMahon CM, Gurlutsky G, Leeder SR, Mitchell P. Hearing-impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. *Age Ageing* 2012; 41(5):618-623
41. Garnefski N, Kraaij V. Effects of a cognitive behavioral self-help program on emotional problems for people with acquired hearing loss: A randomized controlled trial. *J. Deaf Stud. Deaf Educ*. 2012; 17(1): 75-84
42. Poissant SF, Beaudoin F, Huang J, Brodsky J, Lee DJ. Impact of cochlear implantation on speech understanding, depression, and loneliness in the elderly. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 37:488–94.
43. Acar B, Yurekli MF, Babademez MA, Karabulut H, Karasen RM. Effects of hearing aids on cognitive functions and depressive signs in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 May-Jun; 52(3):250-2.
44. Gertrudis I, Kempen JM, Ballemans J, Ranchor AV, Ger H. M. B. van Rens, Rixt Zijlstra GA. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community- living older adults seeking vision rehabilitation services. *Qual Life Res*. 2012; 21:1405-1411
45. Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*. 2013; 8:931-943
46. Bookwala J, and Brendan Lawson, BS. Poor Vision, Functioning, and Depressive Symptoms: A Test of the Activity Restriction Model. *The Gerontologist*. 2011; 51(6): 798-808
47. Grant P, Seiple W, Szlyk JP. Effect of depression on actual and perceived effects of reading rehabilitation for people with central vision loss. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2011; 48(9): 1101-1108

**Bibliografía**

48. Siaudvytytė L, Mitkutė D, Balčiūnienė J. Quality of life in patients with age-related macular degeneration. *Medicina (Kaunas)* 2012; 48(2):109-11
49. Mun-San Kwan m, Lin SI, Jacqueline C., Close T, Lord SR. Depressive symptoms in addition to visual impairment, reduced strength and poor balance predict falls in older Taiwanese people. *Age and Ageing*. 2012; 41: 606–612
50. Eramudugolla R, Wood J, Anstey KJ. Co-morbidity of depression and anxiety in common age-related eye diseases: a population-based study of 662 adults. *Front Aging Neurosci*. 2013; 5: 56
51. Popescu ML, Boisjoly H, Schmaltz H, Kergoat MJ, Rousseau J, Moghadaszadeh S, Djafari F, Freeman EE. Explaining the Relationship between Three Eye Diseases and Depressive Symptoms in Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*. October 2013; 5(56): 1-9
52. Capella McDonnall M. The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. *Res Aging*. 2011 May; 33(3): 234–255.
53. Bernabeia V, Morinia V, Morettia F, Marchioria A, Ferraria B, Dalmonteb E, De Ronchia D, Attia AR. Vision and hearing impairments are associated with depressive–anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging & Mental Health*. May 2011; 15(4): 467-474
54. Chou KL. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adult: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord*. 2008 Feb; 106(1-2):191-6.
55. Kiely KL, Anstey KL, Luszcz MA. Dual sensory loss and depressive symptoms: the importance of hearing, daily functioning, and activity engagement. *Frontiers in Human Neuroscience*. December 2013; 7(837): 1-13
56. Capella McDonnal M. Physical status as a moderator of depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. *Rehabil Psychol*. February 2011; 56(1): 67–76.
57. Capella-McDonnall M. The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. September 2005; 20(9): 855-861
58. Cimarolli VR, Jopp DS. Sensory impairments and their associations with functional disability in a sample of the oldest-old. *Quality of Life Research*. March 2014.

**Bibliografía**

59. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Res* 1983; 17: 37-49
60. Hamilton M: The assessment of anxiety status by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32: 50-55

## 7. ANEXOS

**ANEXO 1: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE<sup>59</sup>**

ITEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN (1 punto si responde):
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se siente frecuentemente aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI
7	¿Suele estar de buen humor?	NO
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI
9	¿En general se siente usted feliz?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está muchas veces intranquilo o inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	SI
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo triste?	SI
17	¿Se siente inútil?	SI
18	¿Se preocupa mucho del pasado?	SI
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	NO
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Se siente sin esperanza?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como antes?	NO

**PUNTUACIÓN TOTAL**

- 0-10= NORMAL
- 11-14= DEPRESIÓN (Sensibilidad 84%, especificidad 95%)
- >14= DEPRESIÓN (Sensibilidad 80%, especificidad 100%)

**ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON<sup>60</sup>**

ITEMS	RESPUESTA	PUNTOS
<b>Humor deprimido, (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)</b>	Ausente	0
	Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados	1
	Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	2
	Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto	3
	El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal espontáneamente	4
<b>Sensación culpabilidad de</b>	Ausente	0
	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
	Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones	2
	La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	3
	Oye voces acusatorias o de denuncia o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	4
<b>Suicidio</b>	Ausente	0
	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
	Ideas de suicidio o amenaza	3
	Intentos de suicidio	4
<b>Insomnio precoz</b>	No tiene dificultad para dormir	0
	Se queja de dificultades ocasionales para dormirse (tarda más de media hora por ejemplo)	1
	Se queja de dificultades para dormirse cada noche	2
<b>Insomnio medio</b>	No hay dificultad	0
	El paciente se queja de estar inquieto toda la noche	1
	Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2 (excepto por necesidad de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	No hay dificultad	0
	Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir	1
	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo actividades y</b>	No hay dificultad	0
	Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones	1
	Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestada directamente por el enfermo o directamente por desatención, indecisión o vacilación	2
	Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad	3
	Dejó de trabajar por la presente enfermedad	4
<b>Inhibición</b>	Palabra y pensamientos normales	0
	Ligero retraso en el diálogo	1
	Evidente retraso en el diálogo	2
	Diálogo difícil	3
	Torpeza absoluta	4
<b>Agitación</b>	Ninguna	0
	Juega con sus manos o cabellos	1

## Anexos

	Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira del pelo.	2
<b>Ansiedad psíquica</b>	No hay dificultad	0
	Tensión subjetiva e irritabilidad	1
	Preocupación por pequeñas cosas	2
	Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla	3
	Terrores expresados sin preguntarle	4
<b>Ansiedad somática</b>	Ausente	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Grave	3
	Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	Ninguno	0
	Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen	1
	Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal	2
<b>Síntomas somáticos generales</b>	Ninguno	0
	Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Fatiga y pérdida de energía	1
	Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está bien definido	2
<b>Síntomas genitales</b>	Ausente	0
	Débil	1
	Grave	2
	Incapacitante	3
<b>Hipocondría</b>	No la hay	0
	Preocupado por si mismo	1
	Preocupado por su salud	2
	Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.	3
	Ideas delirantes hipocondriacas	4
<b>Pérdida de peso (completar A o B)</b>	A) Según manifestaciones del paciente (primera valoración)	0
	No hay pérdida de peso	1
	Probable pérdida de peso asociada a enfermedad actual	2
	Pérdida de peso definida (según el enfermo)	3
	B) Según pesaje hecho por el medico	0
	Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana	1
	Pérdida de peso de más de 500 g en una semana	2
Pérdida de peso de más de 1kg en una semana	3	
<b>Introspección</b>	Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	0
	Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
	Niega que esté enfermo	2
<b>Variación diurna</b>	Ausente. Indicar si los síntomas son más frecuentes por la mañana	0
	Ligera (M) o por la tarde (T)	1
	Grave. M/T	2
<b>Despersonalización y falta de realidad</b>	Ausente	0
	Ligera. Como sensación de irrealidad	1
	Moderada. Ideas nihilistas	2
	Grave	3
<b>Síntomas</b>	Incapacitante	4
	Ninguno	0
	Sospechosos	1

**Anexos**

<b>paranoides</b>	Leves	2
	Ideas de referencia	3
	Delirios de referencia y de persecución	4
<b>Síntomas obsesivos y compulsivos</b>	Ausente	1
	Ligeros	2
	Graves	3