

EL ESTADO DE ÁNIMO EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO DE CASTILLA Y LEÓN (Proyecto financiado por la Junta de Castilla y León)

Autores: Llorca, G., Villar Fernández, C., Bueno, G., Diez, M. A.

Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Introducción:

El interés por el estudio de la vejez, dentro de la comunidad psicológica, es fruto de una clara evidencia social: la población en el mundo occidental a partir del siglo XX ha mejorado su esperanza de vida. Este envejecimiento de la población genera, paralelamente un problema tanto psicosocial como sanitario, que a su vez provoca la necesidad de conocer los mecanismos que permitan asegurar no sólo una mayor longevidad, sino una longevidad acompañada de una cierta calidad de vida. Así, el interés sobre la salud-enfermedad, los problemas sociales, y muy especialmente, el estado de ánimo en este colectivo, ha llevado a un incremento notable en el número de investigaciones y publicaciones (1).

Los trastornos depresivos son frecuentes en la población mayor de 65 años y según Franco y Monforte (2) afectan aproximadamente al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias geriátricas dependiendo de las características del centro, entre el 10 y el 20% de los que son hospitalizados y en torno al 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello; dando lugar todos al 50% de las hospitalizaciones de personas de la tercera edad en unidades de Psiquiatría en los hospitales generales. En esta línea, otros autores defienden que la depresión podría ser el mayor problema psicopatológico que afecta a los ancianos y recogen que su prevalencia oscila entre el 0.6 y el 29.7% (3). Estas diferencias en los porcentajes están muy relacionadas con los criterios diagnósticos utilizados en la definición de depresión. Mientras que algunos hablan de

síntomas depresivos, otros se rigen por criterios diagnósticos más estrictos, incluyendo en estas cifras a los pacientes que cumplen criterios para el diagnóstico de algún síndrome concreto como el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico. Así, se estipula que sólo reciben tratamiento psiquiátrico el 10% de las personas mayores que lo necesitarían (4), lo que nos lleva a pensar que la sintomatología depresiva se encuentra infradiagnosticada e infratratada en este grupo de población, lo que probablemente se deba a las dificultades para diagnosticar con claridad estos trastornos en los ancianos.

Según Alcalá y cols. (5), en este problema intervienen una serie de factores, entre los que destacan la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos (6, 7). Al mismo tiempo suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (8). No hay que olvidar tampoco que los datos sobre el curso, evolución y tratamiento que suelen manejarse para el adulto son inadecuados para la depresión del anciano (9).

El propio sentimiento de tristeza suele ser de menor intensidad que en la depresión adulta, contaminándose su estado afectivo con un montante mayor de ansiedad (10). Finalmente, hay que agregar a estos datos la subestimación del diagnóstico de depresión, poniéndose de relieve la alta frecuencia de los llamados síndromes depresivos subclínicos o depresión subsindrómica, que si en la etapa adulta constituye un motivo de minusvaloración de esta patología, mucho más lo es en la senectud (11).

Por todo ello se planteó como objetivo de la investigación, estudiar el estado de ánimo en ancianos institucionalizados centrado en la región castellano-leonesa.

Método

Participantes

Este proyecto de investigación estaba dirigido a población de Castilla y León, mayor de 65 años. Para la elección de la muestra se realizó un *muestreo al azar intencionado*, con los siguientes criterios de inclusión:

- Personas mayores de 65 años.
- No diagnosticados de psicopatología previa.
- Disponibilidad y voluntariedad para participar en el proyecto.
- Con integridad cognitiva para comprender las pruebas

La muestra del grupo de estudio quedó constituida por los voluntarios procedentes tanto de centros de día, como de residencias o centros geriátricos (GE), como grupos de control se seleccionaron ancianos que vivían bien en familia (GF), bien de forma independiente (GI).

Medidas

Las pruebas se administraron de forma individualizada y heteroaplicada dado el nivel educacional de alguno de los participantes. Así, la batería de instrumentos quedó compuesta por:

- Una entrevista semiestructurada, con recogida de los datos biopsicosociales
- El Mini-Examen Mental Cognoscitivo (MMSE), de Folstein y cols., 1975. Versión española de Lobo y Ezquerra, 1979) (12), para eliminar aquellos sujetos que no cumplieran el criterio de integridad cognitiva
- La Escala de Depresión Geriátrica. Versión de 15 ítems. (GDS-15, Yesavage, 1983) (13). La elección de esta escala, en detrimento de otras que evalúan también los síntomas depresivos, como la escala para la depresión de Hamilton y la de Beck, se

debió a que estas últimas contienen junto a síntomas psicopatológicos, síntomas somáticos en una alta proporción, lo que constituye una dificultad para su aplicación en esta franja de edad, además debido a su baja especificidad, los hallazgos con estos instrumentos reflejan con frecuencia falsos positivos (14).

Muestra

La muestra ascendió a 110 participantes, todos ellos mayores de 65 años, con residencia en Ávila, Valladolid, León, Zamora, y Salamanca, y una media de edad de 75.69 años y Dt = 6.95. Con respecto al estado civil, los porcentajes son similares entre casados y viudos (41,8 y 42,7% respectivamente), existiendo únicamente un 12,7% de solteros y un 2,7% de separados. En relación al género, la muestra es bastante homogénea ya que el 42,7% eran hombres, siendo el resto mujeres; la mayoría tenía estudios primarios (57,3%), el 28,2% eran analfabetos y tan sólo un 14,5% poseían estudios superiores.

Resultados

Las puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15, Yesavage, 1983) (14), muestran una media de 4,27 y Dt de 4,10, siendo su distribución asimétrica positiva (1,04), predominando las puntuaciones bajas; la curtosis está cercana al cero (0,09), es decir, la curva es mesocúrtica. Al categorizar los valores obtenidos en función de los puntos de corte que ofrece la Escala (0-5,9 para no depresión; 6-9,9 probable depresión y 10-15 depresión establecida), se obtienen los porcentajes que figuran en la tabla 1. La cifra correspondiente a la depresión establecida (14,5%), está dentro de los valores de prevalencia aportados por Vilalta, López, y Llinàs (3), que oscilan entre el 0.6% y el 29.7%, realizando el estudio en población catalana.

Tabla 1: Niveles de estado de ánimo (GDS-15)

Categoría	Porcentaje
No depresión	69,2
Probable depresión	16,3
Depresión establecida	14,5

Al realizar un análisis de varianza de un factor de efectos fijos, introduciendo como variable independiente los grupos de estudio y como variable de medida las puntuaciones obtenidas en el GDS-15, los resultados ofrecen diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2, 104)} = 4,49$; $p_a = .01$). Es decir, existe efecto del factor sobre el estado de ánimo (tabla 2), ofreciendo valores más bajos en el mismo los ancianos que están institucionalizados (GE):

Tabla 2: Grupos de estudio x E. de ánimo

Grupos	Media	D. Tipica	n
G. E	5,18	3,87	38
G. F	5,03	4,75	30
G. I	2,66	3,30	36

Al realizar los análisis a posteriori o posthoc, con la F de Scheffé (tabla 3), las diferencias se encuentran entre los ancianos que están institucionalizados y los que viven de forma independiente, no existiendo diferencias entre éstos últimos y los que residen con sus familiares.

Tabla 3: Análisis posthoc de los grupos de estudio

Grupos de estudio	Dif. Medias	p
G. E G.F	0,15	,98
G. E G.I	2,52	,02*
G.F G.I	2,36	,06

Este resultado confirma que los sentimientos de abandono en las residencias, el aislamiento de la red sociofamiliar, los cambios en el estilo de vida con incremento del grado de estrés, la adaptación a normas que condicionan la intimidad y los sentimientos de minusvalía y, en definitiva, la carga valorativa de carácter negativo que implica la institucionalización puede ofrecer una vulnerabilidad al anciano a padecer sintomatología depresiva (15, 16, 17).

Ahora bien, al realizar un ANOVA de dos factores de efectos fijos (grupos de estudio y nivel educacional) y como variable dependiente, de nuevo, los valores obtenidos en el GDS-15, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas para la interacción entre ambos factores ($F_{(4, 104)} = 6,61$; $p_a = .0001$) (Figura 1):

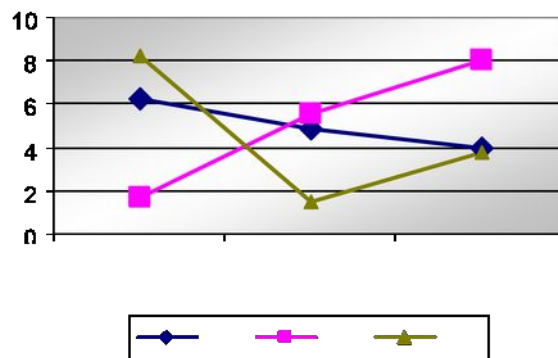


Fig. 1.: Grupos de estudio x N. Educacional y E. de ánimo

Se confirma que son los ancianos institucionalizados o que viven independientes con menor nivel cultural, los que mayor sintomatología depresiva presentan, junto con los que viven en familia y tienen estudios superiores. Este resultado pone de manifiesto, que el nivel educacional es una de las variables a tener en cuenta cuando se evalúe el estado de ánimo en esta etapa de la vida. Además, resalta la importancia de diferenciar la vulnerabilidad que aporta la dificultad en la lecto-escritura a la hora de vivir en una residencia o de forma independiente, frente a la protección que les ofrece la familia. Sin

embargo, esta protección es contraproducente cuando los ancianos disponen de un nivel cultural alto.

Conclusiones

La vejez es una etapa de la vida donde coinciden una serie de factores de riesgo que hacen a la persona más vulnerable a sufrir una depresión (jubilación, duelos, enfermedades crónicas, discapacidades físicas...). Precisamente, por esta razón conviene mantenerse alerta ante ciertos síntomas y signos. El problema es que ni los mismos afectados, ni la familia y, a veces, ni siquiera el profesional, advierten el episodio depresivo, ya que erróneamente lo atribuyen al proceso normal de envejecimiento o bien la sintomatología queda enmascarada o solapada por la enfermedad física. El binomio enfermedad-vejez es una idea arraigada en la población y un estigma para esta etapa evolutiva. De hecho, muchos de los trastornos afectivos que se manifiestan por primera vez en edades avanzadas son considerados secundarios a enfermedades somáticas, es lo que se ha denominado "*fenocopias*" de la depresión.

Desde nuestros resultados podemos afirmar que sería interesante plantear paradigmas asistenciales con énfasis tanto en la prevención como en la rehabilitación; dado que hay que tener en cuenta la presencia de factores psicosociales, sin descuidar la influencia del entorno y los aspectos psico-afectivos familiares, desde una perspectiva holística, pues confluyen activamente en la integridad psicológica del anciano.

En el estudio se evidencia que el aumento de la esperanza de vida unido al mayor nivel cultural de nuestra población, aconsejan que un pilar de la prevención de la depresión en el anciano se base en mantener su independencia. Es decir, prevenir para no caer en un estado depresivo no es fácil, pero tampoco imposible y para la mayoría de los especialistas la "regla de oro" es, adaptarse a los cambios.

Referencias Bibliográficas:

- 1.- Sáiz, D., Baqués, J. y Sáiz, M.: Una panorámica sobre la investigación en Psicología de la vejez a través del análisis de sus publicaciones (1991-1995). *An. Psicol* 1998, 14, 1, 3-11.
- 2.- Franco Martín, M. A., Monforte Porto, J. A. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?. En: Calcedo Barba A. (Ed). *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fund Arch. Neurobiol 1996: 19-44.
- 3.- Vilalta, J.; López, S. y Llinàs, J. Prevalencia de demencias en un área rural. Un estudio en Girona. *Rev Neurol* 2000; 30: 1026-1032
- 4.- Bernabé, E.. Depresión en la tercera edad. En: A. Chinchilla Moreno. *Tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Masson. 1997
- 5.- Alcalá, V., Camacho, V., Giner, J. Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema* 2007, 19, 1, 49-56.
- 6.- Kales, H.C., y Valenstein, M. Complexity in late-life depression: Impact of confounding factors on diagnosis, treatment and outcomes. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 2002, 15(3), 147-55.
- 7.- Sable, J.A., Dunn, L.B., y Zisook, S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002, 57(2), 18-9.
- 8.- Blazer, D.G. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol Biol Med Sci* 2003, 58(3), 249-65.
- 9.- Kennedy, G.J. The geriatric syndrome of late-life depression. *Psychiatric Services* 1995, 46(1), 43-8.
- 10.- Gottfries, C.G. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1998, 13(5), 13-18.
- 11.- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H.G., Senf, W., y Heuft, G. The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychother Psychosom* 2000, 69(5), 251-60.
- 12.- Lobo, A., Marcos, G., Dia, J. L., De La Cámara, C., Ventura T, Morales A., et al. Validación y estandarización del mini-examen cognoscitivo (primera edición española del Mini-Mental Status Examination) en la población geriátrica general. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 767-774.
- 13.- Yesavage, J. A. , Brink, T. L. , Rose, T. L., Lum, O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983, 17 (1): 37-49.
- 14.- Goldberg, J.H., Breckenridge, J.N., y Sheikh, J.I. Age differences in symptoms of depression and anxiety: examining behavioral medicine outpatients. *J Behav Med* 2003, 26(2), 119-32.
- 15.- Rojano, P., Calcedo, A., y Losantos, R., et al. Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *An. Psicol* 1992, 8, 6, 199-204.
- 16.- Rojano, P., Calcedo, A., y Losantos, R., et al. Trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *An. Psicol* 1991, 8, 5, 176-181.
- 17.- Ames, D. Epidemiological studies of depresión among the elderly in residencial and nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatr* 1991, 6, 347-354.