

Prevalencia de indicativo de depresión en ancianos de una unidad de atención al anciano

Prevalência de indicativos de depressão em idosos de uma unidade de atenção ao idoso

Prevalence of depression indexes among the elders of a unit for the care of senior citizens

Recibido: 05/11/2016

Aprobado: 23/04/2017

Publicado: 03/08/2017

Pollyana Pagliaro Borges Soares¹

Nayara Araújo dos Reis²

Bianca Gomes Peixoto³

Amanda Ribeiro Gonçalves⁴

Elisângela de Assis Amaro⁵

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves⁶

Este es un estudio transversal, observacional y de abordaje cuantitativo, realizado en Uberaba (MG), Brasil, con el objetivo de trazar el perfil sociodemográfico y estimar la prevalencia de indicativos de depresión en ancianos. Fueron incluidas en la investigación personas con 60 años o más, de ambos sexos, que frecuentan periódicamente la UAI. De los 317 participantes, la mayoría fue representada por el sexo femenino, con 60-70 años, viudos, jubilados, con baja escolaridad e ingresos bajos. La prevalencia de indicativos de depresión fue de 30,9%. Estos datos muestran la necesidad de realizarse acciones de diagnóstico y tratamiento para la depresión, así como de disponibilidad de soportes para los aspectos psicosociales y emocionales de los ancianos.

Descriptor: Depresión; Anciano; Centros de ocio y convivencia.

Este é um estudo transversal, observacional e de abordagem quantitativa, realizado em Uberaba (MG), com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e estimar a prevalência de indicativos de depressão em idosos. Foram incluídas na pesquisa pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que frequentam periodicamente a UAI. Dos 317 participantes, a maioria foi representada pelo sexo feminino, com 60-70 anos, viúvos, aposentados, com baixa escolaridade e baixa renda. A prevalência de indicativos de depressão foi de 30,9%. Estes dados mostram a necessidade de realizarem-se ações de diagnóstico e tratamento para a depressão, bem como de disponibilização de suportes para os aspectos psicossociais e emocionais dos idosos.

Descriptor: Depressão; Idoso; Centros de convivência e lazer.

This is a cross-sectional, observational and quantitative study, conducted in the city of Uberaba (MG), Brazil, with the objective of outlining the sociodemographic profile and estimating the prevalence of depression indexes among elders. 60-year-old or older people from both genders, who regularly attend the UAI, were included in the research. From the 317 participants, most were female, between 60 and 70 years of age, widows, retired, with low education and low income. The prevalence of depression indexes was 30.9%. These data show that it is necessary to conduct actions to diagnose and treat depression, and to make psychosocial and emotional support mechanisms available for the elders.

Descriptors: Depression; Aged; Centers of connivance and leisure.

1. Enfermera. Magister en Atención a la Salud. Docente de la Carrera de Especialización de Atención Básica en Salud de la Familia y de las carreras de Pos-Graduación del Instituto Passo 1. Enfermera del Hospital de Clínicas (HC) de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba/MG/Brasil. ORCID: 0000-0003-3504-6968 E-mail: polly-pb@hotmail.com

2. Enfermera. Magister en Atención a la Salud. Doctoranda en Enfermería por la Escola de Enfermagem de la Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto/SP/Brasil. ORCID: 0000-0002-2611-4132. E-mail: nayara_araujo_reis@hotmail.com

3. Graduanda en Medicina por la UFTM, Uberaba/MG/Brasil. ORCID: 0000-0003-0344-1699 E-mail: bi_peixoto@hotmail.com

4. Graduanda en Enfermería por la UFTM, Uberaba/MG/Brasil. ORCID: 0000-0002-2127-6642 E-mail: mandy.ribeiro93@hotmail.com

5. Fisioterapeuta. Especialista en Docencia de la Enseñanza Superior. Especialista en Formación Pedagógica para Profesionales de Salud. Maestranda del Programa de Pos-Graduación en Atención a la Salud de la UFTM, Uberaba/MG/Brasil. ORCID: 0000-0003-0401-2490 E-mail: li282004@yahoo.com.br

6. Enfermera. Especialista en Educación. Especialista en Alcohol y otras Drogas. Especialista en Terapia Comunitaria. Magister y Doctora en Enfermería Psiquiátrica. Profesora Adjunta III en el Departamento de Enfermería en Educación y Salud Comunitaria de la UFTM, Uberaba/MG/Brasil. ORCID: 0000-0002-6971-5296 E-mail: juremaluiz@hotmail.com.br

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas colaboran de forma intensa para la disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida de ancianos¹. Entre estas enfermedades se destaca la depresión que envuelve factores biológicos y psicosociales y, en ancianos, presenta características particulares, siendo su aparición frecuente².

Investigaciones actuales demuestran preocupación por la relación de los síntomas depresivos con un mayor riesgo de morbimortalidades con el avance de la edad. Además de esto, resaltan que personas con depresión pueden envejecer significativamente más rápido si fueren comparadas a aquellas que no presentan esta condición³.

La depresión presenta señales y síntomas que van más allá de un período de tristeza, de pesimismo, de baja autoestima o abatimiento por una pérdida o un cambio drástico en la vida, que aparecen constantemente y pueden combinarse².

La prevalencia de depresión entre ancianos brasileños varía de acuerdo con la población-objetivo y el lugar estudiado, con predominancia del sexo femenino y los ancianos institucionalizados⁴.

Entre las posibles causas de la depresión está la falta de actividades diarias y lugares adecuados que incentiven y estimulen a los ancianos. Así como el aumento de sentimientos de no utilidad, la convivencia con la soledad y la pérdida de sentido en la vida, la falta de autonomía y participación social puede contribuir a la incidencia de síntomas depresivos^{5,6}.

De este modo, existe la necesidad de colocar al anciano en campos de socialización, ocupación, participación y convivencia. En esta concepción, los centros de convivencia de ancianos (CCA) son una fuente de interacción, intercambio de experiencias, conocimientos, rescate de autonomía, mejoría de la autoestima y calidad de vida, sentido de humor e inclusión social⁷.

Sin embargo, estudios con ancianos que frecuentan centros de convivencia han demostrado elevada prevalencia de

sintomatología depresiva en esta población, como en los estados de São Paulo⁸, Bahia⁹ y Minas Gerais¹⁰.

En una investigación realizada en cuatro CCA en el estado de São Paulo se verificó que, a pesar del índice de síntomas depresivos no haber disminuido, los centros de convivencia y los programas de la tercera edad demostraron contribuir al status cognitivo y a la satisfacción de los participantes con sus vidas¹¹.

La identificación de los casos de depresión entre los ancianos es relevante en la práctica clínica, ya que puede contribuir al desarrollo de intervenciones adecuadas y prevenir posibles factores de riesgo asociados a la enfermedad¹². Así, tanto por su prevalencia como por las consecuencias, la depresión representa un importante problema de salud pública¹³.

Los centros de convivencia representan una modalidad que no ofrece asilo y de asistencia al anciano relativamente reciente en el país. La producción científica sobre centros de convivencia para ancianos aún es modesta, y su foco es describir el perfil de los participantes¹⁴. Por lo tanto, es necesario conocer más que el perfil de estos ancianos, con intención de promover, en estos ambientes, actividades de promoción a la salud, prevención de enfermedades, y agravaciones a la salud, como la depresión.

Considerando el progresivo crecimiento de la población anciana y la alta prevalencia de depresión en ancianos, esta investigación tiene como objetivo trazar un perfil sociodemográfico y estimar la prevalencia de indicadores de depresión en ancianos.

MÉTODO

Estudio transversal, observacional y de abordaje cuantitativo, desarrollado con ancianos de la Unidad de Atención al Anciano (UAA) del municipio de Uberaba, interior de Minas Gerais, Brasil.

La colecta de datos ocurrió entre enero y febrero de 2013. La administración de la UAA ofreció una lista de ancianos registrados, sin embargo muchos ancianos de la lista ya no estaban más frecuentando el

servicio e inclusive algunos habían fallecido. Así, los investigadores entraron en contacto por teléfono para realizar nuevamente el registro de los ancianos en la unidad, y hablaron personalmente con los ancianos presentes en actividades en la UAA. De esta forma, fue posible la construcción de una nueva lista actualizada con 735 individuos con 50 años o más de edad y frecuentes en la UAA. De ellos, 458 tenían 60 años o más.

Las entrevistas fueron agendadas previamente con el anciano, y ellos fueron abordados en el ámbito de la unidad, antes, durante o después de la realización de sus actividades, de acuerdo con la disponibilidad del anciano. Los datos fueron colectados en espacio reservado dentro de la UAA.

Fueron considerados criterios de inclusión: tener 60 años o más de edad; ambos sexos; frecuentar periódicamente la UAA; y concordar en formar parte del estudio. Los criterios de exclusión fueron: ancianos que no estuvieron en la UAA durante el período de colecta de datos. Entre los ancianos, 316 atendieron a los criterios y participaron en la investigación. Se constituyeron como pérdidas y exclusiones: defunciones (2); hospitalización durante el período de colecta de datos (5); rechazo o desinterés en participar en la investigación (25); viajes o no asistencia conforme agendamiento previo (22); no encontrado en la UAA después de 3 intentos (88), totalizando 142 pérdidas.

La mensuración de los datos sociodemográficos y económicos ocurrió por medio de un cuestionario estructurado construido por los investigadores, y el indicativo de depresión a partir de la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) abreviada¹⁵.

Las variables incluidas en este estudio fueron: sexo (masculino y femenino); grupo etario, en años (60-70; 70-80; >80); estado conyugal (casado/ vive con compañero; separado/ desquitado/ divorciado; viudo y soltero/nunca se casó); vivienda (casa propia pagada; casa propia en cuotas; alquiler en casa de familiar; paga alquiler; cedida); escolaridad, en años de estudio (sin escolaridad; 1 a 5; 6 a 10; 11 a 15; 16 a 20); actividad/ profesión (ama de casa;

doméstica; trabajo manuales intensos; trabajo rural; profesional liberal; empresario; no ejerce; otro); ingreso individual, en salarios mínimos (sin ingresos; <1; 1; 1+3; 3+5; >5); origen de los recursos financieros (jubilación; pensión; alquiler familiares; donaciones; trabajo continuo; trabajo eventual; ingreso mensual vitalicio; aplicación financiera; sin ingreso propio); e indicativo de depresión: sí o no.

Se seleccionaron 12 entrevistadores, con experiencia previa, entrenados para la inserción de las informaciones en los instrumentos de colecta de datos, orientados en cuanto a la forma de abordaje al anciano, cuestiones éticas relacionadas a la investigación y en cuanto a los criterios metodológicos.

Después de la colecta de datos y la corrección de las entrevistas por los supervisores de campo, fue construida una planilla electrónica, en el programa *Microsoft Office Excel*® 2010. Los datos fueron procesados en microcomputador, en doble entrada. Posteriormente fue realizado el análisis de consistencia entre las bases de datos y, cuando fue necesario, se procedió a la corrección, buscando la información en la entrevista original.

Los datos fueron importados para el software *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS), versión 20.0 y analizados por medio de estadística descriptiva, utilizándose frecuencias absolutas y relativas.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFTM, bajo el protocolo nº 2316/2012, y autorizado por la Secretaría Municipal de Salud de Uberaba. Para cada anciano fue entregado el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA) según resolución 466/12, y aclarado el objetivo del estudio, así como la garantía del anonimato y total libertad del voluntario en desistir de la investigación en cualquier momento.

RESULTADOS

Entre los 316 ancianos entrevistados, la mayoría fue representada por el sexo femenino (76,6%), con predominio de edad entre 60-70 años (47,8%), seguido de 70-80 años (38,6%),

viudos (36,7%), seguidos de casados (33,2%), casa propia pagada (79,1%), uno a cinco años de estudio (59,8%), y con 11 a 15 años de estudio (16,8%). Hubo un predominio de amas de casa (56,6%), seguido de 26,3% que no ejercen actividades/profesión, ingreso

individual de un salario mínimo (40,8%), teniendo, luego, ingresos de uno a tres salarios mínimos (37,4%). En cuanto al origen de los recursos, la mayoría provenía de la jubilación (77,5%), seguidos de pensión (14,6%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y económicas de los ancianos que frecuentan la UAI, Uberaba/MG, 2013.

VARIABLES		N	%
Sexo	Masculino	74	23,4
	Femenino	242	76,6
Grupo etario	60 †70	151	47,8
	70 †80	122	38,6
	80 y más	43	13,6
Estado Conyugal	Casado/vive con compañero	105	33,2
	Separado/desquitado/divorciado	57	18,1
	Viudo	116	36,7
	Soltero/ nunca se casó	38	12,0
Escolaridad (años)	Sin escolaridad	24	7,6
	1 a 5 años	189	59,8
	6 a 10 años	40	12,7
	11 a 15 años	53	16,8
	16 a 20 años	10	3,1
Ingreso individual	Sin ingreso	38	12,0
	<1	8	2,6
	1	129	40,8
	1 † 3	118	37,4
	3 † 5	20	6,3
	>5	3	0,9
Actividad/Profesión	Ama de casa	179	56,6
	Doméstica	7	2,2
	Trabajo manual intenso	4	1,3
	Profesional Liberal	19	6,0
	Empresario	2	0,6
	No ejerce	83	26,3
	Otro	22	7,0
Origen de los recursos financieros	Jubilación	245	77,5
	Pensión	46	14,6
	Trabajo Continuo	13	4,1
	Trabajo Eventual	6	1,9
	Sin ingreso propio	6	1,9

Con relación a la estimativa de prevalencia de indicativo de depresión, se verificó que 30,9% de los ancianos entrevistados que frecuentan la UAA lo presentaban, alcanzando más de cinco puntos en la puntuación utilizada. Entre aquellos con depresión 23,6% presentaron puntuación de 10 puntos o más.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran una mayor prevalencia del sexo femenino entre

los ancianos que frecuentan la UAI en Uberaba (MG). Estos datos coinciden con otros estudios realizados en centros de convivencia para ancianos en diversos estados, siendo superiores al resultado de Vitória da Conquista (BA), que presentó un porcentaje de 65,6%⁸, similares al de 70,0% en Ermelindo Matarazzo (SP)¹⁰, e inferiores al de 88,6% en Coronel Fabriciano (MG)¹².

Investigación ejecutada con ancianos en contextos similares en Brasil y en España

evidenció mayor participación de españoles del sexo masculino (50,4%) y predominio de brasileiros del sexo femenino (78,2%). De este modo, se observa que el perfil del anciano participante de centros de convivencia en Brasil es en su mayoría compuesto por mujeres, y que los hombres, cuando están presentes, en gran parte acompañan a sus esposas⁷.

La mayor presencia de ancianas en el referido escenario puede ser atribuida a la cuestión cultural y de género, debido a que las mujeres tienden a buscar medios para mejorar la calidad de vida, preocupándose más por su salud y bienestar físico, psíquico y social⁴.

Concerniente al predominio del grupo etario de 60 a 70 años, en encuestas con la misma población-objetivo, se identificaron resultados convergentes y superiores a este estudio, representado por 51,0% en ancianos en el municipio de Teresina (PI)⁴, por 58,7% en ancianos que frecuentaban el Projeto Sol y la CCI de Coronel Fabriciano (MG)⁹, y por 70,8% de los participantes del Programa Viviendo la Tercera Edad de Vitória da Conquista (BA)⁹.

El mayor porcentaje de ancianos jóvenes en el presente estudio puede ser justificado por la mayor autonomía en esta edad y mayor disponibilidad de tiempo libre después de la jubilación¹⁰. Se resalta además que muchos ancianos en este grupo etario aún se mantienen saludables y con capacidad funcional, que permite el ir y venir con independencia y la participación en actividades en los centros de convivencia, con el objetivo de promover su salud y prevenir enfermedades.

El estado conyugal predominante fue de viudos, seguido de casados, resultado semejante encontrado en São Paulo (SP), representado por 40,3% de viudos y 37,3% de casados⁸. No obstante, una investigación en Teresina (PI), en el año de 2015, relata divergir de este estudio y de una encuesta realizada en el mismo municipio en el año de 2012¹⁶, donde los ancianos casados eran más frecuentes, con 36,2% en relación a los viudos con 30,7%⁴.

Sin embargo, otras investigaciones recientes demostraron predominio de ancianos casados^{1,4,7,13,17}, datos posiblemente justificados por el aumento de la expectativa de vida y mejoría de las condiciones de salud.

Tal divergencia presentada puede ser debido a la diferencia de muestreo, pues la tendencia presentada en investigaciones en centros de convivencia, comunidad e instituciones de larga permanencia es el predominio de ancianos viudos^{8,11,12}.

En este estudio, se identificó que la mayoría de los ancianos poseía baja escolaridad, convergiendo con estudios hechos en otros centros de convivencia^{8,10,11,16}.

La población anciana de hoy vivió un período escolar marcado por las dificultades financieras de la época, en la cual muchos dejaban de estudiar para trabajar y ayudar en el sustento de la casa. Además de eso, el alcance de la enseñanza pública era aún más precario, lo que confirma la situación de bajo nivel de escolaridad del anciano brasileiro⁴.

El bajo nivel de escolaridad entre ancianos está en conformidad con estudios de base poblacional, siendo el mismo válido en los grupos de convivencia, pues no requieren escolaridad mínima para participación. No obstante, se tornan esenciales las actividades para la adecuación de la escolaridad de los ancianos, así como la inserción de programas que posibiliten nuevas formas de acceso a la educación formal e informal, con metodología pertinente a las necesidades de este público¹⁶.

La mayor prevalencia de ingreso individual mensual fue de un salario mínimo, proveniente, principalmente, de la jubilación, resultado similar a otros estudios realizados en el mismo contexto^{4,8,16}. No obstante, la jubilación muchas veces no alcanza para cubrir las necesidades básicas de los ancianos para compra de remedios, alimentos, utensilios, vestuario y entretenimiento⁵. De este modo, para la gran mayoría de la población, la jubilación puede significar pérdida de ingresos e imposición de un nuevo padrón de vida⁸.

Este período de transición de la vida activa de trabajo para la jubilación puede generar ociosidad, desvalorización y tristeza¹⁸. Así, los centros de convivencia, como red de apoyo, pueden limitar tales sentimientos y favorecer la socialización, y consecuentemente, fornecer alegrías, placer y satisfacción a los ancianos⁴.

El mayor porcentaje de los participantes se refirió como del hogar (ama de casa), dato convergente con otras investigaciones⁸. Este evento puede ser atribuido a mayor presencia de mujeres⁴.

Con relación a la prevalencia de indicativo de depresión, se verificó que 30,9% de los ancianos frecuentes en la UAI en Uberaba (MG) presentaban sintomatología depresiva. Estudios nacionales recientes han dirigido el seguimiento para depresión en el contexto de los centros de convivencia para ancianos. Como en el municipio de Vitória da Conquista (BA), donde una encuesta realizada en el año de 2014 detectó, en una muestra de 137 ancianos, que 52,6%⁸ presentaban indicativo de depresión.

La idea de que los síntomas depresivos no son relevantes en ancianos que frecuentan centros de convivencia se invalida delante de altos porcentajes referentes a la sintomatología depresiva encontrados en los referidos contextos. Otra investigación realizada en el municipio de São Paulo (SP), entre 166 ancianos, encontró el porcentaje menor, no obstante expresivo, de 19,9% de ancianos que indicaron síntomas de depresión⁸.

En el panorama internacional, en 31 municipios do Japón, una investigación con 78002 ancianos de 65 años y más constató que 23% informaron síntomas depresivos¹⁹; en Estados Unidos, una encuesta mostró 19,7%²⁰.

Al considerar otros escenarios como los centros-día, la comunidad y hogares geriátricos, el porcentaje de indicativo de depresión aumenta significativamente a 52,7% como identificado entre los ancianos de Coimbra, Portugal²¹.

El predominio del indicativo de depresión es muy variable en la literatura nacional e internacional. Inclusive al utilizar

escalas y escenarios similares, porcentajes discrepantes son identificados. Tal hecho puede ser justificado por las diferencias en el perfil de los que frecuentan estos ambientes y por las actividades ofrecidas en cada municipio y país, destacando las diferencias de índices de desarrollo humano.

Se resalta que cuanto más rápido fueren identificados los síntomas depresivos, más se favorece el diagnóstico y el tratamiento por profesionales. Estos, a su vez, deben ser capacitados con la finalidad de identificar de manera precoz y eficaz tal trastorno²².

CONCLUSIÓN

Por los resultados de este estudio, ancianos que frecuentan la UAI pueden presentar problemas emocionales relevantes y carecen de asistencia de calidad que contemple estas necesidades, ofreciendo no solo apoyo a las necesidades físicas de la salud, sino también enfatizando los aspectos psicosociales y emocionales.

Esto puede ser explicado por el hecho de que muchos ancianos frecuentan la UAA por recomendación médica/psicológica, como estrategia para tratamiento de las señales y síntomas depresivos, desmitificando conceptos de que UAA reúne solo ancianos saludables. Así, diversos ancianos frecuentan la unidad en búsqueda de relaciones interpersonales, distracción y ocupación, como estrategias de enfrentamiento de los síntomas depresivos. Tal hallazgo se configura como una limitación del estudio, dado que parte importante de los que frecuentan la UAI ya posee diagnóstico clínico de depresión.

De esta forma, se revela la necesidad de inversiones en estrategias y actividades que contemplen las necesidades de salud mental presentadas por los ancianos, como grupos terapéuticos, actividades psicoterapéuticas, acompañamiento psicológico con criterio e ininterrumpido, garantía de continuidad de la asistencia a la salud mental, así como capacitación de los profesionales del área de la salud para detectar los síntomas de depresión y realizar

las intervenciones y/o derivaciones necesarias.

Se destaca además la importancia de incentivar a los ancianos a adherir a las prácticas de salud ofrecidas por la unidad, además de promover participación activa en actividades culturales, deportivas y de ocio, estimulando la relación interpersonal y, de esa forma, actuando en el sentido de prevenir y/o minimizar la sintomatología depresiva.

REFERENCIAS

- Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):1-12.
- Silva GEM, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Santos ZC. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro – PE. *REME Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):82-7.
- Verhoeven JE, Révész D, Epel ES, Lin J, Wolkowitz OM, Penninx BW. Major depressive disorder and accelerated cellular aging: results from a large psychiatric cohort study. *Mol Psychiatry*. 2014; 19(8):895-901.
- Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):285-93.
- Wichamnn FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(4):821-32.
- Santos GS, Cianciarulo TI. Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. *REFACS [Internet]*. 2016 [citado en 12 mar 2017]; 4(3):218-26. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1774>. DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.
- Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst*. 2011; 29(3):186-90.
- Yassuda MS, Silva HS. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estud psicol*. 2010; 27(2):207-14.
- Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(2):268-73.
- Cunha RV, Bastos GAN, Del Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(2):346-54.
- Lima TAS, Menezes TMO. Production of the knowledge on elderly people and social centers. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2012 [citado en 12 mar 2016]; 6(10): 2505-13. Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2847/pdf_1542.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2):421-6.
- Matias AG, Fonsêca MA, Gomes ML, Matos MA. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Einstein (São Paulo)*. 2016; 14(1):6-11.
- Hott AM, Pires VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Rev Enferm Integr*. 2011; 4(1):765-78.
- Freire GV, Silva IP, Moura WB, Rocha FCV, Madeira MZA, Amorim FCM. Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. *Rev Interdisciplin*. 2015; 8(2):11-9.
- Batista NNLA, Vieira DJN, Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enferm Foco*. 2012; 3(1):7-11.
- Rodrigues LR, Tavares DMS, Silveira FCO, Dias FA, Nayara Martins NPF. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2015; 4(2):33-44.
- Rocha FCV, Paz LI, Nery NKB, Almeida GMB, Rocha LPV, Carvalho ML. Perfil de idosos internados no hospital de urgência de Teresina – PI. *Rev Enferm UFPI*. 2014; 3(3):32-8.

19. Yamakita M, Kanamori S, N Kondo N, Kondo K. Correlates of regular participation in sports groups among Japanese older adults: JAGES Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2015; 10(10): :e0141638.
20. Brown JP, Liu X, Sneed JR, Pimontel MA, Devanand DP, Roose SP. Speed of processing and depression affect function in older adults with mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(7):675-84.
21. Leal MCC, Apóstolo JLA, Mendes AMOC, Marques APO. Depression among the elderly in the community, in day care centers, and in geriatric homes. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2015 [citado en 12 mar 2016]; 9(4): 7383-90. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermag>
- em/index.php/revista/article/view/6616/pdf_7549.
22. Koch RF, Leite MT, Hildebrandt LM, Linck CL, Terra MG, Gonçalves LTH. Perception of depression in elderly in groups of familiarity. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2013 [citado en 12 mar 2016]; 7(9):5574-82. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermag> em/index.php/revista/article/view/2897/pdf_3414

CONTRIBUCIONES

Todos las autoras realizaron iguales contribuciones en el esbozo del estudio, análisis de datos y escritura del artículo.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Soares PPB, Reis NA, Peixoto BG, Gonçalves AR, Amaro EA, Gonçalves JRL. Prevalencia de indicativo de depresión en ancianos de una unidad de atención al anciano. *REFACS [Internet]*. 2017 [citado en: *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(Supl 2):289-296. Disponible en: link de acceso. DOI.

Cómo citar este artículo (ABNT)

SOARES P. P. B., et al. Prevalencia de indicativo de depresión en ancianos de una unidad de atención al anciano. *REFACS*, Uberaba, v. 5, p. 289-296, 2017. Supl. 2. Disponible en: <link de acceso>. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (APA)

Soares, P.P.B., Reis, N.A., Peixoto, B.G., Gonçalves, A.R., Amaro, E.A. & Gonçalves, J.R.L. (2017). Prevalencia de indicativo de depresión en ancianos de una unidad de atención al anciano. *REFACS*, 5(Supl 2), 289-296. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de Agregar link de acceso*. DOI.