

ÀLEX NAVARRO SEGURA

**Intervención psicológica en el trastorno depresivo
mayor en personas mayores institucionalizadas:
análisis de 3 casos y propuestas de mejora**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Lourdes Camprubí

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2025

El presente Trabajo Fin de Máster contiene información confidencial y/o sensible, así como datos, procedimientos o resultados que no pueden ser divulgados públicamente en su totalidad.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	6
1.1. Definición y criterios diagnósticos del TDM	6
1.3. Impacto y manifestaciones en personas mayores en el contexto residencial	10
1.4. Factores culturales y de género.....	13
1.5. Intervenciones basadas en evidencia	14
1.6. Evaluación del TDM en población geriátrica.....	16
1.7. Comorbilidad del TDM con otras patologías en residencias	17
1.8. Abordaje interdisciplinar y papel del psicólogo sanitario	19
1.9. Prevención, promoción del bienestar y barreras institucionales	20
2. CASOS CLÍNICOS: INTERVENCIÓN EN TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN CONTEXTO RESIDENCIAL	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Caso 1: TDM severo	¡Error! Marcador no definido.
2.1.1 Historia de vida	¡Error! Marcador no definido.
2.1.2. Fundamentación teórica del problema	¡Error! Marcador no definido.
2.1.3. Explicación de las técnicas de evaluación aplicadas	¡Error! Marcador no definido.
2.1.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.5. Objetivos del tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
2.1.6. Pruebas adicionales propuestas ..	¡Error! Marcador no definido.

2.1.7. Explicación y justificación de las técnicas utilizadas.....	¡Error!
Marcador no definido.	
2.1.8. Presentación de datos postratamiento: resultados obtenidos	¡Error! Marcador no definido.
2.2. Caso 2: TDM moderado.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 Historia de vida	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Fundamentación teórica del problema	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3. Test aplicados en la residencia ...	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4 Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5 Objetivos del tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6 Pruebas adicionales propuestas...	¡Error! Marcador no definido.
2.2.7 Explicación y justificación de las técnicas utilizadas.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8. Presentación de datos postratamiento: resultados obtenidos	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Caso 3: TDM leve	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1 Historia de vida	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2. Fundamentación teórica del problema	¡Error! Marcador no definido.
2.3.3. Test aplicados en la residencia ...	¡Error! Marcador no definido.

2.3.4 Hipótesis diagnóstica, de origen y de mantenimiento	¡Error! Marcador no definido.
2.3.5 Objetivos del tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
2.3.6 Pruebas adicionales propuestas...	¡Error! Marcador no definido.
2.3.7 Explicación y justificación de las técnicas utilizadas.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.8. Presentación de datos postratamiento: resultados obtenidos	¡Error! Marcador no definido.
2.4. Análisis de las limitaciones del trabajo	¡Error! Marcador no definido.
2.5. Propuestas de mejora y líneas futuras de intervención	¡Error! Marcador no definido.
3. Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
4. Bibliografía	22
ANEXO 1: Criterios diagnósticos DSM-5	26
ANEXO 2: Diagnóstico por caso	29
ANEXO 3: Análisis funcional	32

1. MARCO TEÓRICO: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1.1. Definición y criterios diagnósticos del TDM

El **trastorno depresivo mayor (TDM)** es una de las condiciones de **salud mental** más frecuentes en personas mayores que viven en **residencias**, y su impacto en esta población es especialmente significativo (García-Fernández et al., 2020). Aunque los manuales diagnósticos como el **DSM-5** definen el TDM a partir de la presencia de al menos **cinco síntomas** durante un periodo mínimo de dos semanas, incluyendo **estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, alteraciones del sueño**, del apetito, **fatiga** o **pensamientos relacionados con la muerte** (APA, 2013), la forma en que se manifiesta en adultos mayores puede diferir bastante de la que se observa en adultos más jóvenes.

En personas mayores, la **depresión** a menudo no se presenta con una **tristeza** claramente expresada, sino a través de **síntomas físicos** como dolores persistentes, fatiga o malestar general, lo que puede dificultar su **detección** (Fiske et al., 2009). Además, estas manifestaciones pueden confundirse con **enfermedades físicas crónicas** o con el propio proceso de **envejecimiento**, lo que contribuye a un **infradiagnóstico** del trastorno (Moreno-Agostino et al., 2021).

Otro factor que complica el diagnóstico es la necesidad de **distinguir** entre un cuadro depresivo clínico y **reacciones emocionales normales** ante situaciones vitales como la **pérdida de seres queridos**, el **deterioro funcional** o la **institucionalización**. Estas experiencias pueden generar **tristeza** o **desánimo** sin que necesariamente se trate de un trastorno depresivo mayor (Blazer, 2003).

Por todo esto, contar con herramientas de **evaluación específicas** es clave. Una de las más utilizadas en geriatría es la **Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**, que fue desarrollada precisamente para captar estos matices emocionales en adultos mayores (Yesavage et al., 1983). No obstante, algunos estudios advierten que, en personas con **deterioro cognitivo** o con **baja alfabetización**, las **escalas autoinformadas** pueden no ser suficientes. Por ello, se recomienda una evaluación más amplia que incluya **entrevistas clínicas, observación** y la perspectiva de **cuidadores o familiares** (Alexopoulos, 2005; Denning & Thomas, 2013).

Además del DSM-5, también se puede considerar el sistema clasificatorio **CIE-11** de la **Organización Mundial de la Salud**, que pone más énfasis en cómo los síntomas afectan la **vida diaria**. Este enfoque resulta especialmente útil en personas mayores, ya que incluso síntomas depresivos que no alcanzan el **umbral diagnóstico** pueden tener un efecto importante en su **calidad de vida y funcionamiento cotidiano** (World Health Organization, 2019)

1.2. Factores etiológicos y de mantenimiento del TFM

La **etiología** del **trastorno depresivo mayor (TDM)** hace referencia al conjunto de causas y mecanismos que explican su aparición y desarrollo. En el caso de las personas mayores, se trata de una etiología **multifactorial**, en la que intervienen **elementos biológicos, psicológicos y sociales** que interactúan de forma dinámica y compleja.

Desde el ámbito **biológico**, se ha observado que las alteraciones en los **neurotransmisores**, especialmente la **serotonina**, la **dopamina** y la

noradrenalina, juegan un papel importante en la aparición de síntomas depresivos. La disminución de la actividad serotoninérgica, en particular, afecta la **regulación emocional** y puede facilitar la aparición del trastorno (**Blazer, 2003**). En personas mayores, esta **vulnerabilidad biológica** se ve intensificada por la presencia de **enfermedades crónicas** como **cardiopatías, accidentes cerebrovasculares o diabetes**, las cuales afectan el sistema nervioso central y reducen la percepción de **control** sobre la propia vida (**Alexopoulos, 2005**).

En el plano **psicológico**, diversos estudios destacan la influencia de **esquemas cognitivos disfuncionales**, una **autoestima baja**, el **pesimismo aprendido** y **eventos traumáticos no resueltos** en la génesis del TDM. Estos factores, en combinación con experiencias vitales adversas recientes como **pérdidas significativas, soledad o afrontamiento pasivo**, aumentan la probabilidad de desarrollar un cuadro depresivo en la vejez (**Kraaij et al., 2002**).

En cuanto a los **factores sociales**, el **aislamiento**, la **pérdida del rol familiar o laboral**, el **duelo no elaborado**, el **ingreso en una residencia** y la **sensación de ser una carga** son elementos clave en el desarrollo del TDM en adultos mayores (**Kok & Reynolds, 2020**). Estas situaciones conllevan una **reducción de los refuerzos sociales**, un **empobrecimiento de los vínculos** y una **desconexión** progresiva con los **proyectos vitales**, lo que afecta la **motivación** y el **sentido de futuro**.

Es importante entender que la interacción entre estos factores no es **lineal**, sino que responde a un proceso **dinámico y acumulativo**, donde las condiciones **médicas**, las **emociones** y el **contexto social** se influyen

mutuamente. Esta visión **integradora** resulta especialmente relevante en personas mayores, ya que en muchos casos su estado emocional no puede explicarse por una única causa.

Además, hay que considerar que los factores que **mantienen la depresión** no solo están en lo que la persona piensa, sino también en lo que siente, cómo actúa, su entorno y, sobre todo en residencias, cómo funciona el propio centro (Kok & Reynolds, 2020).

Desde la visión cognitiva, una persona con depresión suele tener pensamientos negativos muy automáticos, como **“soy una carga”** o **“esto no va a mejorar”**. En personas mayores, esas ideas pueden parecer reales porque coinciden con experiencias como la pérdida de autonomía o problemas físicos. Si el entorno no les ofrece estímulos positivos o no les muestra que todavía pueden disfrutar de cosas valiosas, esos pensamientos se hacen más rígidos. También influye que muchas veces no tienen metas claras ni se imaginan un futuro diferente (Restrepo, 2013).

En lo **conductual**, la **inactividad** es clave. Cuando dejan de hacer actividades que antes les gustaban o les hacían sentir útiles, reciben menos refuerzos positivos y esto refuerza la tristeza y el aislamiento. En las residencias, muchas veces las actividades no están pensadas para cada persona, y eso hace que caigan en rutinas repetitivas que no motivan. Esto genera una sensación de **“da igual lo que haga”**, llamada **indefensión aprendida** (Seligman, 1975). Además, no poder decidir cosas tan simples como qué comer o cuándo levantarse empeora esa sensación de falta de control, muy relacionada con la depresión en esta etapa (Meeks et al., 2022).

El **aislamiento social** también es muy importante. La persona puede evitar a los demás o sentirse **rechazada o invisible**. Esto empeora si el personal se centra solo en lo práctico y no en lo emocional, o si interpreta la apatía como desinterés, sin darse cuenta de que detrás puede haber tristeza o desesperanza (Cattan et al., 2005).

Finalmente, hay que tener en cuenta la **polifarmacia** en personas mayores. El uso de muchos medicamentos al mismo tiempo puede provocar efectos secundarios que parecen síntomas de depresión, como **fatiga o confusión**, y a veces incluso aumentar el malestar emocional. Por eso, revisar la medicación con regularidad es fundamental para cuidar la salud mental (Onder, Landi & Fusco, 2023).

1.3. Impacto y manifestaciones en personas mayores en el contexto residencial

El **trastorno depresivo mayor (TDM)** en personas mayores afecta varias áreas de su vida, incluyendo lo **emocional, cognitivo, funcional y social**. Muchas veces, sus consecuencias se subestiman porque se **normaliza el sufrimiento emocional en la vejez** y los síntomas suelen presentarse de forma **atípica** (Fiske et al., 2009).

Desde el punto de vista emocional, el TDM reduce la capacidad para **disfrutar**, la **iniciativa personal** y el **vínculo con los demás**, generando **apatía**, irritabilidad y una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, como describe la tríada cognitiva negativa de Beck (Beck, 1967). Si no se interviene, estos patrones pueden volverse **crónicos**. La **anhedonia**

se agrava cuando las actividades carecen de **sentido personal**, por lo que estrategias que reconecten al residente con su **identidad previa**, mediante recuerdos o elementos simbólicos, pueden mejorar su bienestar (Meeks et al., 2022).

En el plano funcional, la depresión suele manifestarse con **ralentización motora**, pérdida de expresividad o disminución del **autocuidado**, señales que pueden pasar desapercibidas en residencias. Esta falta de interés por la salud también puede afectar la **adherencia a tratamientos médicos** y empeorar enfermedades crónicas. Además, el estrés persistente asociado a la depresión tiene efectos negativos sobre el **sistema inmunológico y cardiovascular**, lo que subraya la necesidad de una intervención integral (Alexopoulos, 2005).

A nivel social, el TDM promueve el **aislamiento** y la **desconexión afectiva**, sobre todo en residencias, donde las interacciones suelen ser breves y funcionales. La pérdida de vínculos importantes intensifica la **soledad** y genera sentimientos de **inutilidad** o **ser una carga**, asociados a un aumento de la **ideación suicida pasiva** (Blazer, 2003).

Vivir en una residencia es un entorno especialmente delicado donde el TDM aparece o se mantiene con mayor facilidad. El ingreso a menudo implica una **ruptura con la familia**, la **pérdida del hogar**, de rutinas significativas y, con frecuencia, la pérdida de **autonomía para tomar decisiones**, lo que puede vivirse como un **desarraigo** que genera un fuerte impacto emocional y actúa como factor de riesgo o desencadenante directo de la depresión (Forsman, Schierenbeck y Wahlbeck, 2011).

La prevalencia del TDM en residencias es **más alta** que en personas mayores que viven en casa, y la detección suele ser más tardía. Esto se debe a que tanto el personal como los residentes interpretan los síntomas depresivos como algo **normal** en el envejecimiento, la enfermedad o la institucionalización, lo que crea una **barrera silenciosa** para el diagnóstico y la intervención (Alexopoulos, 2005).

Además, muchas residencias están organizadas para la **eficiencia asistencial** más que para el bienestar emocional. Las rutinas son iguales para todos, los espacios limitan la **privacidad** y las decisiones individuales dependen del funcionamiento del centro. Esta **falta de control percibido** puede reforzar la **apatía, la indefensión** y la sensación de que **nada puede cambiar**, especialmente en personas con antecedentes depresivos o con poca red de apoyo.

Socialmente, aunque las residencias están llenas de personas, se experimenta una **soledad emocional profunda**. Algunos residentes forman lazos afectivos, pero otros se sienten **invisibles** o no reconocidos en su historia y personalidad. Además, pueden ocurrir **conflictos** o **rechazos** entre residentes, que aumentan el retraimiento.

El papel del personal asistencial es fundamental. Un trato **mecánico** o **distante** puede hacer que la persona se sienta como un “usuario” más. En cambio, **interacciones empáticas**, aunque sean breves, pueden marcar una gran diferencia, ayudando a mejorar el ánimo y creando sensación de **vínculo** (Meeks, Van Haitsma & Schoenbachler, 2022).

Finalmente, el **entorno físico** influye en el estado de ánimo. Factores como la **iluminación artificial**, el **ruido constante**, la falta de acceso a **espacios exteriores** o la ausencia de **estímulos variados** pueden afectar negativamente especialmente a personas con vulnerabilidad emocional (Whear et al., 2014).

1.4. Factores culturales y de género

Los **factores culturales y de género** no solo influyen en cuántas personas desarrollan **trastorno depresivo mayor (TDM)**, sino también en **cómo se expresa**, cómo se interpreta y cómo se trata. Estas variables pueden hacer que algunos casos se detecten con más facilidad, mientras que otros pasen desapercibidos.

En lo que respecta al **género**, numerosos estudios han encontrado que las **mujeres mayores** presentan tasas más altas de depresión. Esto se relaciona con varios factores, como su **mayor esperanza de vida**, una **mayor carga de cuidados familiares** a lo largo del ciclo vital, y una mayor **tendencia a la internalización emocional**, es decir, a procesar el malestar hacia dentro. Además, las mujeres suelen expresar el malestar a través de sentimientos como la **tristeza**, la **culpa** o la **baja autoestima**, lo cual se ajusta más al perfil clásico de la depresión y facilita que se **diagnostique a tiempo** (Fernández-Niño et al., 2020; Kuehner, 2017).

En el caso de los **hombres mayores**, el cuadro suele ser diferente. A menudo muestran una expresión más **externa o conductual** de la depresión, como **irritabilidad**, **hostilidad**, **uso de alcohol u otras sustancias**, o incluso **conductas de riesgo**. Como estos síntomas no encajan tan claramente en

el patrón tradicional de la depresión, muchas veces no se reconocen como parte del trastorno. Esto es especialmente problemático en entornos como las residencias, donde actitudes como el **enfado** o el **aislamiento** se pueden interpretar como rasgos de personalidad o signos de **deterioro cognitivo**, y no como lo que realmente son: posibles señales de **sufrimiento emocional** (Martin, Neighbors & Griffith, 2013).

Por otro lado, los **factores culturales** también juegan un papel importante. En muchas culturas, **expresar tristeza** o hablar abiertamente sobre **salud mental** sigue siendo un **tabú**, lo que puede llevar a **ocultar los síntomas** emocionales o a **expresarlos a través de quejas físicas**, como dolor, fatiga o malestar general. Este patrón, conocido como **somatización**, complica el diagnóstico, sobre todo cuando el personal sanitario o asistencial no está familiarizado con esos **marcos culturales de expresión del malestar** (Kirmayer et al., 2017).

1.5. Intervenciones basadas en evidencia

Las intervenciones para el **trastorno depresivo mayor (TDM)** en personas mayores deben estar **basadas en la evidencia** y ser **flexibles**, teniendo en cuenta las características propias del envejecimiento. Esto implica adaptar tanto el **contenido** como el **ritmo**, según el estado **físico, cognitivo y emocional** de cada persona. En general, se recomienda combinar **tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos**, de manera complementaria.

En el ámbito **farmacológico**, los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** continúan siendo la opción más habitual, debido a su

perfil de seguridad frente a otros antidepresivos. Sin embargo, en personas mayores es importante **ajustar cuidadosamente las dosis**, controlar la **polifarmacia** y estar atentos a posibles efectos secundarios como **caídas**, **hiponatremia** o **interacciones medicamentosas** (Nelson et al., 2008).

Desde el enfoque **psicológico**, la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** ha demostrado ser eficaz para trabajar con **pensamientos negativos**, **inhibición conductual** y **creencias disfuncionales** relacionadas con la autoestima o la visión de la vejez. Para personas mayores, suele adaptarse con un lenguaje más claro, sesiones más breves y un enfoque más centrado en el presente (Scogin et al., 2005).

En contextos residenciales, una intervención muy utilizada es la **terapia de reminiscencia**, que se basa en rescatar recuerdos positivos para mejorar el **estado de ánimo**, reforzar la **identidad personal** y fomentar la **autoestima**. Es especialmente útil en personas con **desmotivación crónica** o **deterioro cognitivo leve** (Woods et al., 2018). Además, hay evidencia sobre el beneficio de **actividades grupales** como la música, el arte o los juegos, que ayudan a reducir el **aislamiento social** y estimulan el **contacto emocional** cuando se adaptan a los intereses del grupo (Meeks et al., 2022).

También se están explorando enfoques de **tercera generación**, como el **mindfulness** adaptado a personas mayores o la **terapia de aceptación y compromiso (ACT)**. Estas técnicas no buscan cambiar el contenido de los pensamientos, sino modificar la forma en que la persona se relaciona con ellos, lo que puede ser útil en casos de **rigidez cognitiva** o menor capacidad introspectiva (Feliu-Soler et al., 2017).

1.6. Evaluación del TDM en población geriátrica

La **evaluación** del **trastorno depresivo mayor** en personas mayores **institucionalizadas** requiere **instrumentos sensibles** que detecten **síntomas** tanto **emocionales** como **somáticos**, con especial atención a la **presentación atípica** de la **depresión** en este grupo (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009). El uso de **herramientas clínicas estandarizadas** resulta fundamental, especialmente en contextos como las **residencias**, donde puede haber **deterioro cognitivo leve** o **barreras en la comunicación verbal** (Alexopoulos, 2005).

Una de las **escalas** más empleadas es la **Geriatric Depression Scale (GDS)**, desarrollada por Yesavage y Sheikh (1986), la cual ha demostrado buena **validez** y **facilidad de uso**. Su versión abreviada de 15 ítems es especialmente útil en **entornos geriátricos** por su **sencillez** y tiempo reducido de aplicación (Mitchell, Bird y Rizzo, 2010). Sin embargo, su eficacia disminuye en pacientes con **deterioro cognitivo moderado o severo**, por lo que se recomienda complementar su uso con **entrevistas clínicas estructuradas** (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

El **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**, adaptado para adultos mayores, también permite valorar la **intensidad de los síntomas depresivos** en función de la **frecuencia**, facilitando el **seguimiento longitudinal** (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001). En casos donde se requiere una **exploración más profunda**, se recomienda la **Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID-5-CV)** (First et al., 2016) o la **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** (Sheehan et al.,

1998), que permiten **confirmar diagnósticos** y **descartar comorbilidades psiquiátricas**.

Además, se sugiere evaluar la **funcionalidad** de la persona con escalas como el **WHO-DAS 2.0**, que mide el **impacto de la depresión en las actividades diarias** (Üstün et al., 2010). La **observación sistemática del comportamiento** por parte del **personal de cuidados** también aporta información valiosa, ya que en muchos casos los residentes no **verbalizan directamente su malestar** (Meeks, Van Haitsma y Schoenbachler, 2022). Por ello, una **evaluación multidimensional**, que combine **autoinforme**, **observación clínica** e **instrumentos validados**, se considera la **mejor práctica** para una **detección eficaz** (Kok y Reynolds, 2020).

1.7. Comorbilidad del TDM con otras patologías en residencias

En personas mayores **institucionalizadas**, la presencia de **comorbilidades médicas y cognitivas** es muy común. Esta coexistencia de condiciones genera múltiples retos clínicos, ya que los **síntomas depresivos** pueden solaparse o confundirse con manifestaciones propias del **envejecimiento** o de enfermedades físicas crónicas (Alexopoulos, 2005; Blazer, 2003). Por ejemplo, la **fatiga**, el **insomnio**, la **pérdida de apetito** o las **dificultades de concentración**, síntomas típicos del **trastorno depresivo mayor** (TDM), también pueden estar presentes en cuadros como la **insuficiencia cardíaca**, la **diabetes tipo 2**, o los **síndromes de dolor crónico**, dificultando así el diagnóstico diferencial.

La **depresión** no solo se ve favorecida por estas patologías, sino que también puede **agravar** su evolución. Se ha comprobado que las personas con TDM

tienen una **menor adherencia al tratamiento médico**, una participación reducida en actividades de **rehabilitación**, y un **deterioro funcional acelerado**, lo que incrementa el riesgo de **hospitalización** o de institucionalización temprana (Katon, 2011). Además, el estado anímico negativo repercute en la percepción del dolor, en la calidad del sueño y en la respuesta inmunológica, afectando directamente la salud física.

Una relación especialmente compleja se da entre el TDM y el **deterioro cognitivo**. En algunos casos, la depresión puede manifestarse como una **pseudodemencia**, con síntomas de **ralentización**, **desorientación** o **fallos de memoria** que simulan una demencia, pero que son potencialmente **reversibles** si se trata adecuadamente el estado de ánimo (Cahn-Weiner, Malloy y Brown, 2000). No obstante, cuando la depresión coexiste con una **demencia neurodegenerativa** (como el Alzheimer), puede quedar enmascarada o atribuida erróneamente a la evolución del cuadro cognitivo (Lyketsos, 2002; Enache, Winblad y Aarsland, 2011).

A nivel práctico, la identificación de la **comorbilidad** exige un enfoque **multidisciplinar**, ya que el estado emocional influye en la forma en que la persona gestiona sus otras enfermedades. El TDM puede llevar, por ejemplo, a **descuidar la medicación**, **rechazar la alimentación**, o mostrar **apatía frente a las rutinas de autocuidado**, aumentando así el riesgo de complicaciones médicas. En este sentido, se insiste en la necesidad de una **evaluación integral**, que contemple tanto los aspectos físicos como los **emocionales y funcionales**, y que no descarte un posible diagnóstico de TDM por la sola presencia de otras patologías (Kiosses, Ravdin y Alexopoulos,

2007). Muy al contrario, estas deben verse como **elementos interactivos** que requieren una intervención conjunta y coordinada.

1.8. Abordaje interdisciplinar y papel del psicólogo sanitario

La atención al **TDM** en personas mayores **institucionalizadas** exige un **abordaje interdisciplinar** que combine la perspectiva **médica, psicológica y social**. En el **entorno residencial**, el **psicólogo sanitario** desempeña un papel en la **detección temprana, evaluación clínica** y diseño de **planes de intervención** adaptados a las **necesidades individuales** de cada residente (Forsman, Schierenbeck y Wahlbeck, 2011).

El trabajo del psicólogo se lleva acabo con otros **profesionales: médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal auxiliar**. Esta **colaboración** permite construir un enfoque **coherente** y aborda tanto los **síntomas depresivos** como los **factores contextuales** que hacen que se mantengan (Gitlin, Winter y Dennis, 2010). La **coordinación entre los diferentes trabajadores** es muy importante en situaciones de **comorbilidad**, donde es necesario **equilibrar** tratamientos **farmacológicos** con **intervenciones psicosociales** para evitar **efectos secundarios** o **interacciones indeseadas** (Alexopoulos et al., 2009).

Además de la **intervención individual**, el psicólogo contribuye a la **mejora del entorno institucional** a través de **actividades grupales, formación del personal** en **comunicación empática** y estrategias para fomentar la **autonomía** del residente (Woods et al., 2005).

El **acompañamiento emocional** del personal también forma parte del rol del **psicólogo sanitario**, ya que los **cuidadores** pueden verse afectados por

el **estrés del entorno** y por las **dinámicas emocionales** de los residentes. En este sentido, la figura del psicólogo no solo actúa en beneficio del **paciente**, sino también como **agente de salud** dentro del **ecosistema residencial** (Meeks et al., 2022).

1.9. Prevención, promoción del bienestar y barreras institucionales

La prevención del trastorno depresivo mayor (TDM) en personas mayores institucionalizadas no puede limitarse a la intervención tras la aparición de síntomas. Es necesario desarrollar **estrategias sistemáticas** que promuevan el **bienestar emocional** desde una perspectiva integral y centrada en la persona. La evidencia actual sugiere que los **programas de envejecimiento activo**, las **actividades significativas** y los **espacios que fomenten la autonomía y el propósito vital** pueden reducir de forma significativa la incidencia de síntomas depresivos (WHO, 2015).

Entre las intervenciones preventivas con mayor respaldo empírico se encuentran la **psicoeducación grupal**, los **programas de estimulación multisensorial**, y las **actividades artísticas o expresivas**, que refuerzan la autoestima, la identidad y el sentido de pertenencia (Cattan et al., 2005). A esto se suma la importancia de **formar al personal** en **competencias socioemocionales** y **comunicación empática**, ya que su actitud influye directamente en el clima emocional del centro y en la percepción de apoyo de los residentes (Van Malderen et al., 2017).

Modelos como el **person-centered care** han mostrado beneficios claros al permitir que las rutinas diarias se ajusten a las **necesidades y preferencias**

individuales, promoviendo así una experiencia residencial más digna, activa y emocionalmente satisfactoria (Edvardsson, Winblad y Sandman, 2008).

Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, **persisten múltiples barreras estructurales** que limitan la aplicación real de estos principios. Una de las más relevantes es la **escasa disponibilidad de psicólogos sanitarios** en muchas residencias, lo que dificulta el seguimiento individualizado, especialmente en casos de depresión severa. A menudo, la figura del psicólogo se limita a funciones puntuales o grupales, sin margen suficiente para construir intervenciones terapéuticas sostenidas.

A esto se suma una cultura institucional que sigue priorizando lo **biomédico** por encima de lo emocional. El sufrimiento psíquico de los residentes tiende a normalizarse como algo propio de la edad, o bien se invisibiliza detrás de síntomas somáticos o conductas desadaptativas (Meeks et al., 2022). Esta visión, compartida por algunos profesionales, **reduce las derivaciones a psicología** y refuerza la idea de que la tristeza, la apatía o el retraimiento son rasgos del carácter o efectos inevitables del envejecimiento.

Otra dificultad es la **resistencia inicial** de los propios residentes. Algunas personas mayores, como uno de los pacientes que encontraremos en los casos (paciente L.), expresan que “no necesitan hablar con un psicólogo”, o muestran su malestar a través de quejas físicas, evitando abordar emociones por **estigma, falta de costumbre o desconfianza**. Este rechazo no debe interpretarse como desinterés, sino como una defensa, que requiere **una entrada progresiva y relacional**, más que intervenciones técnicas aplicadas de forma directa.

Finalmente, el **entorno institucional** en sí puede actuar como un obstáculo terapéutico. Horarios rígidos, actividades grupales uniformes, normas poco flexibles (como impedir abrir ventanas), o la falta de espacios íntimos, dificultan la construcción de experiencias personalizadas. Estos factores pueden **reforzar la sensación de indefensión** y cronificar la vivencia depresiva, incluso cuando se aplican estrategias clínicas adecuadas.

4. Bibliografía

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

Cahn-Weiner, D. A., Malloy, P. F., & Brown, T. H. (2000). Neuropsychological profiles of older adults with and without major depression. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), P357–P362. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.p357>

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>

Dening, T., & Thomas, A. (Eds.). (2013). *Oxford textbook of old age psychiatry* (2nd ed.). Oxford University Press.

Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2017). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research*, 10, 2145–2159.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S129155>

Fernández-Niño, J. A., Manrique-Espinoza, B. S., Bojorquez-Chapela, I., & Salinas-Rodríguez, A. (2020). Gender and regional differences in depressive symptoms among older adults in Mexico. *Aging & Mental Health*, 24(2), 235–242.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515884>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Forsman, A. K., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(Suppl 1), i85–i107.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Rodríguez, A. M., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Mental health in elderly Spanish people in times of COVID-19 outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1040–1045.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.027>

Gitlin, L. N., Winter, L., & Dennis, M. P. (2010). Assistive devices and training to promote bathing independence in older adults: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1760–1767.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.004>

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2017). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E59–E66. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160940>

Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2020). Management of depression in older adults: A review. *JAMA*, 324(22), 2265–2276. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.18625>

Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6(3), 275–281. <https://doi.org/10.1080/13607860220142468>

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)

Lyketsos, C. G. (2002). Depression and dementia: Overview and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 203–209. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/clyketsos>

Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>

Martínez Leal, R. (2023-2024). Tratamiento de los trastornos depresivos en adultos [Presentación de diapositivas, material no publicado]. Asignatura: Trastornos emocionales en el ciclo vital, Universidad Rovira i Virgili.

Meeks, S., Van Haitsma, K., & Schoenbachler, B. (2022). Personalized, meaningful activity reduces depression symptoms in long-term care residents: A narrative review. *The Gerontologist*, 62(1), 12–22. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab104>

Moreno-Agostino, D., Wu, Y.-T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M., & Prina, A. M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.050>

Nelson, J. C., Delucchi, K., & Schneider, L. S. (2008). Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: A meta-analysis of the evidence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 558–567. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817e73e5>

NICE. (2025, abril 27). Recommendations | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#treatment-for-a-new-episode-of-more-severe-depression>

Onder, G., Landi, F., & Fusco, D. (2023). Polypharmacy and depression in older adults: A review of the evidence. *Drugs & Aging*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01015-w>

Restrepo, D. (2013). Depresión en la vejez: Una revisión desde la psicogerontología. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 139–157. <https://doi.org/10.15446/rcp.v22n1.38823>

Whear, R., Coon, J. T., Bethel, A., Abbott, R., Stein, K., & Garside, R. (2014). What is the impact of using outdoor spaces on the physical and mental well-being of people with dementia? A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), 697–705. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.013>

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD001120. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/en>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ANEXO 1: Criterios diagnósticos DSM-5

Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor (DSM-5)

Para establecer un diagnóstico de **episodio depresivo mayor**, deben cumplirse los siguientes criterios:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto a la actividad

previa; **al menos uno de los síntomas debe ser el (1) estado de ánimo deprimido o el (2) pérdida de interés o placer.**

1. **Estado de ánimo deprimido** la mayor parte del día, casi todos los días, según la información subjetiva del paciente (por ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación de otros (por ej., se le ve lloroso).
2. **Disminución marcada del interés o placer** en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. **Pérdida importante de peso** sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. **Insomnio o hipersomnia** casi todos los días.
5. **Agitación o enlentecimiento psicomotor** casi todos los días (observable por otros, no solo subjetivo).
6. **Fatiga o pérdida de energía** casi todos los días.
7. **Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada**, casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse**, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. **Pensamientos recurrentes de muerte**, ideación suicida recurrente sin un plan específico, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan **malestar clínicamente significativo** o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

ANEXO 2: Diagnóstico por caso				
	Criterio DSM-5 para TDM	Caso L.	Caso M.	Caso I.
CRITERIO A	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día	Verbaliza desesperanza, inutilidad (" <i>no sirvo para nada</i> "), llanto frecuente, deseo de no despertar	Verbaliza frases como " <i>si no me despierto un día no pasaría nada</i> " muestra abatimiento casi constante	Frases como " <i>todo es más gris</i> ", " <i>hay un hueco que no lleno</i> ", tono emocional bajo
	2. Disminución marcada del interés o placer por casi todas las actividades	No participa en actividades del centro, desinterés por su entorno.	Aislamiento voluntario, rechaza actividades grupales, aunque a veces participa.	Sigue yendo al bingo o a las actividades pero con desgana, verbaliza que " <i>ya no tiene gracia</i> "
	3. Pérdida o aumento significativo de peso o apetito (sin hacer dieta)	Poco apetito, refiere no tener ganas de comer	Perdida de peso.	No
	4. Insomnio o hipersomnia	Dificultades para dormir según verbalización en entrevistas.	En ocasiones.	En ocasiones.

	5. Agitación o enlentecimiento psicomotor observable	Se muestra muy ralentizada en el habla y movimientos, postura corporal retraída.	Discurso pausado, poca respuesta, mirada baja	Movimiento más autónomo, sin alteraciones visibles
	6. Fatiga o pérdida de energía	Relata sensación constante de agotamiento emocional y físico.	Verbaliza que <i>"ya no tiene fuerzas para nada"</i> .	Cansancio emocional al hablar de su esposa, pero sigue realizando actividades como conducir.
	7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada	<i>"No sirvo para nada"</i> , <i>"soy una carga"</i> , discurso autoculpabilizador	<i>"No valgo ya para esto"</i> , <i>"estorbo"</i> , discurso centrado en pérdida de valor	<i>"No quiero molestar"</i> , verbaliza sensación de carga para sus hijos
	8. Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones	Dificultad para seguir conversaciones.	No se observa deterioro cognitivo grave, pero sí falta de iniciativa	Cognición conservada, mantiene capacidad para tomar decisiones

	9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo temor a morir), ideación suicida	Verbaliza que no quiere seguir.	Ha expresado que <i>"preferiría dormirse y no despertar"</i>	No verbaliza deseos de morir, aunque habla de su tristeza por la pérdida
CRITERIO B	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Sí	Sí	Sí
CRITERIO C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica	No	No	No
Diagnóstico		TDM Severo	TDM Moderado	TDM Leve

ANEXO 3: Análisis funcional				32
Caso	Antecedente	Conducta problema	Consecuencias	
Caso 1	Vulnerabilidad: historia de baja autonomía, esquema de desconfianza. Remotos: infancia humilde, control familiar estricto, entrega a roles familiares. Próximos internos: deterioro físico (mastectomía, marcapasos, dolor crónico). Próximos externos: institucionalización no deseada, promesas familiares incumplidas.	Cognitivas: pensamientos de inutilidad, desesperanza, autorreproche. Fisiológicas: insomnio, fatiga crónica, dolor físico. Motoras: inactividad casi total, aislamiento. Emocional-motivacional: anhedonia, ideación pasiva de muerte, falta de motivación.	Corto plazo: alivio temporal por evitar interacciones y frustraciones. Medio-largo plazo: cronificación del cuadro depresivo, aumento del retraimiento, menor calidad de vida.	
Caso 2	Vulnerabilidad: historia de pérdidas tempranas, adaptación por obligación. Remotos: crianza por mujeres mayores, abandono académico por necesidad económica. Próximos internos: pérdida de visión y audición, hipotiroidismo. Próximos externos: escasas visitas familiares, entorno poco adaptado sensorialmente.	Cognitivas: pensamientos de no servir, resignación, visión de sí misma como carga. Fisiológicas: debilidad, alteraciones sensoriales. Motoras: reducción de participación, tendencia al retraimiento. Emocional-motivacional: tristeza, baja autoestima, desesperanza parcial.	Corto plazo: evita frustración de no poder comunicarse bien o participar. Medio-largo plazo: aislamiento emocional mayor, debilitamiento de la identidad, empeoramiento del estado anímico.	

Caso 3	Vulnerabilidad: fuerte dependencia emocional de su esposa, identidad ligada a la pareja. Remotos: historia laboral sólida, vida estructurada, buena red familiar. Próximos internos: duelo reciente, tristeza no elaborada. Próximos externos: actividades que ahora le recuerdan a la pérdida (bingo, residencia).	Cognitivas: pensamientos de vacío, comparaciones con el pasado. Fisiológicas: leve fatiga, tono emocional bajo. Motoras: mantiene actividades, pero con menor entusiasmo. Emocional-motivacional: nostalgia, tristeza, resignación.	Corto plazo: conservación del vínculo con el recuerdo. Medio-largo plazo: riesgo de cronificación si no se acompaña emocionalmente, posible aislamiento progresivo si no se refuerzan vínculos.
----------------------	---	---	---