

**TESIS DE MAESTRÍA. Master en Intervención
en calidad de vida en Personas Mayores
(2006-2008).**

SINTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS MAYORES

ANGELA VARGAS PRATS (angelavp@ono.com)

Tutor: María del Carmen Sainz Hernández

INDICE

1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	5
1.1. OBJETO DEL ESTUDIO.	5
1.2. ALGUNOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE LA TERCERA EDAD	6
1.3. LAS CONDICIONES DE VIDA EN LA TERCERA EDAD	9
1.4. APROXIMACIÓN A LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD	10
2. <u>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</u>	12
2.1. HISTORIA CONCEPTUAL	12
2.2. CONCEPTOS GENERALES	14
2.3. PRINCIPALES CLASIFICACIONES PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	16
2.3.1. <u>Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM)</u>	16
2.3.2. <u>Clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte. Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (CIE)</u>	19
2.4. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	20
2.4.1. <u>Descripción de los Síntomas depresivos</u>	20
2.4.1.1. Síntomas anímicos	20
2.4.1.2. Síntomas motivacionales y conductuales	21
2.4.1.3. Síntomas cognitivos	21
2.4.1.4. Síntomas interpersonales	22
2.4.1.5. Síntomas físicos	22
2.4.2. <u>Descripción de los Trastornos depresivos</u>	23
2.4.2.1. Episodio depresivo mayor	23
2.4.2.2. Trastorno depresivo mayor	26

2.4.2.3.	Distimia	27
2.4.2.4.	Trastorno depresivo no especificado	29
2.4.3.	<u>Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos</u>	30
2.5.	MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	34
2.5.1.	<u>Teorías psicodinámicas</u>	35
2.5.2.	<u>Teorías conductuales</u>	35
2.5.3.	<u>Teorías cognitivas</u>	36
2.5.3.1.	Teorías del Procesamiento de la Información	37
2.5.3.2.	Teorías cognitivo-sociales	38
2.5.3.3.	Teorías conductuales-cognitivas	39
2.5.4.	<u>Modelos interpersonales</u>	40
2.5.5.	<u>Modelos biológicos</u>	40
2.6.	MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA VEJEZ	41
2.6.1.	<u>El modelo biológico sobre el envejecimiento</u>	41
2.6.2.	<u>El modelo psicológico sobre el envejecimiento</u>	41
3.	<u>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	42
3.1.	PUNTO DE PARTIDA Y OBJETIVO	42
3.2.	METODOLOGÍA	45
3.2.1.	<u>Formulación de hipótesis</u>	45
3.2.2.	<u>Variables de estudio</u>	47
3.2.3.	<u>Instrumento Aplicado</u>	49
3.2.4.	<u>Población y Muestra</u>	59
3.3.	ANALISIS DE DATOS	61
3.3.1.	<u>Descarga de datos</u>	61
3.3.2.	<u>Prevalencia de síntomas depresivos</u>	64

3.3.3. <u>Síntomas depresivos y estado de ánimo depresivo</u>	71
3.3.4. <u>Las circunstancias personales y los síntomas depresivos</u>	77
3.3.5. <u>Hábitos y costumbres y los síntomas depresivos</u>	80
4. <u>CONCLUSIONES</u>	89
4.1. EL ESTADO DE SALUD COMO PRINCIPAL CAUSA DE ESTADO DEPRIMIDO	89
4.2. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS	93
4.3. LA SOLEDAD COMO FACTOR DE IMPORTANCIA	93
4.4. CONCLUSIONES GENERALES	94
5. <u>PROPUESTAS DE MEJORA</u>	96
5.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	97
5.2. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS	97
5.3. RECOGIDA DE DATOS.....	97
5.4. INFORMACIÓN A LOS SUJETOS	98
5.5. APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO	98
5.6. RECOGIDA DE DATOS A POSTERIORI.....	98
5.7. COMPROBACIÓN DE RESULTADOS	99
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	99

SINTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS MAYORES.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETO DEL ESTUDIO.

Frente al común pensar de la gente de que la depresión es una patología característica de la vejez, ello parece ser totalmente infundado pues según numerosos estudios la tasa de depresión mayor en ancianos no difiere considerablemente de la del resto de la población. Sin embargo, tras las numerosas experiencias vividas tras una larga vida y sobre todo como respuesta a una salud física quebrantada o la pérdida de seres queridos es lógico que haya una alta presencia de síntomas disfóricos. Esta presencia de síntomas supone una merma adicional en la calidad de vida de los ancianos.

El objetivo de este estudio sería la identificación de los síntomas depresivos más comunes en las personas mayores, la relación que tiene la presencia de dichos síntomas con un estado de ánimo depresivo, así como la relación que tienen una serie de variables referidas a circunstancias personales y hábitos con una presencia mayor o menor de estos síntomas depresivos.

A la vista de los resultados obtenidos del análisis de datos se puede hacer una propuesta de intervención para mejorar el estado de ánimo de los sujetos disminuyendo la presencia de estos síntomas disfóricos.

1.2. ALGUNOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE LA TERCERA EDAD

Cada vez es más común leer o escuchar en los medios de comunicación noticias relacionadas con el envejecimiento de la población, especialmente en España. Este fenómeno se ha producido debido a un considerable aumento de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX así como un descenso considerable de la natalidad, lo cual ha provocado que haya aumentado considerablemente la proporción de la población de la tercera edad. Además, este fenómeno tiende a incrementarse. Para hacernos una idea más real del alcance de este fenómeno podemos recurrir al INFORME 2006 sobre Personas Mayores en España publicado por el IMSERSO.

Basándonos en los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Padrón Municipal de Habitantes de 2005 había contabilizadas en España 7.332.267 personas de 65 y más años. Las personas mayores son, en términos porcentuales, el 16,6 del total de la población. En unos años la cifra de personas mayores se elevará desorbitadamente cuando la población nacida durante el baby-boom llegue a esa etapa vital. Así la proyección del INE basada en el Censo de 2001 contabiliza que en el año 2050 habrá en España 16.387.874 personas mayores, que se corresponde con el 30,8% de la población total, es decir, que en mitad de siglo la población mayor alcanzará a ser casi un tercio del total. Pero, el destino incierto de la actual oleada de inmigrantes impide conocer si esa cifra se mantendrá, aumentará o disminuirá, pues en caso de permanencia de los inmigrantes, muchos de ellos habrán superado los 65 años a mediados de siglo.

En la tabla 1 podemos observar una evolución del sector de la población de personas mayores.

Evolución de la población mayor, 1900-2050

Años	Total España	65 y más años		65-79 años		80 y más años	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1

Nota: Todas las Tablas y Gráficos de este Informe 2004 hacen referencia a España salvo que se especifique lo contrario.

(1) De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.

(2) Desde 1970 la población es de derecho.

(3) La población de 2001 y 2005 procede del Padrón. El resto de censos o proyecciones.

Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991*. INE, 2006.

2001 y 2005: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005*. INE, consulta en junio de 2006.

2010-2050: INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1*. INE, 2006.

Tabla 1

A la vista de los resultados expuestos, vemos como se ha producido un aumento continuado de la población mayor, haciéndose este fenómeno más acusado en la década de los 90. También hay que considerar que se produce un aumento considerable en la población con una edad superior a los 80 años, siendo un sector que va a requerir una mayor atención en los próximos años.

Esto ha sido debido en gran parte gracias a un importante aumento de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX debido a una mejora de las condiciones de vida así como de los avances médicos. Así y según los datos del Informe 2006 de Personas Mayores esta longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX tanto en España como en la mayoría de los países del mundo. En España se ha observado una evolución ascendente de este indicador a diferentes edades a lo largo del siglo pasado, la esperanza de vida en 1900 era de 34,8 años y, según los últimos datos oficiales (2002), en la actualidad se encuentra en 79,7 años, por lo que la cifra se ha duplicado. Desde los años 50 el crecimiento de la esperanza de vida ha sido notable, ralentizándose desde los 80, pero sin detener su expansión, tal como podemos observar en la tabla 2 y el gráfico 1.

Esperanza de vida por edad y sexo, 1900-2030

Años	Al nacer				A los 65 años			
	Total	Varones	Mujeres	Diferencia	Total	Varones	Mujeres	Diferencia
1900	34,8	33,9	35,7	1,8	9,1	9,0	9,2	0,2
1910	41,8	40,9	42,6	1,7	10,0	9,8	10,1	0,3
1920	41,2	40,3	42,1	1,8	10,2	9,7	10,6	0,9
1930	50,0	48,4	51,6	3,2	11,0	10,4	11,5	1,1
1940	50,2	47,1	53,2	6,1	11,0	9,9	11,9	2,0
1950	62,1	59,8	64,3	4,5	12,8	11,8	13,5	1,7
1960	69,8	67,4	72,2	4,8	14,4	13,1	15,3	2,2
1970	72,4	69,6	75,1	5,5	14,7	13,3	15,9	2,6
1980	75,6	72,5	78,6	6,1	16,5	14,8	17,9	3,1
1990	77,0	73,4	80,5	7,1	17,5	15,5	19,2	3,7
1996	78,3	74,7	81,9	7,1	18,2	16,1	20,0	3,9
1998	78,7	75,3	82,2	6,9	18,3	16,1	20,1	4,0
2002*	79,7	76,4	83,0	6,6	18,9	16,8	20,7	3,9
2010	81,6	78,3	84,8	6,5				
2015	82,4	79,2	85,5	6,3				
2020	82,9	79,8	86,0	6,2				
2025	83,4	80,4	86,5	6,1				
2030	83,9	80,9	86,9	6,0				

(*) Cifras pendientes de análisis.

Fuente: INE: *Anuario Estadístico de España 2006. Indicadores demográficos*. Edición en CD-ROM. INE, 2006.
Proyecciones: INE: *Área de Análisis y Previsiones Demográficas*.

Tabla 2

Esperanza de vida al nacer por edad y sexo, 1900-2030

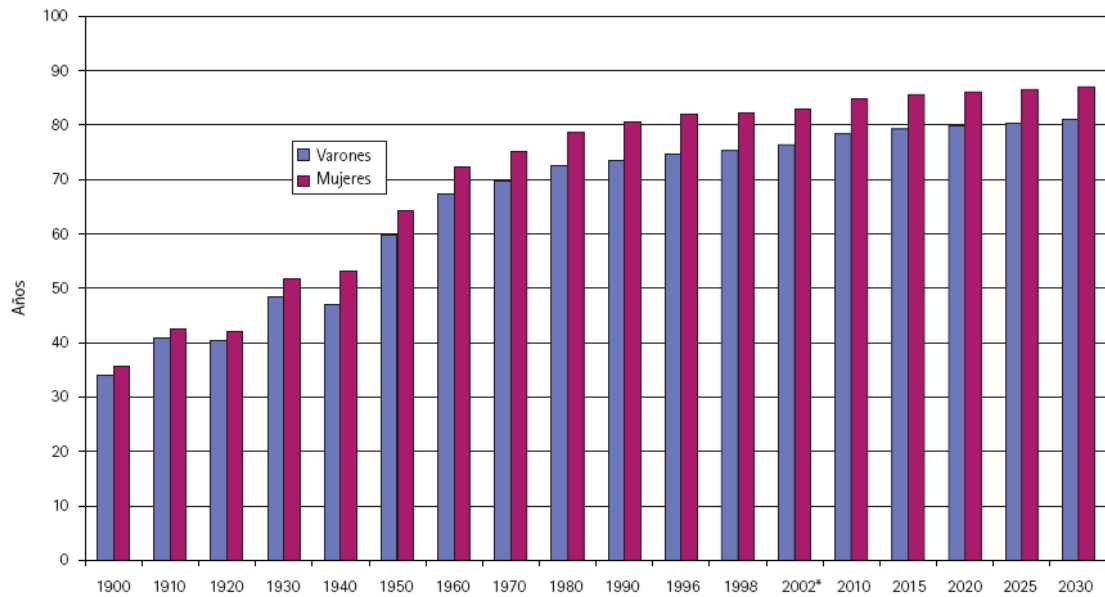


Gráfico 1

A la vista de los resultados expuestos podemos hacernos una idea de la importancia que cobra en nuestra sociedad actual el conocimiento de los problemas de este sector de la población que cuenta con una importante cantidad de personas en nuestro país. Además, y tal como podemos observar en la tabla anterior, esta fase de nuestra vida tiene una duración importante (con una esperanza de vida de casi 20 años al llegar a los 65) y aumentando progresivamente todos los años. Así, la realización de un estudio sobre personas mayores tiene ya una clara justificación con tan sólo observar la importancia demográfica de este sector de población, independientemente de otros factores también importantes como la salud, la dependencia, el ocio o la calidad de vida.

1.3. LAS CONDICIONES DE VIDA EN LA TERCERA EDAD.

El objeto último de este estudio es mejorar las condiciones de vida en las personas mayores. Es por ello que hemos de hacernos una idea general de la forma de vida y los problemas a los que han de enfrentarse las personas mayores. Al no ser objeto de nuestra investigación, expondremos los datos incluidos en el Informe 2006 de Personas Mayores.

Un indicador que podríamos considerar ilustrativo es la Percepción del Estado de Salud. La edad aparece como la principal variable asociada a diferencias en la percepción de la salud. Casi el 40% de la población mayor manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, con ligera tendencia creciente. Una de cada cinco (21,2%) personas mayores lo declara malo o muy malo, si bien con una ligera tendencia descendente. Según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también crecen las diferencias entre varones y mujeres.

Por otro lado, el 22,2% de la población española declaró haber padecido alguna enfermedad (o dolencia o impedimento) en los últimos doce meses. A medida que aumenta la edad, el porcentaje de personas que padecieron enfermedades limitadoras de su actividad habitual se va haciendo mayor, y a partir de los 75 años la tasa aumenta un 30% respecto de la cohorte anterior, significando esto que tres de cada siete personas de 75 o más años estuvieron enfermas (43,3%). Con la vejez aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales. El

tipo de dolencia predominante padecida (autodeclarada) por los mayores es osteomuscular. La enfermedad más diagnosticada entre la población mayor es la artrosis o problemas reumáticos, casi la mitad de las personas de 65 y más años la padecen (57,1% en las mujeres, 31,3 en hombres). A continuación le sigue la hipertensión arterial (41,3%), y con porcentajes menos elevados, la mala circulación (29,3) y el colesterol elevado (23,4).

En cuanto a la dependencia, existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores de 2004, realizada por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, el 26,5% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria. En el tramo de edad de 65 a 74, este porcentaje apenas llega al 15%; en el de 75 a 84 más de un tercio de la población mayor (35,5%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de 85 y más años la proporción asciende a cinco de cada ocho. La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa (12,3% no puede o necesita ayuda para salir a la calle), no pueden coger el autobús, ni realizar la compra (pues implica movilidad), y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa, e incapaces de beneficiarse de la vida en sociedad.

1.4. APROXIMACIÓN A LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD.

Aunque tal y como se ha comentado anteriormente en esta investigación no se va a tratar sobre la depresión patológica, no siendo objeto del mismo el diagnóstico de la depresión en los sujetos estudiados sí que vamos a hacer una aproximación a lo que significa en la actualidad la depresión en este sector de edad y en particular la influencia de los síntomas depresivos.

Cuando hablamos de trastornos psiquiátricos durante la vejez es común encontrar entre la literatura científica que de las múltiples patologías que afectan a la población anciana, la depresión constituye un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, elevado riesgo de suicidio y la influencia que esta tiene sobre otras patologías orgánicas agravándolas.

Según algunos estudios desde el punto de vista cuantitativo, se estima que el 12% de los sujetos de más de 65 años atendidos en los centros de salud presenta un episodio depresivo mayor que cumple con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR), mientras que el 20% muestra síntomas depresivos que merman substancialmente la calidad de vida y facilitan el desarrollo de un cuadro depresivo más grave. Pese a su importancia y trascendencia, hay un bajo nivel de diagnóstico de este trastorno en residencias geriátricas y consultas de atención primaria, debido a un prejuicio generalizado y muy extendido, no sólo en la población general, sino también en la profesión médica, al considerar la depresión una consecuencia lógica del envejecimiento, creencia en absoluto respaldada por datos clínicos y epidemiológicos. Según la mayoría de los estudios la depresión es uno de los trastornos más comunes que se dan en la vejez, aunque esto no quiere decir que se dé en mayor medida que en otros grupos de edad. A pesar de que en los estudios recientes (Lindesay y cols. 1989 y Livingston y cols. 1990) se obtienen índices que establecen el 13.5% y 15.9% de depresión en poblaciones mayores de 65 años respectivamente, cuando se usan criterios rigurosos para el diagnóstico de la depresión severa, se encuentran tan sólo índices de prevalencia entre el 1 y el 3%, comparativamente con 2-5% en adultos jóvenes. Sin embargo, si es cierto que un alto porcentaje de las personas mayores de 65 años presentan síntomas disfóricos, en términos generales como respuesta a una salud física quebrantada o a la pérdida de sus seres queridos.

Las depresiones de la tercera edad obedecen a los mismos factores etiopatogénicos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos del humor en otros grupos de edad. Sin embargo, ofrecen matices específicos, con un mayor peso de los precipitantes psicosociales y somáticos.

Entre los acontecimientos vitales desencadenantes se considera el duelo, un determinante primordial de las depresiones en la ancianidad. Es este el periodo vital,

donde ocurren importantes pérdidas de seres queridos: la propia pareja, los hermanos y amigos.

Otros factores psicosociales depresógenos frecuentes en esta edad, son la jubilación que puede implicar pérdidas de índole económica, privación de status social y prestigio, rechazo familiar y economía precaria. También adquieren gran importancia el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes, las enfermedades propias o del círculo de familiares más próximos. Se dispone de amplias referencias de la importancia de los desencadenantes somáticos en la depresión de la tercera edad.

Entre los precipitantes somáticos se encuentran las infecciones agudas, neoplasias, enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, demencia de Alzheimer), accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio, así como fármacos o tratamientos utilizados en ellas.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. HISTORIA CONCEPTUAL

Habría que remontarse a Hipócrates (siglo IV a.C) para encontrar el primer intento de descripción de los estados depresivos. Hipócrates utilizó el término melancolía para hacer referencia a estados de abatimiento, inhibición y tristeza, también incluiría bajo este nombre comportamientos que hoy serían calificados de esquizofrenia. Dicha melancolía sería debida a desequilibrios en la secreción de bilis negra (uno de los cuatro humores entre los cuales se encontrarían también sangre, flema, y bilis amarilla). El propio término melancolía deriva de “bilis negra”. Este tipo de explicación, basada en desequilibrios humorales, se mantuvo prácticamente inalterada en la medicina occidental hasta el siglo XIX, a excepción del período correspondiente a la edad media donde las explicaciones sobre la causa de los trastornos mentales, en general, se situaban en factores sobrenaturales (brujería, posesión demoníaca, etc). El término más usado en medicina occidental era el de “melancolía”, aunque a lo largo del siglo XIX se comienza a emplear el término “depresión” y a principios del siglo XX dicho término se utiliza con bastante asiduidad.

Autores como Kahlbaum, Falret y Baillarger ya plantean formas de enfermar cíclicas que alternan estados de depresión y manía, pero es Kraepelin en el siglo XIX en su Manual de Psiquiatría (1896) quien usa el término de enfermedad maníaco-depresiva, distinguiendo a ésta de lo que él denominó demencia precoz (posteriormente llamada esquizofrenia por Bleuler). Estas dos enfermedades se distinguirían por su historia familiar, su curso y su gravedad, siendo los maníacos-depresivos los que tendrían una mayor historia de antecedentes de enfermedad, menor gravedad y un curso menos crónico que el de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, el término “maníaco-depresivo” de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia.

Kraepelin consideraba que las causas de la enfermedad maníaco depresiva eran innatas, postura que no compartían otros autores de la época como Mayer o Freud. Así, cabe destacar que con Kraepelin se vuelve a una explicación de tipo natural en relación a las causas de los trastornos mentales.

Ya en el siglo XX, es Karl Leonhard en 1957 el primer autor que propone una clasificación dicotómica de los Trastornos del Estado del Ánimo (en adelante TEAs) que distingue entre trastorno afectivo monopolar (sólo se da depresión o sólo manía) y bipolar (se alternan estados maníacos y depresivos), dejando atrás el concepto genérico de “maníaco-depresivo”. Esta propuesta, aunque con algunas modificaciones (p.ej., que en los trastornos depresivos no hay episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos), es la que finalmente ha sido recogida en los sistemas de clasificación actuales (p.ej., DSM-IV-TR y CIE-10). De hecho, existe considerable apoyo empírico para sostener la dicotomía unipolar-bipolar como trastornos independientes.

Otros intentos de clasificación dicotómicos respecto a los TEAs han distinguido entre depresión endógena vs reactiva, neurótica vs psicótica y primaria vs secundaria.

Fue Moebius en el siglo XIX quien distinguió entre depresión endógena (debida a causas biológicas) y depresión reactiva (como reacción a agentes psicosociales externos). Sin embargo, esta distinción carece de apoyo empírico y es bastante excepcional encontrar un trastorno depresivo en el que no confluyan acontecimientos vitales desfavorables.

La distinción entre depresión psicótica y neurótica también carece de apoyo en la actualidad. Así, se definiría una depresión como neurótica fundamentalmente debido a la ausencia de delirios o alucinaciones y a un nivel ligero de gravedad del trastorno. Por el contrario, se hablaba de una depresión psicótica para indicar justamente lo opuesto, la presencia de delirios o alucinaciones y un nivel severo del trastorno. No obstante, el término “neurótica” es altamente impreciso, con lo que no añade información al diagnóstico y se ha desaconsejado su uso.

Otra distinción importante ha sido entre depresión o trastorno bipolar de tipo primario y secundario haciendo referencia a la presencia (primario) o no (secundario) de otros trastornos psicológicos previos al TEA. Esta distinción si ha sido útil, sobre todo en términos de investigación para crear grupos homogéneos de pacientes y en términos del tipo de tratamiento implicado. En un caso, TEA primario, el tratamiento sería más específico para la depresión o la manía, en tanto que en un trastorno de tipo secundario se requerían intervenciones más globales que aborden tanto la depresión o manía como el otro trastorno presente.

Dicho lo anterior, la clasificación más utilizada y ampliamente aceptada es la propuesta en el DSM-IV-TR. No obstante, es necesario indicar que esta clasificación ha sido ampliamente criticada debido a los múltiples problemas que presentan, entre los cuales cabría destacar, los efectos estigmatizantes de las etiquetas diagnósticas o la escasa información aportada por el diagnóstico en relación al tratamiento a seguir y a la etiología del problema.

2.2. CONCEPTOS GENERALES

El término “depresión” hace alusión a tres conceptos relacionados pero diferentes:

- En primer lugar, hace alusión a un síntoma, la tristeza o estado de ánimo deprimido. El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos. La depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más

peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas. Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es muy importante, ya que la depresión entendida como síntoma (sentirse triste) está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (p.ej., esquizofrenia, obsesiones, etc) y en otras condiciones médicas, sin que con ello constituya un síndrome depresivo.

- La depresión hace referencia a un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc). Así, además del estado de ánimo depresivo se debe de emplear otros criterios simultáneos, ya que la depresión clínica ha de concebirse como un síndrome.
- Finalmente, el término depresión alude también a un trastorno para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración, gravedad, curso o historia natural y disfuncionalidad.

No resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva “normal” de una respuesta depresiva “patológica”. Así pues podríamos distinguir dos corrientes:

- Para algunos autores, los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de **gravedad**, de forma que los cuadros depresivos se diferenciarán sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas, así, la depresión normal cotidiana que todos padecemos cuando experimentamos algún suceso negativo sería básicamente similar, aunque de menor intensidad, a la depresión de una persona que busca ayuda profesional. Los defensores de esta posición, se basan en análisis estadísticos que muestran que bajo las puntuaciones de los diferentes subtipos depresivos en diversas escalas en realidad subyace una distribución unimodal, lo que sugiere la idea de un continuo. Los defensores del continuo proponen que tanto las depresiones subclínicas como las clínicas comparten muchos factores sintomatológicos y etiológicos (p.ej., factores estresantes).

- Para otros autores, al contrario, la depresión normal difiere **cualitativamente** de la depresión patológica y, a su vez, en ésta pueden diferenciarse subtipos entre sí. A diferencia de los estados normales de tristeza, la depresión impregna todos los aspectos del funcionamiento de la persona y, en cierto modo, el estado de ánimo parece tener vida en sí mismo, autonomía, de modo que apenas reacciona ante sucesos externos y parece independiente de la voluntad de la persona que lo padece.

2.3. PRINCIPALES CLASIFICACIONES PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Realizaremos un repaso de las características de las últimas versiones de las dos clasificaciones internacionales más extendidas en lo que concierne sobre los trastornos afectivos.

2.3.1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM)

En las versiones más actuales de este manual estadounidense (desde la tercera revisión inclusive) la pieza clave de la clasificación de los trastornos afectivos es el concepto de episodio, el cual puede ser de tres tipos: depresivo mayor, maniaco e hipomaníaco. La combinación de éstos, así como el grado de cumplimiento de los criterios que los definen, determina los distintos trastornos. Así, la presencia o ausencia de episodios maníacos sirve para una primera distinción entre los trastornos depresivos y trastornos bipolares. A su vez, en el DSM-III-R (APA, 1987), los trastornos depresivos se van a subdividir en trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo no clasificado (presente en todas las clasificaciones DSM). Los trastornos bipolares engloban al trastorno bipolar, ciclotimia y trastorno bipolar no especificado.

El salto al DSM-IV (APA, 1994) ha implicado algunos cambios:

- Se han introducido cuadros nuevos en la categoría de trastornos bipolares, como es el trastorno bipolar II, y bipolar I (subtipo hipomaníaco).

- A diferencia de anteriores versiones, se han incluido en la sección de Trastornos del estado de ánimo aquéllos causados bien por una condición médica general, por ingesta de alcohol y otras sustancias. Anteriormente se encontraban repartidos en la categoría de trastornos mentales orgánicos.
- Se afina en la distinción de subtipos del trastorno bipolar, discriminándose entre bipolar II (para aquellos casos en los que han existido episodios depresivo, nunca maníacos, pero sí hipomaníacos) y bipolar I.
- Para aquellos casos en los que sólo se ha dado un único episodio maníaco, sin que nunca haya habido episodios de depresión anteriores, se construye la categoría: trastorno bipolar I, con episodio maníaco único.

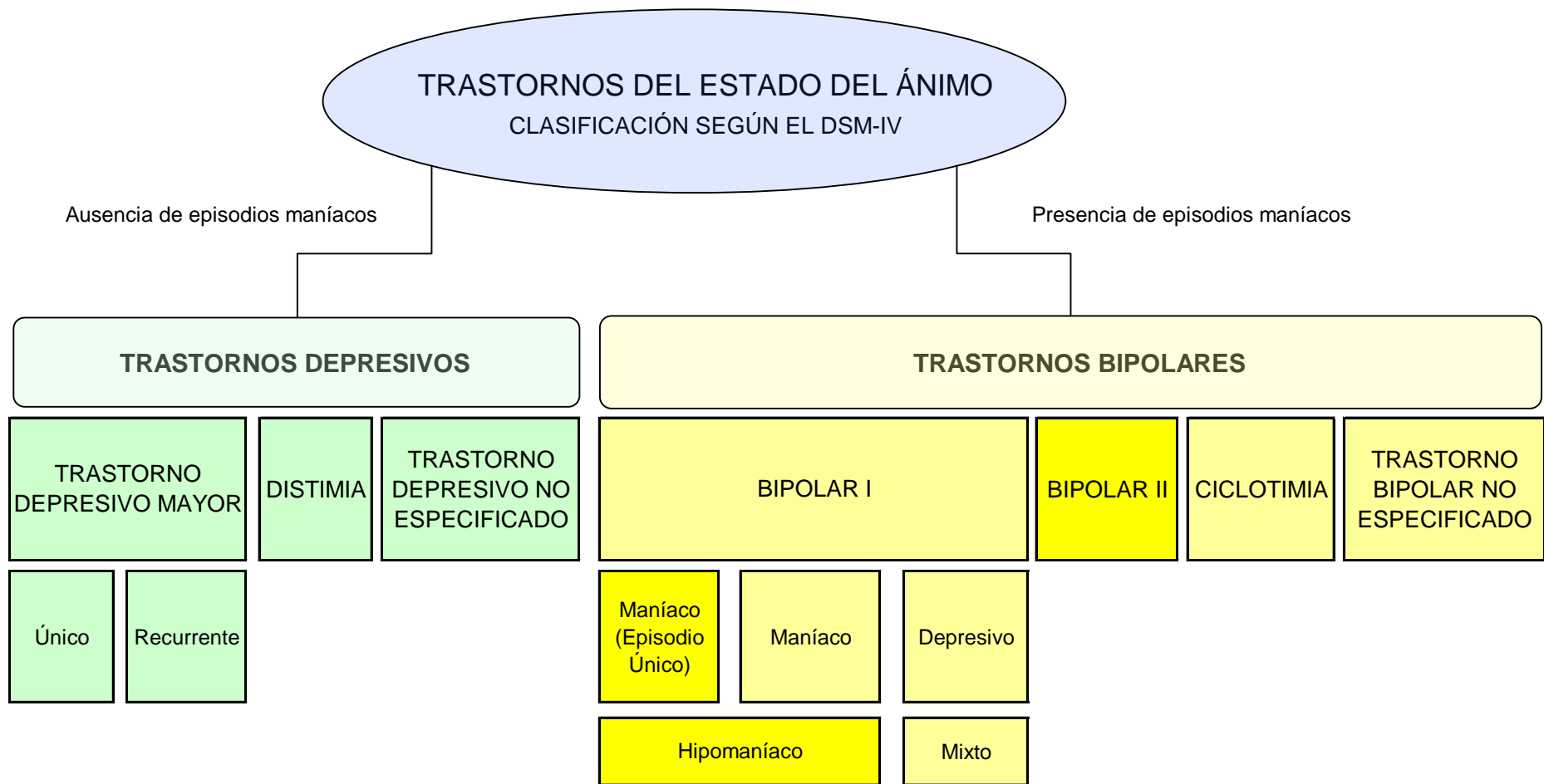


Tabla 3

2.3.2. Clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte.

Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (CIE)

En la versión novena de esta clasificación (OMS, 1997), que oficialmente todavía se usa en España en los centros públicos, los trastornos afectivos aparecen repartidos en varios apartados:

Psicosis afectivas: Se incluyen las alteraciones graves del ánimo, generalmente recurrentes, y que pueden ir acompañadas de síntomas psicóticos. Este apartado se aproxima al concepto de psicosis afectiva de Kraepelin, ya que los distintos trastornos se etiquetan bajo el rótulo de psicosis maníaco depresiva, especificando si se trata de un episodio depresivo o maníaco. Si se comprueba que se ha alternado episodios de los dos tipos, el diagnóstico pasa a ser “Psicosis maníaco depresiva circular”, especificándose si la fase actual es maníaca, depresiva, mixta o no especificada.

Trastornos neuróticos: Uno de los apartados de esta categoría lo constituye el de “Depresión neurótica”. Para que una persona sea diagnosticada bajo este rótulo tiene que mostrar una reacción depresiva desproporcionada en relación a una experiencia aflictiva, sin que manifieste ni ideas delirantes ni alucinaciones. Parece ser que la diferencia entre psicosis y este diagnóstico más “benigno” depende de un juicio subjetivo acerca de la gravedad del trastorno y de las alteraciones del comportamiento del paciente.

Trastornos de la personalidad: Algunas de las categorías que encontramos en otras clasificaciones como distimia, personalidad ciclotímica, etc. Podemos localizarlas en uno de los subtipos de trastornos de la personalidad que recoge la CIE-9, el “Trastorno afectivo de la personalidad”, que a grandes rasgos, se caracteriza por el predominio de un estado de ánimo alterado durante toda la vida, bien depresivo, bien exaltado o alternante.

Reacción de adaptación: Aquí se incluyen las alteraciones del ánimo como consecuencia de sucesos vitales (duelo); la levedad y la transitoriedad son criterios importantes para establecer este diagnóstico. Las dos categorías principales son “Reacción depresiva breve”, “Reacción depresiva prolongada” y los subtipos en función de la sintomatología que predomine.

En la décima versión de la CIE (OMS, 1992), la estructura se ha aproximado mucho a la de las últimas versiones del DSM; aquí se han recogido las alteraciones afectivas dentro de un mismo capítulo (Trastorno del humor-afectivos), y las principales ramas del árbol diagnóstico se estructuran también en torno a las definiciones de episodios maníacos y depresivos.

En total aparecen cuatro grandes categorías diagnósticas:

- Trastorno bipolar.
- Trastorno depresivo recurrente.
- Trastornos del humor persistentes (Ciclotimia, distimia...).
- Trastorno del humor sin especificación.

2.4. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

2.4.1. Descripción de los Síntomas depresivos

Podemos establecer, siguiendo a Vázquez y Sanz (1995), que todas las personas deprimidas presentan un tipo de sintomatología que incluimos en cinco grandes grupos:

2.4.1.1. Síntomas anímicos

La tristeza es el síntoma básico de la depresión, una tristeza que a menudo se vive como vital, como si saliera de dentro; pero también puede verse sustituida por una

sensación de irritabilidad. En depresiones severas puede ocurrir que ni siquiera el enfermo comunique tristeza, sino una incapacidad para sentir, una anestesia afectiva.

2.4.1.2.Síntomas motivacionales y conductuales

Desde el punto de vista de la motivación, aparece una disminución o total incapacidad para disfrutar con aquellas situaciones o actividades con las que el paciente antes disfrutaba (anhedonia).

Esta apatía por fuerza se traduce en el comportamiento en inhibición conductual; se produce un retardo psicomotor que se manifiesta en el enlentecimiento del habla, de las respuestas motoras, el gesto. No existen alteraciones en la comprensión y/o producción verbal, salvo en casos extremos como en el estupor depresivo, donde el paciente no habla por iniciativa propia o bien es necesario instigarle a ello, y se mantiene en un estado casi de parálisis motora.

2.4.1.3.Síntomas cognitivos

Dos grupos de síntomas podemos distinguir:

- En primer lugar se produce una disminución importante en las capacidades cognitivas de la persona, memoria, atención, concentración, resistencia a la fatiga, velocidad mental, etc. Esta disminución es tan palpable, que, cuando afecta a personas de edad, plantea dudas en cuanto al diagnóstico diferencial con la demencia. Este cuadro de disminución del rendimiento se ha denominado, precisamente por su similitud, pseudodemencia depresiva. En la mayoría de los casos sólo el tratamiento o la evolución del cuadro permiten distinguirlos.
- El otro grupo de síntomas alude al contenido de las cogniciones; encontramos distorsiones cognitivas en la valoración de su entorno, del pasado y del futuro, así como de su propia persona. En algunos casos, estos contenidos se vivencian como ideas delirantes de perjuicio, ruina, etc. o como alucinaciones auditivas de tipo insultante.

2.4.1.4.Síntomas interpersonales

La dificultad para mantener la atención, la anhedonia, la anestesia y quizá muchos otros factores contribuyen a que el área de las relaciones interpersonales se descuide. Como afirma Beck (1976), un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. El proceso es doble, porque la angustia que generan en su entorno conduce a que sufran el rechazo de los demás, aislándose (Modelos explicativos interpersonales).

2.4.1.5.Síntomas físicos

En nuestra cultura el síntoma físico es el vehículo tradicional para que el enfermo transmita su malestar al médico de cabecera, que es precisamente el que le puede derivar a Salud Mental. Por esto y porque en un 70% aparecen como síntoma depresivo los problemas de sueño, es conveniente tener en cuenta este modo de presentación del síndrome depresivo.

Repasando los más comunes podemos citar la fatiga, la pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseo sexuales, molestias corporales (dolores de cabeza, espalda; náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa...), crisis de vértigo, molestias cardiorrespiratorias, etc. Esta facilidad del trastorno depresivo para rodearse de síntomas físicos es lo que hace que a menudo pase desapercibido el trastorno afectivo; se trata, entonces, de una depresión enmascarada, corrigiéndose el riesgo de ser tratada como un trastorno físico con el consiguiente riesgo y coste de las explicaciones médicas a que se le somete al paciente.

Síntomas de los Trastornos Depresivos	
<i>Típo de Síntoma</i>	<i>Descripción</i>
Anímicos	Tristeza
Motivacionales y Conductuales	Anhedonia Inhibición Conductual
Cognitivos	Disminución de capacidades cognitivas Distorsiones cognitivas
Interpersonales	Disminución de interés por la gente. Aislamiento
Físicos	Problemas de sueño. Fatiga, pérdida de apetito, de deseo sexual, etc.

Tabla 4

2.4.2. Descripción de los Trastornos depresivos

2.4.2.1. Episodio depresivo mayor

Un episodio depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes (cinco al menos) durante un período prácticamente continuado de dos semanas (según DSM-IV). Se requiere además que al menos uno de esos síntomas sea obligatoriamente o bien un estado de ánimo triste o bien una pérdida de placer (anhedonia).

Se exige que estos síntomas conlleven una marcada interferencia con la vida cotidiana.

Se añaden a estos criterios positivos otros negativos o de exclusión; que los síntomas no estén causados por un proceso físico o por sustancias y que no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

La DSM especifica si el episodio es único (no ha habido episodios anteriores) o recurrente; junto a esto, se valora la gravedad en una escala que va desde 1 a 6:

- I. **Ligero:** se cumple el mínimo exigido en cuanto a síntomas o pocos más y el deterioro sociolaboral es pequeño.
- II. **Moderado:** Deterioro moderado.
- III. **Grave no psicótico:** bastantes síntomas y marcado deterioro.
- IV. **Con características psicóticas:** nos referimos a alucinaciones y/o ideas delirantes. Estos síntomas pueden ser congruentes con el ánimo (delirios de pobreza, voces que inculpan...) o incongruentes (delirios de grandeza, inserción de pensamiento...).
- V. **En remisión parcial:** entre “Ligero” y “Remisión total”.
- VI. **En remisión total:** en los últimos dos meses no han aparecido signos o síntomas significativos.

La DSM permite distinguir un subtipo de episodio depresivo (Episodio depresivo mayor melancólico) que se diferenciaría por el tipo de síntomas (vegetativos y marcada anhedonia); básicamente pérdida marcada de placer, falta de reactividad emocional, inhibición psicomotora, despertar precoz, anorexia o pérdida de peso, estado de ánimo peor por la mañana, culpa excesiva o inapropiada.

Tabla 5

Características básicas del episodio depresivo mayor (Según el DSM-IV-TR)
<p>A.- Están presentes al menos cinco síntomas durante al menos dos semanas con presencia casi diaria de los síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estado de ánimo deprimido- Disminución del placer o interés por cualquier actividad- Aumento o disminución de peso y/o apetito- Insomnio o hipersomnio- Agitación o enlentecimiento psicomotor- Fatiga o pérdida de energía- Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa- Problemas de concentración o toma de decisiones.- Ideas recurrentes de suicidio o muerte
<p>B.- Los síntomas no cumplen con los criterios para un episodio mixto.</p>
<p>C.- Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo interfiriendo con el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.</p>
<p>D.- No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.</p>
<p>E.- No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en caso de marcado deterioro del funcionamiento)</p>
<p>Especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Leve• Moderado• Grave sin síntomas psicóticos• Grave con síntomas psicóticos• En remisión parcial/en remisión total• No especificado• Crónico

- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el postparto

2.4.2.2.Trastorno depresivo mayor

Este término diagnóstico sustituye a los antiguos como “depresión neurótica grave”, “depresión involutiva” o “depresión psicótica”.

Se utiliza para personas que además de cumplir los requisitos de Episodio depresivo mayor, nunca han tenido un episodio de manía o hipomanía y sus síntomas actuales no se pueden atribuir a esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico.

Se distinguen dos subtipos:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único: si el episodio actual es el único.
- Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente: si ha habido al menos otro episodio depresivo mayor en la vida.

Tan importante como el diagnóstico es el curso del trastorno; en el caso del la depresión mayor, la mayor parte se recuperan de un episodio en 1 o 2 años, pero en 15% siguen un curso crónico (dos años o más deprimido). Factores de riesgo hacia la cronificación son tardar en buscar tratamiento y un nivel socioeconómico bajo.

Las personas que padecen un episodio con síntomas psicóticos , y especialmente si son incongruentes, se recuperan más lentamente.

La depresión mayor es un trastorno con una fuerte tendencia a la recurrencia; las recaídas son algo muy frecuente, por ejemplo, en el primer año tras la recuperación la tasa de recaídas es de un 30%, siendo el período de mayor riesgo los primeros meses. Factores de riesgo para las recaídas son haber tenido el primer episodio en una edad tardía, tener una depresión ligada a cuadros físicos o mentales, haber tenido varios episodios a lo largo de la vida, mala respuesta al tratamiento agudo, presencia de estresores psicosociales crónicos, distorsiones cognitivas no tratadas, períodos de no-depresión cortos.

Tabla 6

Características básicas del trastorno depresivo mayor (Según el DSM-IV-TR)
A.- Presencia de un único episodio depresivo mayor.
B.- El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no se encuentra superpuesto a un trastorno psicótico.
C.- Nunca se ha producido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.
Especificaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Son válidas las del episodio depresivo mayor.

2.4.2.3. Distimia

La diferencia fundamental con el trastorno depresivo mayor es que la sintomatología es menos grave pero más sostenida en el tiempo (al menos dos años); en concreto los síntomas que la caracterizan son un estado de ánimo triste prácticamente a diario (síntoma necesario) y dos o más síntomas junto con esa tristeza (pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza). La DSM-IV, no obstante, está replanteándose el tipo de síntomas necesarios para realizar este diagnóstico, en el sentido de darles una orientación más cognitiva. El

diagnóstico de distimia ha recibido múltiples críticas por su baja validez diagnóstica; algunos autores se refieren a ella como una depresión crónica leve.

Otros criterios son que el paciente no haya estado libre de síntomas por más de dos meses mientras ha estado enfermo. Así mismo, el estado actual no es un episodio depresivo mayor que se mantenga sin remitir; si así lo fuera, el diagnóstico no sería de distimia sino de trastorno depresivo mayor con remisión parcial. No ha existido nunca ningún episodio de manía o hipomanía, y no se puede atribuir el estado actual a trastornos psicóticos, ni al uso de medicamentos, drogas o condiciones médicas.

Tabla 7

<p align="center">Características básicas del trastorno distímico (Según el DSM-IV-TR)</p>
<p>A.- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con más días con ese estado de ánimo presente que ausente, bien sea por explicación subjetiva o por observación de los demás, durante al menos dos años.</p>
<p>B.- Presencia, mientras está deprimido, de al menos dos (o mas) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Apetito escaso o excesivo. - Insomnio o hipersomnia. - Escasa concentración o dificultad para tomar decisiones. - Fatiga o poca energía - Sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza.
<p>C.- Durante los dos años del problema, nunca estuvo sin los síntomas expuestos en A y B más de dos meses seguidos.</p>
<p>D.- No ha existido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años del trastorno.</p>

E.- No ha existido ningún episodio maníaco, hipomaníaco o mixto; no cumple los criterios para la ciclotimia.
F.- No ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico.
G.- No se debe a los efectos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica
H.- Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo interfiriendo con el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
<p>Especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De aparición temprana: Se inicia antes de los 21 años. • De aparición tardía: Inicio después de los 21 años. • Con rasgos atípicos.

La DSM permite distinguir entre comienzo temprano y tardío (antes o después de los 21 años).

Con bastante frecuencia (1 a 4 casos), el trastorno distímico se agrava hasta cumplir criterios de trastorno depresivo mayor (depresión doble). En estos casos los pacientes se recuperan antes del episodio depresivo, comparados con los que sólo presentan episodios depresivos mayores, pero la recaída son más rápidas.

En cuanto a la recuperación, los distímicos tienen una tasa mucho más baja en relación a los depresivos mayores: 40 % frente al 75 % al finalizar el año.

2.4.2.4. Trastorno depresivo no especificado

Se incluyen aquellos casos que no cumplen los criterios de las otras categorías.

La DSM-IV intenta ayudar a definir el perfil de esta categoría proponiendo algunos ejemplos:

1. Trastorno disfórico premenstrual: alude a síntomas depresivos que aparecen la última semana del ciclo menstrual y desaparecen en los primeros días de la menstruación.
2. Depresión postpsicótica en la esquizofrenia: alude a la aparición de un episodio depresivo mayor en la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
3. Depresión menor: se emplea para casos que cumplen los criterios de duración (dos semanas) pero no alcanzan a sumar los cinco síntomas.
4. Trastorno depresivo breve recurrente: consiste en episodios depresivos con duración muy breve (2 días/2 semanas) que se producen durante un año con una frecuencia de al menos una vez por mes.

2.4.3. Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

El término “depresión” es uno de los más empleados coloquialmente; así se habla habitualmente de “estar deprimido”. Precisamente por su uso tan extendido la primera puntualización de cara al diagnóstico diferencial es señalar que sentirse triste no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión.

El estado de ánimo deprimido o tristeza está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos, así como formando parte de reacciones transitorias, de las cuales la más típica es la reacción de duelo; también está presente en afecciones orgánicas. Para que podamos hablar de un síndrome depresivo es necesario que el estado de ánimo se acompañe de un conjunto de síntomas con los que se relacione (pérdida de peso, insomnio, retardo psicomotor, etc.).

Una segunda cuestión en torno a la diferenciación tristeza normal/trastorno alude a las fronteras entre las “depresiones” normales, cotidianas y transitorias, y las “depresiones” patológicas. No es fácil establecer la diferencia entre abatimiento normal y patológico. De acuerdo con algunos autores la diferencia se establece desde el punto de vista de la gravedad, esto es, de la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976, Goldberg y Huxley, 1992). Para otros autores como Akiskal (1983) y Andreasen (1985), la depresión patológica se diferencia cualitativamente de la normal, ya que

afecta de manera global al funcionamiento de las personas, y de alguna manera, muestra cierta autonomía de la voluntad de quien la padece.

Hechas estas aclaraciones, el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos debe hacerse generalmente con las siguientes categorías diagnósticas:

- **Trastornos anímicos debidos a condiciones médicas:** Antes de diagnosticar un cuadro como trastorno anímico es necesario analizar si el síndrome depresivo (también si el bipolar) puede tener etiología orgánica. Esto es importante, pues la DSM establece como criterio de exclusión para el trastorno depresivo mayor y la distimia la existencia de un factor orgánico causante del síndrome. Se calcula que entre el 10 y el 20 % de los casos diagnosticados de trastorno depresivo mayor y/o distimia estarían incorrectamente diagnosticados, al estar causados por factores orgánicos.

Este tipo de trastornos con base orgánica se incluyen en dos categorías:

- Trastornos debido a Condición médica general.
- Trastornos debido a Abuso de sustancias.

Son muchos los factores que pueden influir en el desencadenamiento de un síndrome depresivo.

Establecer la relación causa efecto entre la condición médica y el síndrome no es tan fácil como parece; a modo de guía, se pueden seguir una serie de criterios básicos:

1. Simultaneidad: El síndrome y la enfermedad orgánica aparecen simultáneamente.
2. Correspondencia: Las mejorías/empeoramientos en el síndrome depresivo se reflejan en las mejorías/empeoramientos de la enfermedad orgánica, y viceversa.

Ha de existir la posibilidad de que el trastorno orgánico influya en los sistemas de neurotransmisión implicados en la patogenia de los trastornos afectivos.

- **Trastornos de ansiedad:** Constituyen un problema de cara al diagnóstico diferencial, pues la ansiedad subjetiva está presente en los síndromes depresivos en un 70/80 % de los casos. Clasificaciones como la CIE-10 (OMS, 1992)

incorporan una categoría diagnóstica de Trastorno mixto ansiedad-depresión para aquellos cuadros en los que coexisten a partes iguales síntomas de depresión y ansiedad. La DSM-IV incluye una categoría parecida pero sólo como propuesta en su apéndice pendiente de posteriores investigaciones.

Las obsesiones, el pánico y las fobias con gran componente de evitación, generan sintomatología depresiva. Y a la inversa, en pacientes con trastorno depresivo mayor; el 50-70 % padece síntomas graves de ansiedad y un 30 % sufre ataques de pánico.

Algo que merece resaltarse es la elevada frecuencia con que surgen síntomas obsesivos en los síndromes depresivos, tanto es así que el estado de ánimo se ha propuesto como una variable mediadora en los modelos cognitivoconductuales del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

De cara al diagnóstico, el clínico debe fijarse en dos aspectos, en primer lugar la cronología, examinar qué fue primero, de modo que los síntomas ansiosos podrían entenderse como consecuencia del trastorno depresivo (o bien al contrario). El segundo aspecto, es atender a la importancia de la sintomatología. Si se cumplen criterios para un doble diagnóstico de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, es útil indicar cuál de los dos diagnósticos es más relevante clínicamente, pues al mejorar por el tratamiento el principal mejorará el secundario.

- **Reacciones de duelo:** En ocasiones presentan la misma sintomatología, pero no puede diagnosticarse de trastorno depresivo mayor, salvo que la duración del síndrome depresivo sea superior a dos meses o exista gran interferencia.

No obstante, las reacciones de duelo suelen diferenciarse de los episodios depresivos en la sintomatología que presentan, en las primeras hay menos síntomas, la duración es menor, son raros los pensamientos de culpa y de suicidio, así como el retardo psicomotor. Por último la interferencia en la vida cotidiana es menor.

Existe el mito de que la depresión es inevitable tras la muerte de un ser querido, pero sólo una de cada tres personas que sufren una pérdida muestran criterios de depresión mayor al cabo de un mes.

- **Trastornos de ajuste** (de adaptación en CIE-10): Aluden a reacciones de adaptación desproporcionadas que suceden en los 3 meses siguientes a la aparición de un fuerte estresor (que no es una muerte de un ser querido) y que no se han prolongado más de 6 meses desde la desaparición del estresor.

En el caso de que la reacción al estresor sea un estado de ánimo predominantemente depresivo diagnosticaríamos de Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido. Para emplear este diagnóstico, debe ser evidente que la reacción depresiva está causada por un estresor, y que no perdura tras la desaparición del mismo (se da un margen amplio de seis meses).

- **Esquizofrenia**: El diagnóstico diferencial no suele dar problemas, debido al gran número de características distintivas que muestra la esquizofrenia, como son la existencia de gran deterioro sociolaboral, síntomas psicóticos de tipo incongruente con el estado de ánimo, trastornos formales, etc.

El problema puede darse en las fases iniciales de la esquizofrenia, cuando el trastorno debuta bajo la apariencia de apatía, retraimiento, y alteración del estado de ánimo.

- **Trastorno esquizoafectivo**: Esta categoría diagnóstica fue propuesta por Kasanin, y hace referencia a cuadros en los que coexisten auténticos episodios afectivos y esquizofrénicos. La diferencia con un trastorno depresivo mayor, por ejemplo, es que los síntomas psicóticos (ideas delirantes y/o alucinaciones) deben aparecer al menos durante dos semanas en ausencia de sintomatología afectiva importante. Este criterio tan en apariencia rebuscado lo que está exigiendo es que los síntomas psicóticos del paciente sean independientes del estado de ánimo, pues si estuvieran causados por éste utilizaríamos el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.
- **Trastorno del sueño**: La dificultad radica en que los que lo padecen se quejan de fatiga diurna, síntoma presente en los síndromes depresivos; la diferencia la

encontramos en que los depresivos no se quejan de somnolencia diurna, mientras que los aquejados de insomnio y otras alteraciones del sueño sí. A esto hay que añadir la presencia en la depresión de síntomas ausentes en los trastornos del sueño, como las ideas de culpa, anhedonia, tristeza, alteraciones en sexualidad, etc.

- **Demencias:** Ya aludimos al problema del diagnóstico diferencial cuando nos referíamos a los Síntomas cognitivos en la depresión. El problema diferencial no existe cuando primero se produce el deterioro cognitivo y después, si lo hay, el cuadro afectivo. Pero dado que muchas demencias se inician con síntomas depresivos, la cuestión del diagnóstico se complica, pues hay que discriminar entre una depresión que causa disminución de capacidades cognitivas (pseudodemencia) o una demencia que cursa con síntomas afectivos. El diagnóstico diferencial lo suele dar la respuesta al tratamiento mediante antidepresivos, la existencia o no de episodios depresivos previos, así como la presencia de antecedentes familiares a favor de una demencia o trastorno depresivo.
- **Trastornos sexuales:** En este grupo de trastornos el problema no consiste en la similitud con cuadros depresivos, sino en el enfoque a la hora de tratarlos. En muchos casos la disfunción sexual puede ser secundaria a un trastorno depresivo, con lo que el tratamiento debe enfocarse al diagnóstico primario.

2.5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Debido a la importancia y repercusión de este tipo de trastornos, las propuestas explicativas han sido muy diversas, proponiéndose en la mayoría de los casos una interacción entre sucesos o acontecimientos estresantes de la vida y la respuesta a estos acontecimientos (modelo vulnerabilidad-estrés). A continuación se describirá algunas de las propuestas etiológicas más destacadas para este tipo de trastornos. Se revisará

los puntos de vista psicoanalítico, cognitivo, conductual, conductual-cognitivo, interpersonal y biológico para los trastornos depresivos.

2.5.1. Teorías psicodinámicas

Freud (1917) consideraba que los depresivos son personas dependientes en exceso debido a que están fijados en la etapa oral. Dado que en la etapa oral las necesidades se satisfacen de forma pasiva, si se produce algún trauma, rechazo o pérdida real o imaginada durante dicha etapa, el resultado sería una excesiva dependencia de los demás. Siguiendo esta lógica, la autoestima de los depresivos dependería en exceso de la aprobación de los demás.

En sus últimos escritos Freud interpreta la depresión como la existencia de un superyo excesivamente exigente, con un sentido del deber y de la obligación que genera gran cantidad de sentimientos de culpa.

Las teorías psicoanalíticas más recientes señalan que las personas que de pequeñas han sufrido la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea ésta real o imaginaria.

Para Freud, el síntoma clave de la depresión es la baja autoestima y la culpabilidad y para Abraham (1911), es la baja autoestima y los relacionados con la ingesta.

2.5.2. Teorías conductuales

Las teorías conductuales de la depresión se derivan fundamentalmente del enfoque psicológico global planteado por Skinner conocido habitualmente como teoría del condicionamiento operante. Para Ferster (1965), la depresión se debería a dos cuestiones básicas, por un lado, la escasa frecuencia de conductas que son reforzadas positivamente y por otro al reforzamiento negativo que ocurre cuando se dan conductas

de escape o evitación que intentan evadir estimulación aversiva. La ausencia de reforzamiento positivo se traduciría en los síntomas típicos de la depresión (p.ej., tristeza, bajo estado de ánimo...) en tanto que el reforzamiento negativo generaría síntomas como permanecer en la cama, no salir, etc.

Otro autor relevante dentro de esta línea es Lewinsohn (1974), proponiendo que la depresión sería una pérdida o falta de reforzamiento positivo contingente a la conducta, dicho de otro modo, la depresión sería una consecuencia de la escasez de reforzamiento en los principales dominios vitales de una persona. Esta pérdida de reforzamiento podría deberse a tres factores fundamentales:

- Un ambiente que no proporciona reforzamiento suficiente.
- Falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento
- Incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a la presencia de altos niveles de ansiedad social que interfiere con la puesta en marcha de las habilidades sociales.

Por tanto, el síntoma clave de la depresión sería la reducción en la frecuencia de conductas.

Por último, dentro de esta línea habría que mencionar a Costello (1972), quien señala que la característica fundamental de la depresión es la pérdida de interés general por el medio producida por una pérdida general de efectividad de los reforzadores. Dos factores, serían los responsables de este efecto:

- Cambios endógenos de tipo bioquímico y neuropsicológico.
- Pérdida de estímulos condicionados o discriminatorios que formaban parte de una cadena conductual que conduce al reforzamiento.

2.5.3. Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas señalan las cogniciones o la manera de interpretar la realidad como factor determinante del comportamiento depresivo. Se señalan tres tipos de teorías.

2.5.3.1. Teorías del Procesamiento de la Información

La teoría más relevante dentro de este enfoque es la propuesta por Aaron Beck (1967), quién propone que las personas con depresión hacen una interpretación de la realidad distorsionada y negativa. La depresión se caracterizaría por la presencia de esquemas desadaptativos o distorsionados. Existirían tres conceptos decisivos para explicar los trastornos depresivos:

- La triada cognitiva; se caracterizaría por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.
- Esquemas; definidos como patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones a cerca de un determinado conjunto de situaciones.
- Los errores cognitivos; errores sistemáticos que se dan en el pensamiento depresivos, manteniendo la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos.

El síntoma clave de la depresión para Beck sería la distorsión negativa en el procesamiento de la información.

Otra teoría relevante es la propuesta por J. Teasdale (1983), conocida como Hipótesis de la activación diferencial. Propone un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se señala que un acontecimiento estresante o aversivo activaría lo que él denomina un nodo depresivo. Dicha activación se propaga a los nodos (o emociones negativas) asociadas reactivando aun más el nodo depresivo inicial formándose así un ciclo de acción en términos de activación de nodos (o emociones) de tipo depresivo. Dicho de otro modo, un acontecimiento estresante activa emociones negativas, que a su vez activan otras emociones negativas asociadas alimentando así, en forma de círculo vicioso, un estado de ánimo depresivo. Para Teasdale el síntoma clave de la depresión son las cogniciones negativas.

2.5.3.2. Teorías cognitivo-sociales

Estas teorías se basan en constructos procedentes de la psicología social. La teoría que más impacto ha tenido es la Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975).

Seligman demostró que animales sometidos a choques eléctricos incontrolables acababan por suprimir la mayoría de sus conductas cayendo en un estado de desesperanza que era muy similar a los síntomas mostrados en la depresión. Para Seligman, la clave de este proceso era que el animal tendría una expectativa de incontrolabilidad sobre la situación. Dicha expectativa se puede desarrollar debido a una historia de fracasos consecutivos o a una historia de reforzamiento no contingente (independiente del comportamiento del individuo). El síntoma clave de la depresión sería la reducción en la frecuencia de las conductas.

La Teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), señalan que las personas con depresión intentan buscar una explicación a las condiciones incontrolables realizando atribuciones negativas de tipo interno, global y estable. Los éxitos serían atribuidos a causas externas, variables y no controlables. Este estilo atribucional, se convertiría en un factor de vulnerabilidad para padecer depresión. El síntoma clave de la depresión para estos autores sería la baja autoestima y la culpabilidad.

Finalmente, la Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989), proponen una nueva categoría diagnóstica llamada depresión por desesperanza valorando un conjunto de variables explicativas entre las que se encontrarían:

- La presencia de un suceso vital negativo (no se habla aquí de sucesos incontrolables como en la propuesta anterior).
- Atribuciones globales, estables e internas; el suceso negativo ha de ser bajo en consenso (sólo me pasa a mí), alto en consistencia (me pasa a menudo) y bajo en distintividad (me pasa en muchas circunstancias).
- Ha de haber también un estilo atribucional depresógeno.
- Serán importantes las conclusiones a las que la persona llega sobre las consecuencias del suceso negativo.

El síntoma clave de la depresión para estos autores sería la desesperanza.

2.5.3.3. Teorías conductuales-cognitivas

Se destaca la teoría del autocontrol de Rehm (1977), quien propone la valoración del propio comportamiento y la capacidad de auto-reforzamiento como elementos decisivos para el desarrollo de conductas depresivas. En este modelo la auto-observación, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento serían los procesos relevantes a considerar. Ante una pérdida de reforzamiento externa, las personas depresivas tenderían a atender más a la información negativa, harían evaluaciones más negativas y no reforzarían su propio comportamiento. En resumen, habría un déficit en habilidades de auto-regulación que interactúa con la pérdida de reforzamiento externo cumpliéndose así los requisitos para ser caracterizada como un modelo de diátesis-estrés. El síntoma clave de la depresión sería la desesperanza y la incapacidad de controlar la propia conducta.

Otra teoría relevante es la teoría de la autofocalización de Lewinsohn (1985), donde la variable mediadora más relevante sería el aumento en la autoconciencia o autofocalización. Así, la cadena de comportamientos que lleva a la depresión comenzaría con la presencia de un suceso estresante que interrumpe los patrones de conducta adaptativos normales del individuo y que resulta en una reacción emocional negativa. Esta reacción emocional negativa produce una reducción del reforzamiento positivo y un aumento de las experiencias aversivas que se traduce finalmente en un elevado nivel de autoconciencia (centrándose en la evaluación de sí mismo y aumentando la probabilidad de realizar atribuciones internas ante el fracaso) que produce de nuevo un estado emocional negativo, formándose así una espiral que empeora la situación progresivamente.

El síntoma clave de la depresión sería la tristeza.

2.5.4. Modelos interpersonales

Básicamente, la atención para explicar los trastornos depresivos se pone en la importancia de los factores interpersonales de tipo social y familiar.

Un autor destacado es James Coyne (1976) quien propone que la depresión se produce debido a la ruptura de relaciones interpersonales de las que los individuos obtenían apoyo social. Las personas deprimidas buscan apoyo en los demás con sus comportamientos depresivos obteniéndolo en un primer momento (en forma de comprensión...) para recibir respuestas negativas de los demás cuando estas demandas de apoyo persisten en el tiempo.

Finalmente, dentro de estos modelos Ian Gotlib, a finales de los ochenta y principios de los noventa, señala que los factores de vulnerabilidad que median entre la presencia de un agente estresante y el desarrollo de depresión pueden ser de tipo interpersonal, intrapersonal o conductuales. Este autor, entiende que dichos factores de vulnerabilidad serían el resultado de experiencias familiares adversas durante la infancia y señala, al igual que Lewinsohn, en su propuesta más reciente, a la autofocalización como proceso relevante para que se produzca una exacerbación de la depresión. Finalmente, propone dos factores decisivos para el mantenimiento de la depresión, un factor interpersonal y un factor de sesgo cognitivo negativo. Así, este modelo recoge influencias de los anteriores, dando importancia a las experiencias familiares de la infancia (psicoanálisis), a los esquemas cognitivos (modelos cognitivos) y a las reacciones de los demás y las habilidades del individuo (modelos conductuales).

2.5.5. Modelos biológicos

Dentro de los neurotransmisores que presentan una alteración en los TEAs se encuentran las catecolaminas como la dopamina y la noradrenalina, que funcionan a niveles más bajos de lo habitual en pacientes depresivos (hipótesis catecolaminérgica) y la serotonina, que también se encuentra a niveles más bajos de los habituales (hipótesis serotoninérgica). Otra hipótesis planteada es la hipótesis colinérgica que señala que en los estados depresivos predominaría la actividad colinérgica (exceso de actividad de la

acetilcolina) frente a la actividad noradrenérgica (exceso de actividad de la noradrenalina).

2.6. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA VEJEZ

La vejez y el envejecimiento han sido tratados en psicología esencialmente derivados de fenómenos biológicos por los que el individuo humano nace, se desarrolla, involuciona y muere. El crecimiento se ha visto como el producto de la primera parte de la vida y el declive (o la involución) como la última. Sin embargo, en los últimos años se ha venido desarrollando un modelo psicológico de envejecimiento, desde el que se propone que el crecimiento forma parte, también, de la vejez y por el que un modelo biólogo del envejecimiento no podría ser extendido a los fenómenos psicológicos o comportamentales.

2.6.1. El modelo biológico sobre el envejecimiento

La biología considera el envejecimiento como la etapa en la que, progresivamente, los sistemas biológicos pierden eficacia y, como derivación, el organismo pasa a ser vulnerable, enferma y muere.

Desde este modelo, cualquier trastorno o deterioro sería explicado en función de la edad o del funcionamiento biológico del individuo mayor.

2.6.2. El modelo psicológico sobre el envejecimiento

La patología durante la vejez (como en cualquier etapa de la vida), será el producto de las complejas interacciones entre el organismo, en su sentido biológico, las condiciones históricas en las que el sujeto ha vivido y las circunstancias actuales,

presentes, que explican una parte de la varianza del comportamiento (tanto patológico como adaptativo).

La aproximación al estudio de las personas mayores ha de realizarse desde una perspectiva bio-psico-social y, por tanto, multidisciplinar.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. PUNTO DE PARTIDA Y OBJETIVO

La depresión es una de las más importantes psicopatologías. Sin embargo, a pesar de que el común pensar de la gente es que la depresión es característica de la vejez no parece estar demostrado que sea así. Si es cierto que hay una presencia alta en las personas mayores de síntomas disfóricos. Para el desarrollo y las vivencias de cada persona la presencia de síntomas depresivos supone un gran problema. Este pues es un problema asociado a la vejez en el momento en el que en el desarrollo de su vida normal puede sufrir 1 o más síntomas que lo acercan a la depresión.

Hay una serie de síntomas con los cuales se asocia la depresión. A pesar de que no queda claro que haya una prevalencia de la depresión en la población anciana, si que parece haber una prevalencia mayor de esta sintomatología. Para mejorar la calidad de vida en la tercera edad, primero habría que identificar que síntomas y en que situaciones se dan con mayor frecuencia para, una vez localizados, proponer unas alternativas tendentes a reducir los efectos de estos síntomas.

Los síntomas asociados a la depresión según el DSM-IV serían los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- Aumento o disminución del peso/apetito.
- Insomnio o Hipersomnio
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.

- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- Problemas de concentración o en la toma de decisiones.
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

A partir de aquí se proponen una serie de síntomas sobre los cuales estudiar su presencia/ausencia en población anciana: tristeza, sentimiento de depresión, ausencia de placer por las cosas, apatía, aumento de peso, pérdida de peso, aumento del apetito, pérdida del apetito, insomnio, hipersomnio, agitación psicomotora, enlentecimiento psicomotor, fatiga, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, problemas de concentración, dificultad en la toma de decisiones, ideas recurrentes de muerte, pensamientos suicidas. En total son 20 los síntomas propuestos para trabajar sobre ellos.

Como primer objetivo, se va a proceder a identificar de los síntomas propuestos los que están más presentes en la vejez, independientemente de que tenga un mayor o menor grado de estado de ánimo deprimido. Cada uno de estos síntomas está presente en un tanto por ciento determinado de la población.

De todos los síntomas propuestos se va a comprobar si existe algún o algunos síntomas que esté significativamente más presente en la tercera edad respecto al resto de los síntomas.

El siguiente objetivo, sería ver como están relacionados cada uno de estos síntomas con la mayor o menor presencia de estado de ánimo deprimido. Para ello se comprobará la relación que tiene la presencia de cada síntoma con el valor obtenido en el test EDG.

De los dos estudios anteriores podemos deducir lo siguiente:

- Qué síntomas son los que están más presentes en la vejez, y por lo tanto, sobre los cuales hay que adecuar unas medidas que pudieran ser generales.

- Por otro lado que síntomas pueden indicar la existencia de un grado alto de estado de ánimo deprimido, y por tanto, un indicador de los ancianos sobre los cuales habría que actuar particularmente.

Otro objetivo primordial del estudio es la identificación de las circunstancias personales que están asociadas a una mayor presencia de síntomas depresivos en la tercera edad, así como analizar la influencia de determinados hábitos que disminuyen esa presencia de síntomas.

Así en el instrumento se van a recoger los siguientes datos atendiendo a las circunstancias personales de los sujetos:

Sexo

Edad

Tener descendencia

Medicación

Enfermedad crónica

Sufrir duelo

Haber sufrido un importante accidente

Separación o divorcio

Tipo de residencia (en vivienda solo, en vivienda en compañía o en residencia geriátrica).

Padecer enfermedad o dependencia.

También se recoge en el instrumento una serie de preguntas referentes a los hábitos y costumbres del sujeto, de manera que podamos comparar la influencia entre cada hábito y la presencia mayor o menor de síntomas depresivos. Los hábitos sobre los que se recoge información son los siguientes:

Participación social

Vigilancia médica

Paseo

Lectura y/o escritura
Ver TV o escuchar radio
Practicar ejercicio
Asistir a espectáculos
Viajar
Desarrollar relaciones sociales
Cuidado personal
Practica deportiva
Cultivar amistades
Buenos hábitos alimenticios
Uso de internet

La mayor dificultad que nos encontramos será la de diferenciar si la presencia del hábito saludable se debe a la ausencia de síntomas depresivos o bien la práctica del hábito influye en la sintomatología, motivo por el cual a la hora de sacar conclusiones hay que prestar atención especial, aunque esto se tratará en mayor profundidad en el análisis de datos.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. Formulación de hipótesis

Para llevar a cabo los objetivos propuestos en el apartado anterior vamos a formular una serie de hipótesis en las cuales vamos a centrar nuestra investigación.

Hipótesis I.

El síntoma S_i está más presente en la población anciana que la presencia media de los síntomas depresivos.

$$H_0: \pi_{si} \leq \pi_m \quad H_1: \pi_{si} > \pi_m$$

Hipótesis II.

La presencia del síntoma S_i está relacionada con la existencia de un estado de ánimo deprimido.

H_0 : Las variables “Presencia del síntoma S_i ” y “Valor en la escala de depresión” son independientes.

H_1 : Las variables “Presencia del síntoma S_i ” y “Valor en la escala de depresión” no son independientes.

Hipótesis III.

La presencia de síntomas depresivos es mayor en la circunstancia C_i que en otras circunstancias.

$$H_0: \mu_{si} \leq \mu_{no} \quad H_1: \mu_{si} > \mu_{no}$$

(μ_{si} media de síntomas depresivos con la circunstancia C_i presente y μ_{no} media de síntomas depresivos sin la presencia de la circunstancia C_i)

Hipótesis IV.

La presencia de los síntomas depresivos está relacionada con la práctica del hábito H_i .

$$H_0: \mu_{no} \leq \mu_{si} \quad H_1: \mu_{no} > \mu_{si}$$

(μ_{si} media de síntomas depresivos cuando se practica el hábito H_i y μ_{no} media de síntomas depresivos cuando no se practica el hábito H_i)

3.2.2. Variables de estudio

Para la recogida de datos vamos a definir las siguientes variables de estudio:

- Síntoma i. Valora la presencia del síntoma “i”. Su nivel de medida es nominal dicotómico, tomando los valores presencia/no presencia.
- Sexo. Valora el sexo del sujeto. Su nivel de medida es nominal, tomando los valores “mujer/hombre”.
- Edad. Valora la edad del sujeto. Su nivel de medida es de intervalo.
- Descendencia. Valora la circunstancia de tener hijos. Su nivel de medida es nominal dicotómico, tomando los valores hijos/no hijos.
- Medicación. Valora si el sujeto toma medicación o no. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Enfermedad crónica. Valora si el sujeto sufre una enfermedad crónica. Su nivel de medida es nominal dicotómico
- Duelo. Valora si el sujeto ha sufrido algún duelo importante. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Accidente. Valora si el sujeto ha sufrido algún accidente importante. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Separación. Valora si el sujeto ha sufrido una separación o divorcio respecto de su pareja. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Residencia. Valora el tipo de residencia en el que vive actualmente el sujeto. Su nivel de medida es nominal, tomando los valores “solo en casa / en compañía en casa / en residencia”.
- Enfermedad. Valora el hecho de que el sujeto esté o no padeciendo una enfermedad que considere importante. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Dependencia. Valora el hecho de que el sujeto tenga una determinada dependencia. Su nivel de medida es nominal dicotómico.

- Participación social. Valora que el sujeto participe en eventos sociales. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Vigilancia médica. Valora el hecho de que el sujeto esté sometido a vigilancia médica. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Paseo. Valora que el sujeto dedique parte de su ocio a pasear. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Lectura. Valora que el sujeto dedique parte de su ocio a leer o escribir. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Media. Valora que el sujeto dedique parte de su ocio a ver televisión, escuchar la radio o leer prensa. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Practicar ejercicio. Valora que el sujeto dedique parte de su ocio a practicar algún tipo de ejercicio. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Asistir a espectáculos. Valora que el sujeto dedique parte de su ocio a asistir a espectáculos como obras de teatro o cine. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Viajar. Valora que el sujeto disfrute y realice viajes con relativa frecuencia. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Relaciones sociales. Valora que el sujeto sea aficionado a conocer y relacionarse con otras personas. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Cuidado personal. Valora que el sujeto dedique su tiempo a su aseo personal y mejora de su aspecto físico. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Practica deportiva. Valora que al sujeto le guste practicar algún deporte de competición. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Cultivar amistades. Valora que el sujeto dedique un tiempo a pasarlo con sus amistades. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Hábitos alimenticios. Valora que el sujeto tenga una dieta con alimentación sana. Su nivel de medida es nominal dicotómico.
- Uso de Internet. Valora que el sujeto haga uso de las nuevas tecnologías. Su nivel de medida es nominal dicotómico.

- Síntomas presentes. Número de síntomas depresivos que tiene un sujeto. Su nivel de medida es de intervalo.
- Sujetos presentes. Es la frecuencia de presencia de una categoría (síntoma, hábito o circunstancia), o número de sujetos que está presente en dicha categoría. Su nivel de medida es de intervalo.
- Sujetos no presentes. Es la frecuencia de no presencia de una categoría, esto es, el número de sujetos que no tiene presencia en esta categoría. Su nivel de medida es de intervalo.
- EDG. Para la medida del estado de ánimo deprimido, es el resultado de cada sujeto en la escala EDG. Su nivel de medida es ordinal.

3.2.3. Instrumento Aplicado

Para la recogida de los datos se ha pensado el empleo del método de encuesta. Como instrumento se ha pensado en diseñado un cuestionario estructurado, debido a la sencillez de aplicación y recogida de datos así como la objetividad de los datos recogidos.

Aunque el cuestionario es de elaboración propia, una parte del mismo es un test estándar de uso común, la “*Escala de Depresión Geriátrica (EDG)*”. Su inclusión tiene un doble sentido. Por un lado poder usar una variable criterio para poder analizar la validez de las preguntas referidas a síntomas depresivos. Por otro lado, poder valorar el grado de estado de ánimo deprimido, con el que poder probar la hipótesis II (anteriormente planteada). La ejecución del test se ha realizado para que este sea lo más simplificado y sencillo posible, realizando el mínimo número de preguntas que se estime oportuno para cada uno de los aspectos a investigar. Esto tiene como razón el realizar un test lo más corto posible para evitar la fatiga de los participantes.

El test consta de 4 grupos de preguntas, entremezcladas entre sí, y referidas a cada una de las variables a medir, tal como se exponen a continuación:

	VARIABLE A MEDIR	PREGUNTA REALIZADA
SINTOMAS DEPRESIVOS	Tristeza	¿Cómo se ve a usted mismo? <ul style="list-style-type: none"> • Más alegre que el resto de la gente • Igual que el resto de la gente • Creo que me siento más triste que el resto de la gente
	Sentimiento de depresión	¿Se siente deprimido? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Ausencia de placer por las cosas	¿Ha perdido interés por cosas que en las que antes disfrutaba? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Apatía	¿Sigue disfrutando con las mismas cosas que antes le gustaba? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Aumento de peso Pérdida de peso	¿Ha notado algún cambio en su peso como no le había pasado anteriormente? <ul style="list-style-type: none"> • Sí, he aumentado de peso • Sí, he perdido peso • No
	Aumento del apetito Pérdida del apetito	¿Cómo es su actitud hacia las comidas? <ul style="list-style-type: none"> • Igual que siempre, sin cambios • Últimamente suelo comer más • Últimamente me siento desganado, con pocas ganas de comer
	Insomnio Hipersomnio	¿Cómo duerme habitualmente? <ul style="list-style-type: none"> • Creo que duermo bien • Duermo más de lo deseable • Duermo menos de que debería
	Agitación psicomotora	¿Se siente más excitado/a, tenso/a o irritable de lo normal? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Elentecimiento psicomotor	¿Le cuesta más trabajo realizar las cosas que antes? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Fatiga	¿Se encuentra últimamente fatigado/a? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Pérdida de energía	¿Piensa que tiene últimamente menos energía? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Sentimiento de inutilidad	¿Cree usted que es un estorbo para las personas que le rodea? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Sentimientos de culpa	¿Cree usted que mete la pata a menudo? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Problemas de concentración Dificultad en la toma de decisiones	¿Cree usted que ha cambiado su capacidad mental? <ul style="list-style-type: none"> • Me cuesta trabajo concentrarme • Soy incapaz de tomar una decisión rápidamente • No ha variado significativamente
	Ideas recurrentes de muerte	¿Piensa frecuentemente en la muerte?

	Pensamientos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No ¿Cree que los demás estarían mejor si usted faltara? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
CIRCUNSTANCIAS PERSONALES	Sexo Edad Descendencia Medicación Enfermedad crónica Duelo Accidente Separación o divorcio Residencia en institución Reside sólo Vivir en compañía Padecer enfermedad Dependencia	¿Sexo? ¿Edad? ¿Tiene usted hijos? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ¿Está tomando algún medicamento? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No ¿Ha tenido alguna vivencia traumática? <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importante • Enfermedad crónica • Duelo (muerte de un ser querido) • Accidente • Separación, divorcio ¿En que tipo de residencia en la que vive? <ul style="list-style-type: none"> • Institucionalizados (residencia...) • Sólo/a en vivienda particular • En compañía en vivienda particular ¿Padece alguna enfermedad? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ¿Cómo se desenvuelve en su cuidado personal? <ul style="list-style-type: none"> • No necesito ninguna ayuda • Necesito alguna ayuda • No lo puedo hacer sin ayuda
HABITOS	Participación social Vigilancia médica Paseo Lectura y/o escritura Ver TV o escuchar radio Practicar ejercicio Ver espectáculos Viajar Relaciones sociales Cuidado personal	¿Participa en alguna actividad (Juegos, deportes, reuniones, asociación...etc.?) <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No ¿Mantiene contacto con su médico (Se hace revisiones, chequeos...)? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? <ul style="list-style-type: none"> • Pasear • Leer, escribir • Ver T.V., escuchar la radio • Hacer ejercicio • Ir al cine, teatro, museos...etc. • Viajar • Relacionarme con los amigos/as • Ninguna de las anteriores ¿Cuida su aspecto físico (Ropa, peluquería...etc.) como antes? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

	Practica deportiva	¿Cuántos días a la semana practica algún ejercicio (caminar, nadar, bicicleta...)?		
		<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Algunos días • Tolos los días 		
	Cultivar amistades	¿Suele relacionarse con un grupo de amigos?		
		<ul style="list-style-type: none"> • No • A veces • Si, siempre que puedo 		
	Buenos hábitos alimenticios	¿Considera que se alimenta adecuadamente (Mantiene una buena alimentación)?		
		<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • Regular 		
	Uso de internet	¿Utiliza habitualmente internet?		
		<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 		
EDG		¿Está satisfecho/a con su vida?	SI	NO
		¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
		¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
		¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	SI	NO
		¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
		¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
		¿Se siente feliz a menudo?	SI	NO
		¿Se siente con frecuencia abandonado/a?	SI	NO
		¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
		¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
		¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
		¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
		¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
		¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
		¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

Con estas preguntas se ha elaborado un instrumento, con la presentación que tiene a continuación:

SENSACION DE BIENESTAR EN LA TERCERA EDAD

SEXO (V/M): _____ EDAD: _____ LOCALIDAD: _____

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que mejor describa como se ha sentido últimamente.

- 1) ¿Cómo se ve a usted mismo/a?
 - Más alegre que el resto de la gente
 - Igual que el resto de la gente
 - Creo que me siento más triste que el resto de la gente

- 2) ¿Participa en alguna actividad (Juegos, deportes, reuniones, asociación...etc.)?
 - Sí
 - No

- 3) ¿Ha perdido interés por cosas que antes le atraían?
 - Sí
 - No

- 4) ¿Tiene usted hijos?
 - Sí
 - No

- 5) ¿Ha notado algún cambio en su peso como no le había pasado anteriormente?
 - Sí, he aumentado de peso
 - Sí, he perdido peso
 - No

- 6) ¿Mantiene contacto con su médico (Se hace revisiones, chequeos...)?
 - Sí
 - No

- 7) ¿Cómo duerme habitualmente?
 - Creo que duermo bien
 - Duermo más de lo deseable
 - Duermo menos de que debería

- 8) ¿Está tomando algún medicamento?
 - Sí
 - No

- 9) ¿Le cuesta más trabajo realizar las cosas que antes?
 - Sí
 - No

- 10) ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
- Pasear
 - Leer, escribir
 - Ver T.V., escuchar la radio
 - Hacer ejercicio
 - Ir al cine, teatro, museos...etc
 - Viajar
 - Relacionarme con los amigos/as
 - Ninguna de las anteriores
- 11) ¿Piensa que tiene últimamente menos energía?
- Sí
 - No
- 12) ¿Ha tenido alguna vivencia traumática?
- Ninguna importante
 - Enfermedad crónica
 - Duelo (muerte de un ser querido)
 - Accidente
 - Separación, divorcio
- 13) ¿Cree usted que mete la pata a menudo?
- Sí
 - No
- 14) ¿Cuida su aspecto físico (Ropa, peluquería...etc.) como antes?
- Sí
 - No
- 15) ¿Piensa frecuentemente en la muerte?
- Sí
 - No
- 16) ¿En que tipo de residencia en la que vive?
- Institucionalizados (residencia...)
 - Sólo/a en vivienda particular
 - En compañía en vivienda particular
- 17) ¿Se siente deprimido?
- Sí
 - No
- 18) ¿Cuántos días a la semana practica algún ejercicio (caminar, nadar, bicicleta...)?
- Ninguno
 - Algunos días
 - Todos los días
- 19) ¿Sigue disfrutando con las mismas cosas que antes le gustaba?
- Sí
 - No

20) ¿Padece alguna enfermedad?

- Sí
- No

21) ¿Cómo es su actitud hacia las comidas?

- Igual que siempre, sin cambios
- Últimamente suelo comer más
- Últimamente me siento desganado, con pocas ganas de comer

22) ¿Suele relacionarse con un grupo de amigos?

- No
- A veces
- Sí, siempre que puedo

23) ¿Se siente más excitado/a, tenso/a o irritable de lo normal?

- Sí
- No

24) ¿Cómo se desenvuelve en su cuidado personal?

- No necesito ninguna ayuda
- Necesito alguna ayuda
- No lo puedo hacer sin ayuda

25) ¿Se siente fatigado/a?

- Sí
- No

26) ¿Cree usted que es un estorbo para las personas que le rodea?

- Sí
- No

27) ¿Considera que se alimenta adecuadamente (Mantiene una buena alimentación)?

- Sí
- No
- Regular

28) ¿Cree usted que ha cambiado su capacidad mental?

- Me cuesta trabajo concentrarme
- Soy incapaz de tomar una decisión rápidamente
- No ha variado significativamente

29) ¿Cree que los demás estarían mejor si usted faltara?

- Sí
- No

30) ¿Utiliza habitualmente internet?

- Sí
- No

TEST EDG.

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho/a con su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha renunciado a muchas actividades? | SI | NO |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? | SI | NO |
| 5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? | SI | NO |
| 6. ¿Teme que algo malo le pase? | SI | NO |
| 7. ¿Se siente feliz a menudo? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia abandonado/a? | SI | NO |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? | SI | NO |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | SI | NO |
| 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? | SI | NO |
| 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía? | SI | NO |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada? | SI | NO |
| 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | SI | NO |

Como puede verse, el nombre que se ha puesto al cuestionario ha sido el de Sensación de Bienestar en la Tercera Edad. El motivo de haber utilizado este nombre ha sido para no orientar sobre el verdadero sentido del test, que puede producir por un lado rechazo a su ejecución y por otro lado que puede provocar una predisposición en el sujeto que sesgue los resultados.

3.2.4. Población y Muestra.

La población de referencia para este estudio es el estrato de población cuya edad es superior a 65 años.

Para la realización de este experimento ha seleccionado una muestra de 40 sujetos mayores de 65 años todos ellos residentes en las ciudades de Córdoba y Sevilla, de los cuales una parte importante vivían en una residencia geriátrica. La muestra se eligió aleatoriamente, pero dada la dificultad para encontrar sujetos, la elección se hizo sin ningún criterio previo según se ofrecían los ancianos al experimento, pero habiendo escogido previamente varios lugares donde recoger la información. Por la cantidad se estima que la muestra es suficientemente representativa para la investigación.

Atendiendo al sexo la distribución de la muestra de sujetos viene recogida en la tabla 10 y el gráfico 2:

Sexo	Mujer	Varón
Sujetos	25	15
Porcentaje	62,50%	37,50%

Tabla 10

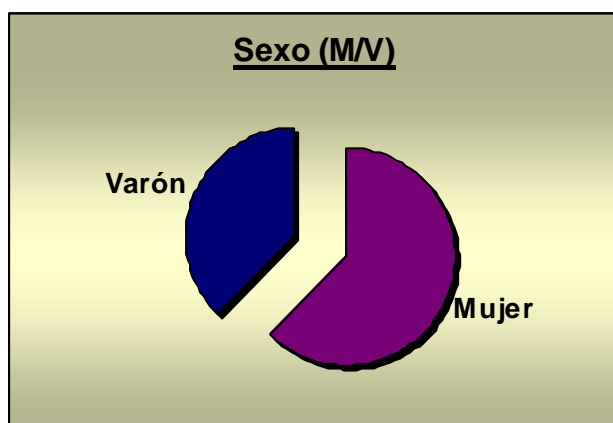


Gráfico 2

Y en cuanto al tipo de residencia en el que vivían los sujetos, la distribución se recoge en la tabla 11 y el gráfico 3:

Residencia en institución	21	40,00%
Reside sólo	20	30,00%
Vivir en compañía	28	30,00%

Tabla 11



Gráfico 3

En cuanto a la edad de los sujetos, se procuró que la muestra fuera lo más heterogénea posible. Así, por grupos de edad no hay grandes diferencias:

Edad	Nº Suj
De 65 a 69	11
De 70 a 74	15
De 75 a 80	6
Más de 80	8

Tabla 12

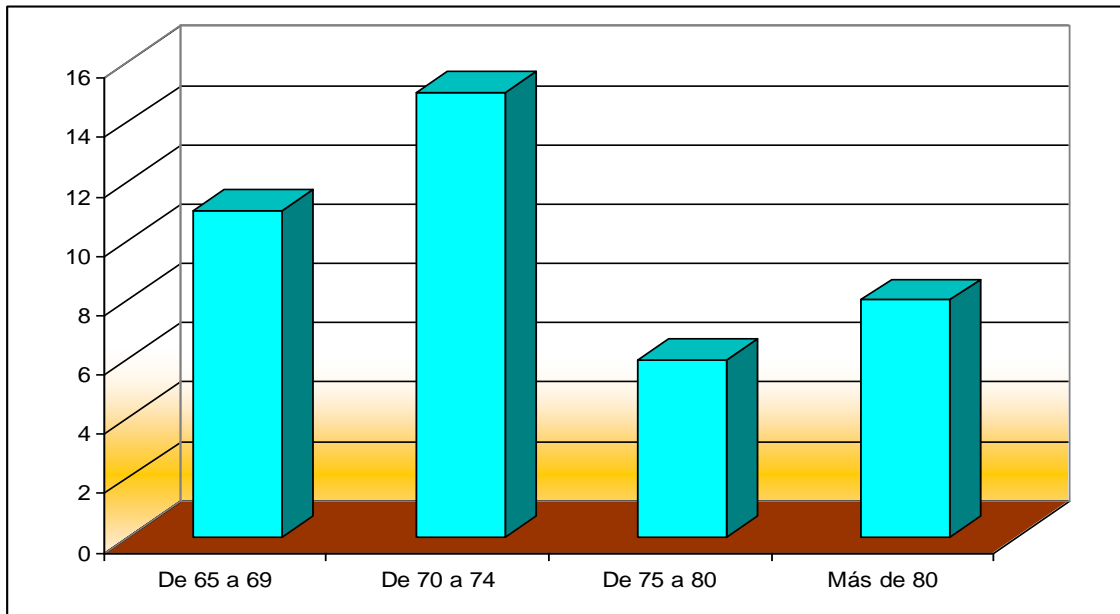


Gráfico 4

3.3. ANALISIS DE DATOS

3.3.1. Descarga de datos

Una vez se ha aplicado el cuestionario, para poder analizar los datos obtenidos se han introducido las respuestas en una hoja de cálculo, cuyos resultados han sido los que aparecen en la tabla 13:

ASPECTO	ITEM	Sujetos																																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40							
Sexo	Inicio	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M							
Edad	Inicio	68	68	88	73	69	72	70	66	82	77	72	65	71	65	71	73	66	71	84	72	65	75	77	72	84	67	80	75	84	76	84	74	72	72	69	80	65	66	75	67	73						
Instaza	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				
Participación social	2	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
Ausencia de placer por las cosas	3	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Descendencia	4	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Aumento de peso	5	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Pérdida de peso	6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Vigilancia médica	7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Hipersomnio	7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Insomnio	7	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Medicación	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Ejercitamiento psicomotor	9	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Paseo	10	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Lectura y/o escritura	10	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ver TV o escuchar radio	10	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Practicar ejercicio	10	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ver espectáculos	10	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Viajar	10	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Relaciones sociales	10	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Pérdida de energía	11	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Enfermedad crónica	12	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Duelo	12	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Accidente	12	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Separación o divorcio	12	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Sentimientos de culpa	13	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Cuidado personal	14	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Ideas recurrentes de muerte	15	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Reside sólo	16	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Residencia en institución	16	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Vivir en compañía	16	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Sentimiento de depresión	17	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Practica deportiva	18	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Apatía (Cuidado, poner la respuesta)	19	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Padecer enfermedad	20	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Aumento del apetito	21	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Pérdida del apetito	21	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Cultivar amistades	22	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Agitación psicomotora	23	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Dependencia	24	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Fatiga	25	NO	NO	NO																																												

Con las pertinentes operaciones ya podemos realizar las operaciones que estimemos significativas.

Con los datos recogidos e introducidos en la hoja de cálculo se puede realizar el análisis de los datos, lo cual nos dará los resultados de los aspectos que se investigan en este trabajo. A continuación analizamos cada una de las hipótesis de trabajo anteriormente expuestas:

3.3.2. Prevalencia de síntomas depresivos.

Se correspondería con la Hipótesis I anteriormente expuesto. La recogida de datos consiste en el análisis de la frecuencia de presentación de cada síntoma depresivo, es decir, el número de sujetos que tiene presente dicho síntoma. Los datos recogidos se exponen en la tabla 15.

	VARIABLE A MEDIR	Sujetos pres	Sujetos N/P	% Presencia
SINTOMAS DEPRESIVOS	Elentecimiento psicomotor	31	9	77,50%
	Pérdida de energía	30	10	75,00%
	Ausencia de placer por las cosas	18	22	45,00%
	Insomnio	17	23	42,50%
	Fatiga	17	23	42,50%
	Aumento de peso	15	25	37,50%
	Problemas de concentración	14	26	35,00%
	Apatía	13	27	32,50%
	Sentimientos de culpa	12	28	30,00%
	Ideas recurrentes de muerte	12	28	30,00%
	Agitación psicomotora	10	30	25,00%
	Sentimiento de depresión	9	31	22,50%
	Pérdida del apetito	8	32	20,00%
	Dificultad en la toma de decisiones	7	33	17,50%
	Tristeza	5	35	12,50%
	Sentimiento de inutilidad	3	37	7,50%
	Pérdida de peso	2	38	5,00%
	Aumento del apetito	1	39	2,50%
	Hipersomnio	1	39	2,50%
	Pensamientos suicidas	0	40	0,00%
	<i>Presencia Media</i>			<i>28,13%</i>

Tabla 15

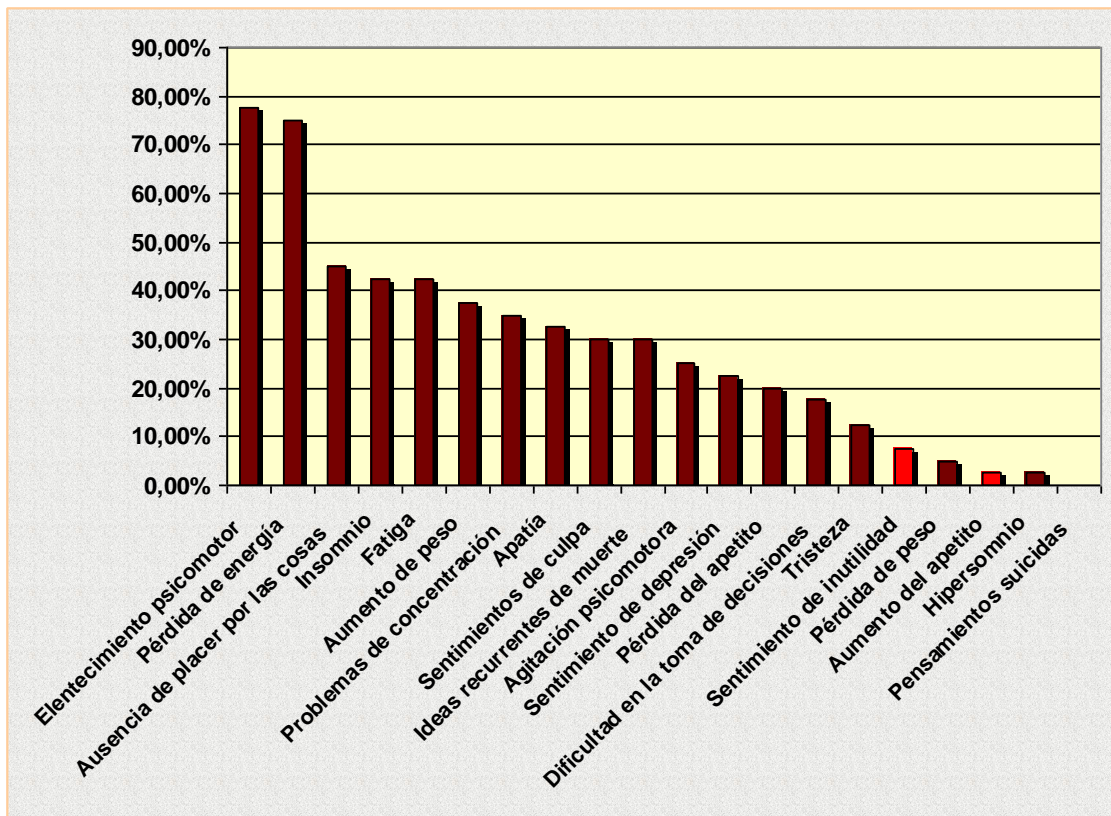


Gráfico 5

Según el gráfico 5 vemos que hay dos síntomas muy presentes, que son el enlentecimiento psicomotor y la pérdida de energía. Estos dos síntomas pueden hacerse muy presentes debido al natural desgaste de la salud debido al envejecimiento. Igual ocurre con otros síntomas muy presentes, como el insomnio, la fatiga y el aumento de peso, que tienen una importante componente física. De cualquier manera, la presencia de factores psicológicos pueden influir en una mayor prevalencia de estos síntomas anteriores. Además, estos últimos síntomas tienen una presencia similar a otros síntomas con un componente menos relacionado con el estado físico como la ausencia de placer por las cosas, los problemas de concentración y la apatía.

Como siguiente paso vamos a comprobar si hay algún síntoma cuya aparición sea significativamente más importante que el resto.

Como hipótesis se va a plantear si hay diferencias significativas en la proporción de sujetos que padecen un síntoma respecto a la proporción media de aparición de los síntomas. Para ello, realizamos un contraste de hipótesis para la proporción. La hipótesis formulada es la siguiente:

$H_0: \pi \leq \pi_0$. (La proporción de sujetos con el síntoma de estudio es menor o igual que la proporción media de todos los síntomas = 0.2813)

$H_1: \pi > \pi_0$. (La proporción de sujetos con el síntoma de estudio es mayor que la proporción media de todos los síntomas = 0.2813)

Para realizar este contraste utilizamos el estadístico Z, que se distribuye según la normal. Para un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor crítico del estadístico es $z_{0,95} = 1.645$

Nos ayudamos de una tabla para obtener los valores de los estadístico de contraste para todos los síntomas analizados (aquellos que tienen una presencia superior al 28.13 %).

VARIABLE A MEDIR	SI	NO	P	P- π_0	Z	Posición
Enlentecimiento psicomotor	31	9	0,775	0,494	4,911	Rechazo
Pérdida de energía	30	10	0,750	0,469	4,663	Rechazo
Ausencia de placer por las cosas	18	22	0,450	0,169	1,679	Rechazo
Insomnio	17	23	0,425	0,144	1,430	Hip. Nula
Fatiga	17	23	0,425	0,144	1,430	Hip. Nula
Aumento de peso	15	25	0,375	0,094	0,933	Hip. Nula
Problemas de concentración	14	26	0,350	0,069	0,684	Hip. Nula
Apatía	13	27	0,325	0,044	0,435	Hip. Nula
Sentimientos de culpa	12	28	0,300	0,019	0,187	Hip. Nula
Ideas recurrentes de muerte	12	28	0,300	0,019	0,187	Hip. Nula
	<i>Presencia Media</i>		<u>0,281</u>			
	<i>σp</i>		<u>0,101</u>			

Tabla 16

A la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que hay tres síntomas cuya presencia es significativamente mayor que la del resto de los síntomas. Estos síntomas son el enlentecimiento psicomotor, la pérdida de energía y la ausencia de placer por las cosas.

Se ha comprobado también la distribución de síntomas depresivos dependiendo del sexo del sujeto, obteniendo los resultados expuestos en la tabla 17, representados en el gráfico 6:

Variable	Mujer	Hombre
Elentecimiento psicomotor	84,0%	66,7%
Pérdida de energía	80,0%	66,7%
Ausencia de placer por las cosas	48,0%	40,0%
Insomnio	56,0%	20,0%
Fatiga	48,0%	33,3%
Aumento de peso	44,0%	26,7%
Problemas de concentración	36,0%	33,3%
Apatía	40,0%	20,0%
Sentimientos de culpa	32,0%	26,7%
Ideas recurrentes de muerte	44,0%	6,7%
Agitación psicomotora	32,0%	13,3%
Sentimiento de depresión	28,0%	13,3%
Pérdida del apetito	20,0%	20,0%
Dificultad en la toma de decisiones	24,0%	6,7%
Tristeza	12,0%	13,3%
Sentimiento de inutilidad	8,0%	6,7%
Pérdida de peso	8,0%	0,0%
Aumento del apetito	0,0%	6,7%
Hipersomnio	4,0%	0,0%
Pensamientos suicidas	0,0%	0,0%

Tabla 17

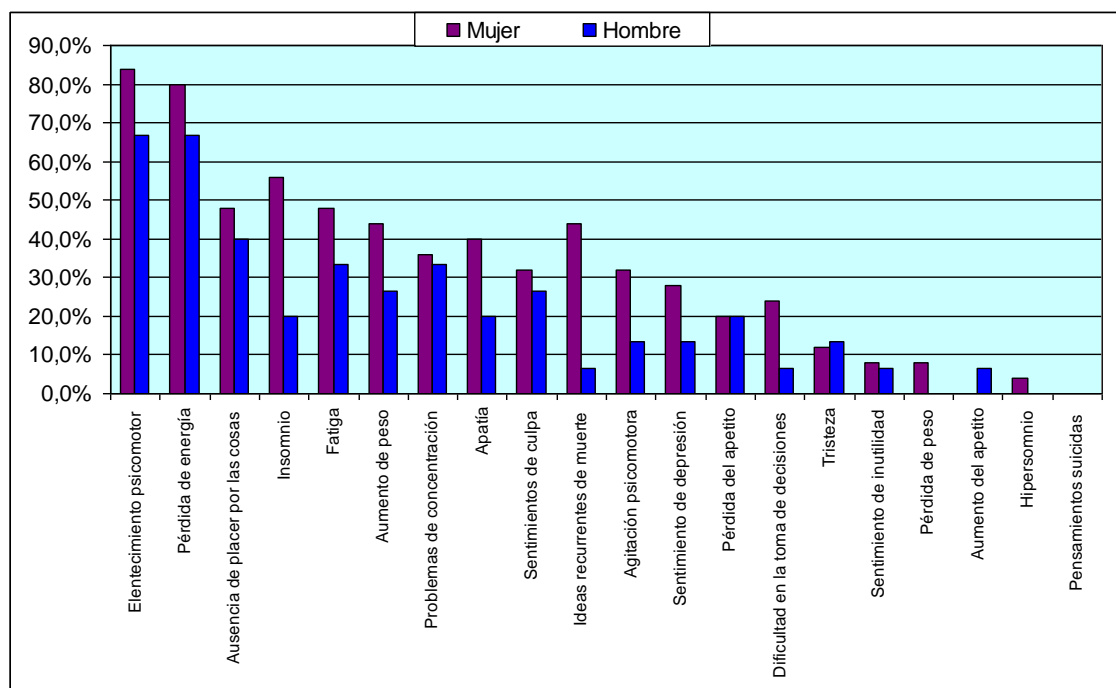


Gráfico 6

A simple vista no parecen haber unas diferencias significativas entre ambos grupos, parecen coincidir en la mayoría de los casos. Teniendo en cuenta que en mujeres hay mayor predisposición a padecer síntomas depresivos (la presencia media de un síntoma es del 32.4% en mujeres frente al 21 % en hombres), y en prácticamente todos los casos el porcentaje es mayor en mujeres que en hombres, se puede decir que hay una verdadera diferencia en insomnio y en ideas recurrentes de muerte.

Como hipótesis podemos plantear si hay diferencias significativas en la distribución de los síntomas entre mujeres y hombres. Para realizar el contraste de la hipótesis aplicamos el estadístico X^2 de Pearson de homogeneidad que se distribuye como una χ^2 con 18 grados de libertad. La hipótesis formulada es la siguiente:

H_0 : La población de mujeres es homogénea a la población de hombres en cuanto a la proporción de presentación de los síntomas depresivos.

H_1 : La población de mujeres no es homogénea a la población de hombres en cuanto a la proporción de presentación de los síntomas depresivos.

Nos ayudamos de una tabla (tabla 18) para obtener el valor del estadístico de contraste buscado:

Variable	Mujer	Hombre	fmi	fhi	fi	ftmi	fthi	(fmi-ftm) ² /ftm	(fhi-fth) ² /fthi
Elentecimiento psicomotor	84,0%	66,7%	21	10	31	22,32	8,68	0,0781	0,2007
Pérdida de energía	80,0%	66,7%	20	10	30	21,60	8,40	0,1185	0,3048
Ausencia de placer por las cosas	48,0%	40,0%	12	6	18	12,96	5,04	0,0711	0,1829
Insomnio	56,0%	20,0%	14	3	17	12,24	4,76	0,2531	0,6508
Fatiga	48,0%	33,3%	12	5	17	12,24	4,76	0,0047	0,0121
Aumento de peso	44,0%	26,7%	11	4	15	10,80	4,20	0,0037	0,0095
Problemas de concentración	36,0%	33,3%	9	5	14	10,08	3,92	0,1157	0,2976
Apatía	40,0%	20,0%	10	3	13	9,36	3,64	0,0438	0,1125
Sentimientos de culpa	32,0%	26,7%	8	4	12	8,64	3,36	0,0474	0,1219
Ideas recurrentes de muerte	44,0%	6,7%	11	1	12	8,64	3,36	0,6446	1,6576
Agitación psicomotora	32,0%	13,3%	8	2	10	7,20	2,80	0,0889	0,2286
Sentimiento de depresión	28,0%	13,3%	7	2	9	6,48	2,52	0,0417	0,1073
Pérdida del apetito	20,0%	20,0%	5	3	8	5,76	2,24	0,1003	0,2579
Dificultad en la toma de decisiones	24,0%	6,7%	6	1	7	5,04	1,96	0,1829	0,4702
Tristeza	12,0%	13,3%	3	2	5	3,60	1,40	0,1000	0,2571
Sentimiento de inutilidad	8,0%	6,7%	2	1	3	2,16	0,84	0,0119	0,0305
Pérdida de peso	8,0%	0,0%	2	0	2	1,44	0,56	0,2178	0,5600
Aumento del apetito	0,0%	6,7%	0	1	1	0,72	0,28	0,7200	1,8514
Hipersomnio	4,0%	0,0%	1	0	1	0,72	0,28	0,1089	0,2800
Pensamientos suicidas	0,0%	0,0%	0	0	0	0,00	0,00		
		Suma	162	63	225	162	63		

Tabla 18

Esto da como resultado un $X^2 = 10.55$

El número de grados de libertad, que es igual: $g.d.l. = (n^{\circ} \text{ variables} - 1) \cdot (n^{\circ} \text{ grupos} - 1) = (19 - 1) \cdot (2 - 1) = 18$

* *Tomamos 19 categorías, puesto que los pensamientos suicidas no tienen presencia.*

Para un nivel de confianza del 95 % ($\alpha = 0.05$) el valor crítico del estadístico es

$$X^2_{0,95,18} = 28.87.$$

Al no caer en la zona de rechazo, la hipótesis válida es la nula, con lo que concluimos que ambas poblaciones son homogéneas en cuanto a distribución de los síntomas.

Al igual que con el sexo, se ha analizado la influencia del tipo de residencia en la distribución de síntomas depresivos, obteniendo la tabla 19:

Variable	Institución	Soledad	Compañía
Elentecimiento psicomotor	62,5%	91,7%	83,3%
Pérdida de energía	75,0%	75,0%	75,0%
Ausencia de placer por las cosas	56,3%	58,3%	16,7%
Insomnio	37,5%	50,0%	41,7%
Fatiga	43,8%	41,7%	41,7%
Aumento de peso	31,3%	58,3%	25,0%
Problemas de concentración	37,5%	25,0%	41,7%
Apatía	43,8%	33,3%	16,7%
Sentimientos de culpa	37,5%	33,3%	16,7%
Ideas recurrentes de muerte	25,0%	58,3%	8,3%
Agitación psicomotora	31,3%	33,3%	8,3%
Sentimiento de depresión	25,0%	33,3%	8,3%
Pérdida del apetito	6,3%	16,7%	41,7%
Dificultad en la toma de decisiones	18,8%	33,3%	0,0%
Tristeza	12,5%	8,3%	16,7%
Sentimiento de inutilidad	12,5%	8,3%	0,0%
Pérdida de peso	0,0%	16,7%	0,0%
Aumento del apetito	6,3%	0,0%	0,0%
Hipersomnio	6,3%	0,0%	0,0%
Pensamientos suicidas	0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 19

Que gráficamente quedaría representado se expone en el gráfico 7:

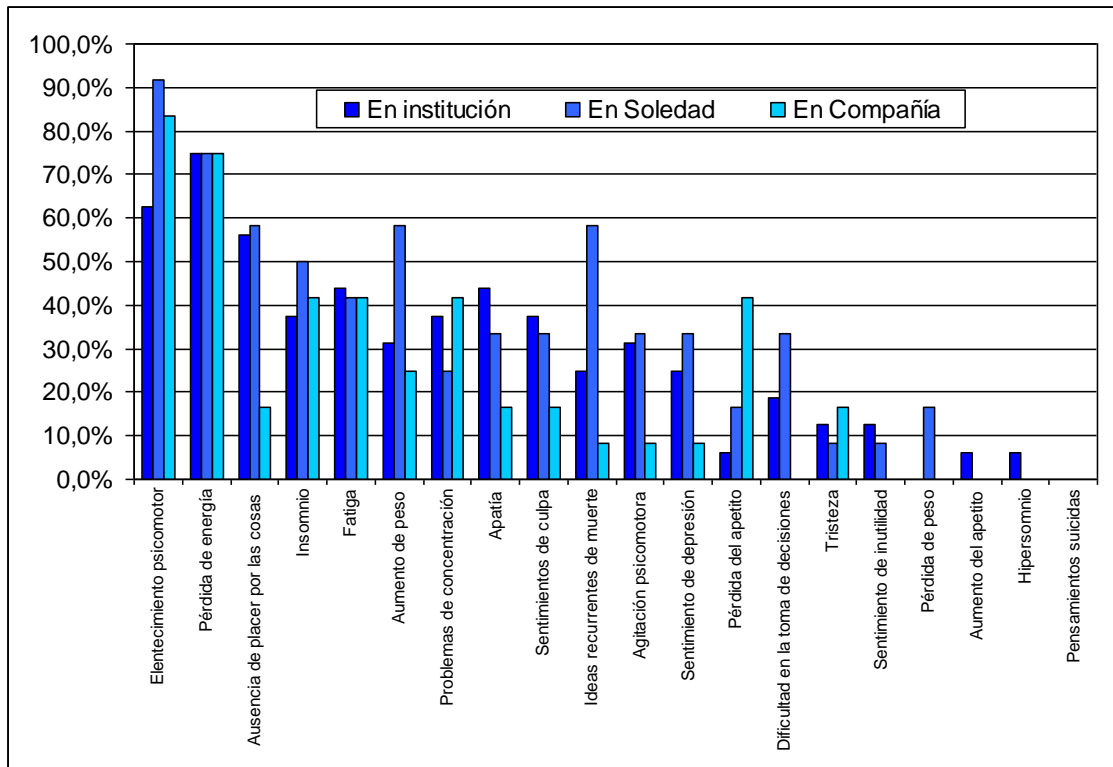


Gráfico 7

Observando el gráfico 7 no parece haber unas diferencias muy significativas en la distribución de los síntomas. Incluso podría decirse a simple vista que estos grupos son más homogéneos entre sí que por género. Sí que podría destacarse que para las personas que viven en soledad se produce un aumento de peso mayor que para las personas que viven en compañía (posiblemente debido a la realización de menor ejercicio) y sobre todo, en las ideas recurrentes de muerte (hay que considerar que muchas de las personas que viven solas lo son por la pérdida de su pareja). En el lado opuesto, podemos destacar la baja presencia del síntoma de ausencia de placer por las cosas en las personas que viven en compañía en su casa.

Como hipótesis podemos plantear si hay diferencias significativas en la distribución de los síntomas según el tipo de residencia. Al igual que para la homogeneidad según el género, para realizar el contraste de la hipótesis aplicamos el estadístico X^2 de Pearson de homogeneidad. La hipótesis formulada es la siguiente:

Ho: Las poblaciones de estudio según su tipo de residencia son homogéneas en cuanto a la proporción de presentación de los síntomas depresivos.

H₁: Las poblaciones de estudio según su tipo de residencia no son homogéneas en cuanto a la proporción de presentación de los síntomas depresivos.

Nos ayudamos de una tabla (tabla 20) para obtener el valor del estadístico de contraste buscado:

Variable	Institución	Soledad	Compañía	f _{ii}	f _{si}	f _{ci}	f _i	f _{iii}	f _{tsi}	f _{tci}	(f _{ii} -f _{iii}) ² /f _{iii}	(f _{si} -f _{tsi}) ² /f _{tsi}	(f _{ci} -f _{tci}) ² /f _{tci}
Entorpecimiento psicomotor	62,5%	91,7%	83,3%	10	11	10	31	12,538	11,160	7,302	0,514	0,002	0,997
Pérdida de energía	75,0%	75,0%	75,0%	12	9	9	30	12,133	10,800	7,067	0,001	0,300	0,529
Ausencia de placer por las cosas	56,3%	58,3%	16,7%	9	7	2	18	7,280	6,480	4,240	0,406	0,042	1,163
Insomnio	37,5%	50,0%	41,7%	6	6	5	17	6,876	6,120	4,004	0,111	0,002	0,248
Fatiga	43,8%	41,7%	41,7%	7	5	5	17	6,876	6,120	4,004	0,002	0,205	0,248
Aumento de peso	31,3%	58,3%	25,0%	5	7	3	15	6,067	5,400	3,533	0,188	0,474	0,081
Problemas de concentración	37,5%	25,0%	41,7%	6	3	5	14	5,662	5,040	3,298	0,020	0,826	0,879
Apatía	43,8%	33,3%	16,7%	7	4	2	13	5,258	4,680	3,062	0,577	0,099	0,368
Sentimientos de culpa	37,5%	33,3%	16,7%	6	4	2	12	4,853	4,320	2,827	0,271	0,024	0,242
Ideas recurrentes de muerte	25,0%	58,3%	8,3%	4	7	1	12	4,853	4,320	2,827	0,150	1,663	1,180
Agitación psicomotora	31,3%	33,3%	8,3%	5	4	1	10	4,044	3,600	2,356	0,226	0,044	0,760
Sentimiento de depresión	25,0%	33,3%	8,3%	4	4	1	9	3,640	3,240	2,120	0,036	0,178	0,592
Pérdida del apetito	6,3%	16,7%	41,7%	1	2	5	8	3,236	2,880	1,884	1,545	0,269	5,151
Dificultad en la toma de decisiones	18,8%	33,3%	0,0%	3	4	0	7	2,831	2,520	1,649	0,010	0,869	1,649
Tristeza	12,5%	8,3%	16,7%	2	1	2	5	2,022	1,800	1,178	0,000	0,356	0,574
Sentimiento de inutilidad	12,5%	8,3%	0,0%	2	1	0	3	1,213	1,080	0,707	0,510	0,006	0,707
Pérdida de peso	0,0%	16,7%	0,0%	0	2	0	2	0,809	0,720	0,471	0,809	2,276	0,471
Aumento del apetito	6,3%	0,0%	0,0%	1	0	0	1	0,404	0,360	0,236	0,877	0,360	0,236
Hipersomnio	6,3%	0,0%	0,0%	1	0	0	1	0,404	0,360	0,236	0,877	0,360	0,236
Pensamientos suicidas	0,0%	0,0%	0,0%	0	0	0	0	0,000	0,000	0,000			
				91	81	53	225	91,000	81,000	53,000			

Tabla 20

Esto da como resultado un $X^2 = 31.83$

El número de grados de libertad, que es igual: g.d.l. = (n° variables – 1) · (n° grupos – 1) = (19* – 1) · (3 – 1) = 36

* Tomamos 19 categorías, puesto que los pensamientos suicidas no tienen presencia.

Para un nivel de confianza del 95 % ($\alpha = 0.05$) el valor crítico del estadístico es

$$X^2_{0,95,36} = 51.$$

Al no caer en la zona de rechazo, la hipótesis válida es la nula, con lo que concluimos que las poblaciones son homogéneas entre sí en cuanto a distribución de los síntomas.

3.3.3. Síntomas depresivos y estado de ánimo depresivo.

El análisis de datos que se realiza en este apartado es la relación que tiene cada síntoma con la existencia de un estado de ánimo deprimido. Se correspondería con la Hipótesis II anteriormente expuesta. El análisis de datos que vamos a realizar va a ser el de comparar el valor obtenido en la EDG los individuos según tenga presencia o no presencia del síntoma depresivo.

Hay que indicar que el cuestionario pasó la prueba de la validez, por tanto, existe una relación entre el número de síntomas depresivos de los sujetos y su estado de ánimo deprimido. Gráficamente, la nube de puntos quedaría como queda representado en el gráfico 8:

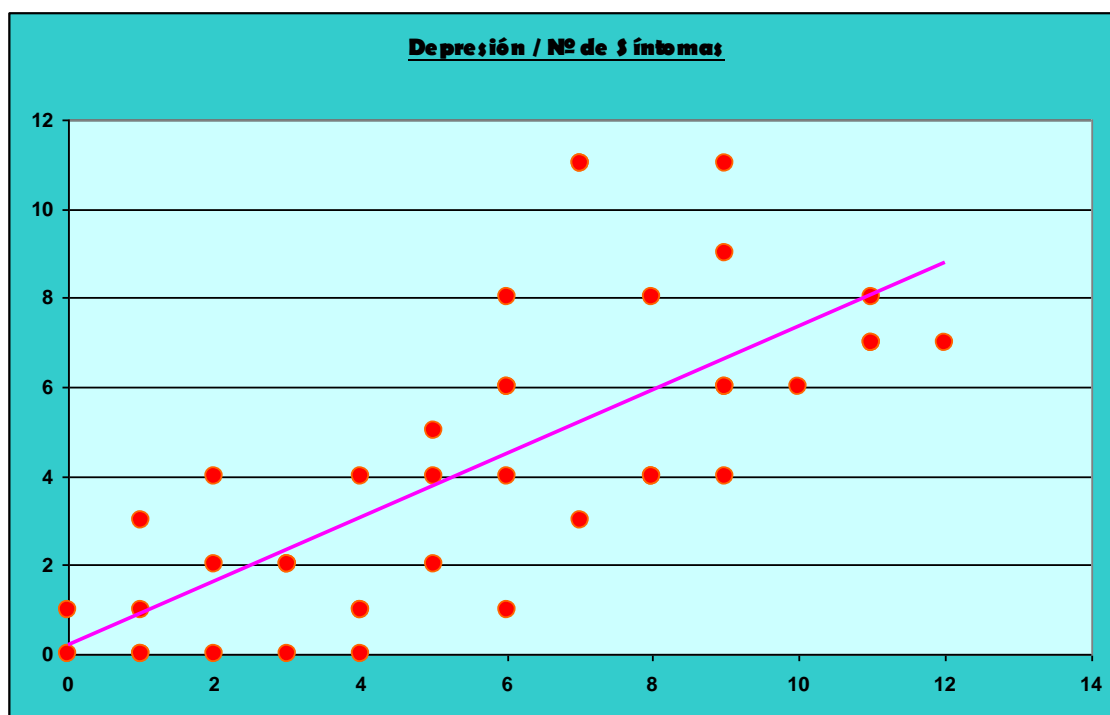


Gráfico 8

Para nuestra propuesta de investigación vamos a analizar cada uno de los síntomas y que síntomas pueden delatar más un estado deprimido y cuales son más relacionados con la vejez. Primeramente vamos a obtener el coeficiente de correlación entre la presencia de síntoma (dicotómica) con el resultado obtenido en la escala EDG para cada uno de los síntomas, para lo cual aplicaremos el coeficiente de correlación biserial-puntual r_{bp} .

Obteniendo la media en puntuación EDG distinguiendo entre los sujetos que tienen o no tienen presente cada síntoma obtenemos el gráfico 9:

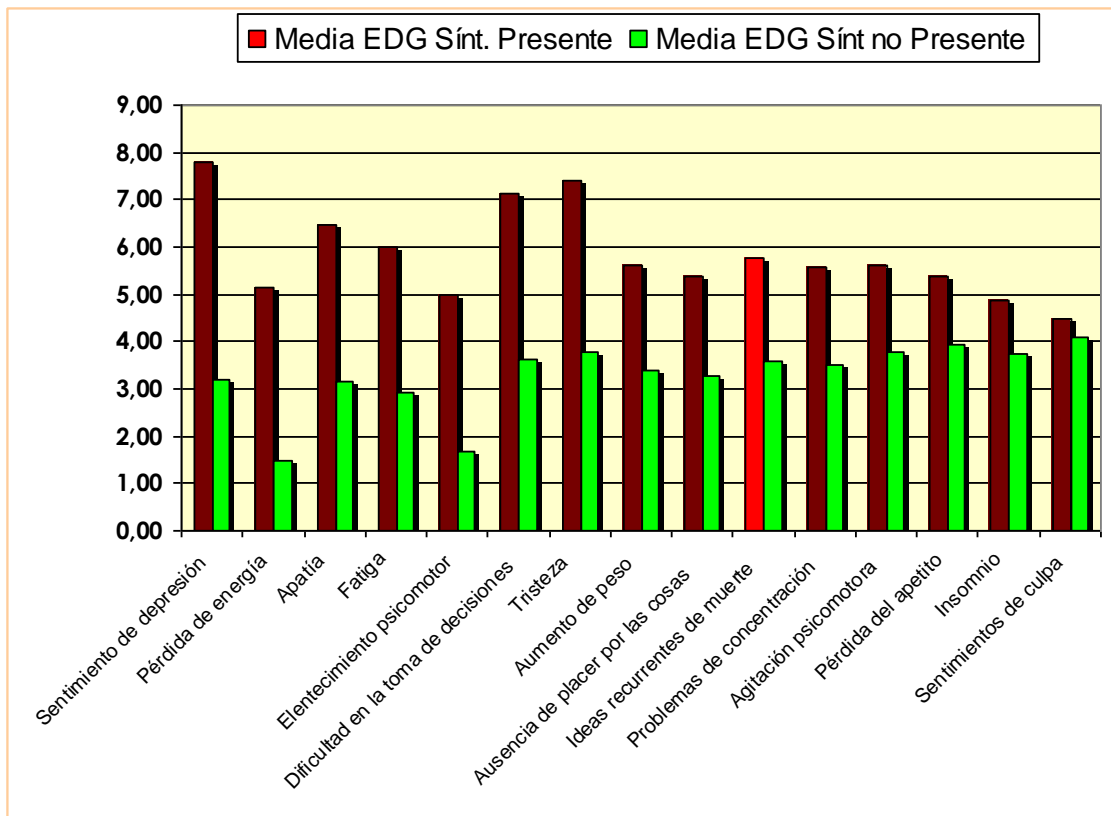


Gráfico 9

Se puede observar que hay 15 síntomas estudiados, pues que se ha prescindido de realizar hipótesis con el resto de síntomas debido a la escasa presencia de sujetos (inferior a 3 sujetos de 40) que han respondido positivo, lo cual iba a dar resultados poco fiables.

Los resultados en el coeficiente de correlación entre presencia de síntoma y valor obtenido en la escala EDG es el indicado en la tabla 21 (ordenado de mayor a menor)

Calculo del coeficiente de correlación						
Síntoma	\bar{X}_{si}	\bar{X}_{no}	S_x	p	q	r bp
Sentimiento de depresión	7,78	3,19	3,260	0,23	0,78	0,587
Pérdida de energía	5,13	1,50	3,260	0,75	0,25	0,483
Apatía	6,46	3,15	3,260	0,33	0,68	0,476
Fatiga	6,00	2,91	3,260	0,43	0,58	0,468
Elentecimiento psicomotor	4,97	1,67	3,260	0,78	0,23	0,423
Dificultad en la toma de decisiones	7,14	3,61	3,260	0,18	0,83	0,412
Tristeza	7,40	3,77	3,260	0,13	0,88	0,368
Aumento de peso	5,60	3,40	3,260	0,38	0,63	0,327
Ausencia de placer por las cosas	5,39	3,27	3,260	0,45	0,55	0,323
Ideas recurrentes de muerte	5,75	3,57	3,260	0,30	0,70	0,306
Problemas de concentración	5,57	3,50	3,260	0,35	0,65	0,303
Agitación psicomotora	5,60	3,77	3,260	0,25	0,75	0,244
Pérdida del apetito	5,38	3,94	3,260	0,20	0,80	0,176
Insomnio	4,88	3,74	3,260	0,43	0,58	0,173
Sentimientos de culpa	4,50	4,11	3,260	0,30	0,70	0,055

Tabla 21

Con esto tenemos los síntomas ordenados según la relación que tienen con el grado de depresión según la escala EDG. Es normal que al ser síntomas depresivos y dado que ya se probó la validez del instrumento los síntomas estén relacionados con el grado de depresión, y aquí queda demostrado que en todos los síntomas hay una relación positiva entre la presencia del síntoma y la escala de depresión. Pero también queda claro que la relación de unos síntomas con la escala de depresión es bastante mayor en otros. Tienen una alta relación lo que sería el sentimiento de depresión, la pérdida de energía, la apatía y la fatiga, frente a la poca relación que tiene con dicha escala la pérdida de apetito, el insomnio y los sentimientos de culpa.

El siguiente paso, va a ser contrastar la hipótesis de que la escala de depresión es significativamente distinta para los casos en los que está presente o no está presente determinado síntoma. Es la hipótesis II anteriormente mencionada. Su formulación sería la siguiente:

$$H_0 : \mu_{si} = \mu_{no}$$

$$H_1 : \mu_{si} \neq \mu_{no}$$

donde μ_{si} es la media en la escala EDG de la población de sujetos que presentan el síntoma estudiado y μ_{no} de la población de sujetos que no lo presentan.

El contraste a realizar es un contraste de medias de dos muestras independientes, y por lo tanto el estadístico a aplicar es el estadístico T, que se distribuye según una T de Student con $(n_1 + n_2 - 2)$ grados de libertad, que para nuestro caso es siempre 38. Realizamos un contraste bilateral, y para un $\alpha = 0.05$, y para un contraste bilateral, los valores críticos son -1.96 y 1.96.

En la tabla 22 se presentan los valores obtenidos para los distintos síntomas y el resultado del contraste.

Cálculo del coeficiente de correlación	Sumas		Var. Inseg		T	Resultado Contraste
	Xsi ²	Xno ²	Ssi ²	Sno ²		
Síntoma						
Sentimiento de depresión	41,56	236,84	5,19	7,89	4,47	DIF. SIGNIFICATIVA
Pérdida de energía	287,47	38,50	9,91	4,28	3,40	DIF. SIGNIFICATIVA
Apatía	123,23	205,41	10,27	7,90	3,34	DIF. SIGNIFICATIVA
Fatiga	122,00	209,83	7,63	9,54	3,27	DIF. SIGNIFICATIVA
Elentecimiento psicomotor	326,97	22,00	10,90	2,75	2,88	DIF. SIGNIFICATIVA
Dificultad en la toma de decisiones	30,86	321,88	5,14	10,06	2,79	DIF. SIGNIFICATIVA
Tristeza	57,20	310,17	14,30	9,12	2,44	DIF. SIGNIFICATIVA
Aumento de peso	93,60	286,00	6,69	11,92	2,13	DIF. SIGNIFICATIVA
Ausencia de placer por las cosas	174,28	206,36	10,25	9,83	2,10	DIF. SIGNIFICATIVA
Ideas recurrentes de muerte	104,25	280,86	9,48	10,40	1,98	DIF. SIGNIFICATIVA
Problemas de concentración	101,43	284,50	7,80	11,38	1,96	DIF. SIGNIFICATIVA
Agitación psicomotora	58,40	341,37	6,49	11,77	1,55	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Pérdida del apetito	9,88	401,88	1,41	12,96	1,10	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Insomnio	151,76	260,43	9,49	11,84	1,09	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Sentimientos de culpa	123,00	300,68	11,18	11,14	0,34	NO DIF SIGNIFICATIVAS

Tabla 22

Tras realizar el contraste queda claro que la presencia de la mayor parte de los síntomas produce diferencias significativas en la puntuación en la escala EDG. Tan sólo quedarían con diferencias no significativas la presencia de agitación psicomotora, la pérdida de apetito, el insomnio y los sentimientos de culpa.

A su vez, se ha decidido igualmente ver la relación que tiene cada uno de los síntomas con la edad de los sujetos. A la vista del gráfico 10 no existe mucha relación entre la edad del sujeto y la presencia de mayor o menor número de síntomas depresivos, a tenor por la nube de puntos obtenida con estas dos variables.

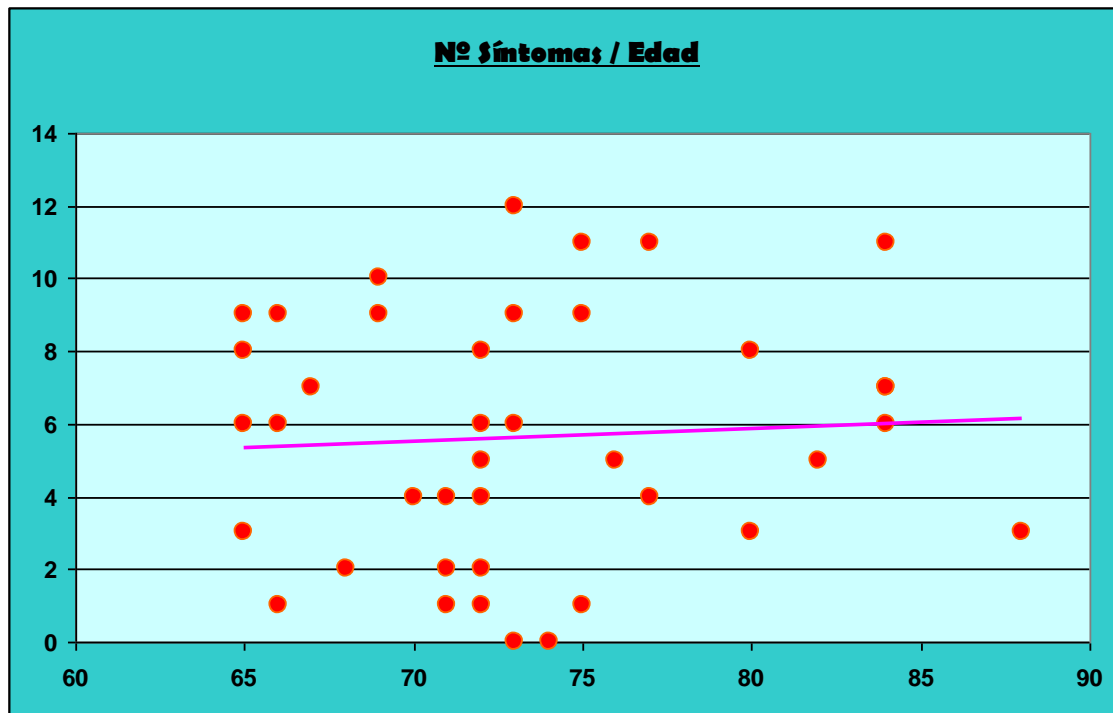


Gráfico 10

Esto puede ser debido al estrecho margen de edad en el que se sitúan la mayor parte de los sujetos (entre 65 y 77), lo cual y dada la gran variabilidad que de unos sujetos a otros se produce en el número de síntomas es complicado obtener un resultado concluyente de que varía o no varía con la edad (para ello hubiera sido necesario haber recogido datos de individuos con menos de 65 años y una cantidad mayor de sujetos con edades con más de 80 años).

A pesar de lo anterior, se ha realizado un estudio de la relación de cada uno de los síntomas con la edad de los sujetos, aplicando al igual que antes el coeficiente de correlación biserial puntual. Los resultados obtenidos se exponen en la tabla 23:

Calculo del coeficiente de correlación						
Síntoma	\bar{X}_{si}	\bar{X}_{no}	S_x	p	q	r bp
Apatía	75,08	72,48	6,043	0,33	0,68	0,201
Sentimiento de depresión	75,11	72,81	6,043	0,23	0,78	0,159
Sentimientos de culpa	74,67	72,75	6,043	0,30	0,70	0,145
Pérdida de energía	73,80	71,90	6,043	0,75	0,25	0,136
Fatiga	73,88	72,91	6,043	0,43	0,58	0,079
Elentecimiento psicomotor	73,55	72,56	6,043	0,78	0,23	0,069
Dificultad en la toma de decisiones	74,00	73,18	6,043	0,18	0,83	0,051
Ideas recurrentes de muerte	73,67	73,18	6,043	0,30	0,70	0,037
Problemas de concentración	73,43	73,27	6,043	0,35	0,65	0,013
Tristeza	73,20	73,34	6,043	0,13	0,88	-0,008
Ausencia de placer por las cosas	73,11	73,50	6,043	0,45	0,55	-0,032
Agitación psicomotora	72,10	73,73	6,043	0,25	0,75	-0,117
Aumento de peso	72,00	74,12	6,043	0,38	0,63	-0,170
Insomnio	72,06	74,26	6,043	0,43	0,58	-0,180
Pérdida del apetito	69,63	74,25	6,043	0,20	0,80	-0,306

Tabla 23

Vemos que hay algunos síntomas que tienen una correlación positiva y otros una correlación negativa. Como se dijo anteriormente, estos datos hay tomarlos con cautela, debido al escaso margen de edad en el que nos movemos, pero también una correlación negativa puede significar que dicho síntoma se de principalmente en la temprana jubilación debido a un cambio en la actividad diaria debido a dicha jubilación y que posteriormente en estos aspectos la actividad del anciano se normalice, con lo cual sea mayor la influencia de dichos síntomas a los 70 que a los 80 años.

Si resulta interesante que los cuatro síntomas que tienen una mayor correlación con el EDG a su vez se encuentren entre los 5 primeros que mayor relación guardan con la edad.

3.3.4. Las circunstancias personales y los síntomas depresivos.

El análisis de datos que se realiza en este apartado es la relación existente que en la presencia de síntomas tiene las circunstancias personales vividas por el sujeto. Se correspondería con la Hipótesis III de las hipótesis generales formuladas. El análisis de datos que vamos a realizar va a ser el de comparar el número de síntomas que tiene presentes los sujetos en función de que el sujeto viva o no una determinada circunstancia.

Primeramente vamos a obtener el coeficiente de correlación entre la presencia de una determinada circunstancia (dicotómica) con el número de síntomas depresivos presentes en los sujetos, para lo cual aplicaremos el coeficiente de correlación biserial-puntual r_{bp} .

Obteniendo la media del número de síntomas depresivos según los sujetos que tengan o no tengan presente una circunstancia determinada obtenemos el gráfico 11:

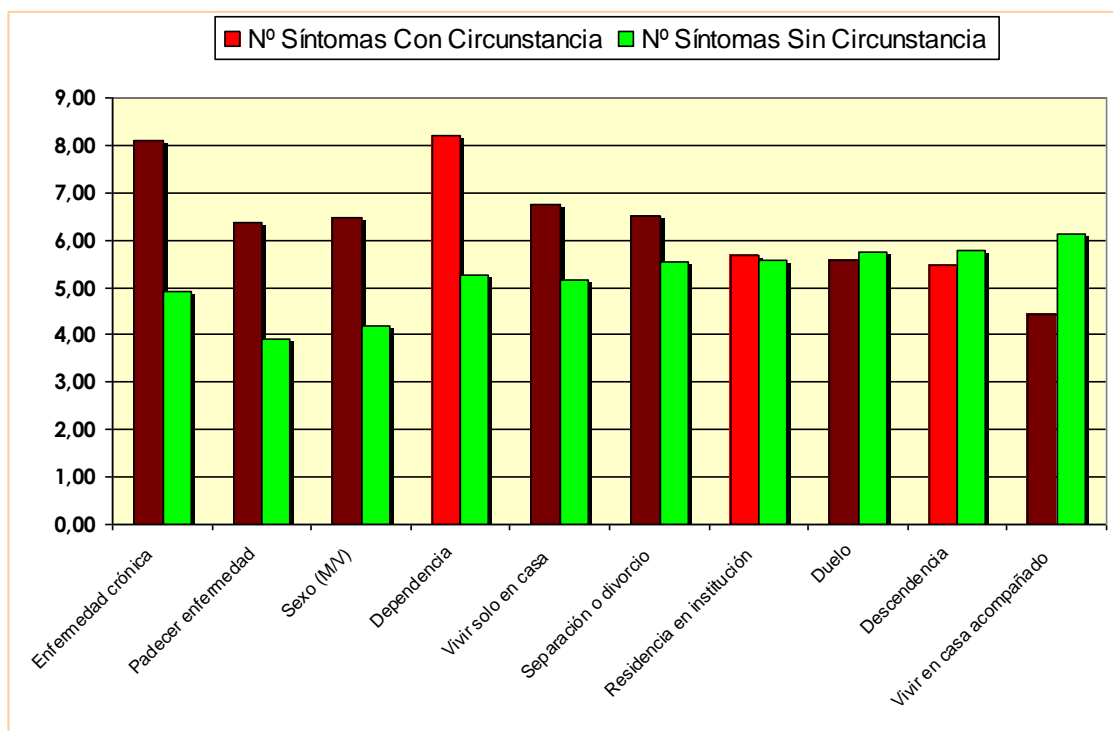


Gráfico 11

Gráficamente podemos observar que hay una serie de circunstancias que influyen en la presencia de síntomas depresivos, tres de ellas están relacionadas con la salud (enfermedad crónica, padecer alguna enfermedad y dependencia), el género, que tiene una gran influencia en este aspecto y finalmente el hecho de residir sólo o acompañado (más síntomas viviendo sólo y menos síntomas viviendo acompañado).

Los resultados en el coeficiente de correlación entre la presencia de cada una de las circunstancias y el número de síntomas presentes es el siguiente (ordenado de mayor a menor)

Calculo del coeficiente de correlación						
Síntoma	Xsi	Xno	Sx	p	q	r bp
Enfermedad crónica	8,11	4,90	3,260	0,23	0,78	0,411
Padecer enfermedad	6,36	3,92	3,260	0,70	0,30	0,343
Sexo (M/V)	6,48	4,20	3,260	0,63	0,38	0,339
Dependencia	8,20	5,26	3,260	0,13	0,88	0,299
Vivir solo en casa	6,75	5,14	3,260	0,30	0,70	0,226
Separación o divorcio	6,50	5,53	3,260	0,10	0,90	0,089
Residencia en institución	5,69	5,58	3,260	0,40	0,60	0,016
Duelo	5,57	5,75	3,260	0,70	0,30	-0,03
Descendencia	5,48	5,79	3,260	0,53	0,48	-0,05
Vivir en casa acompañado	4,42	6,14	3,260	0,30	0,70	-0,24

Tabla 24

En la tabla 24 podemos ver que existe una alta relación entre las circunstancias debidas a la salud y la presencia de síntomas depresivos (enfermedad crónica, padecer enfermedad y dependencia). También hemos obtenido una alta relación entre el género y el número de síntomas depresivos, siendo mayor para las mujeres que para los hombres. También existe una relación importante según la circunstancia de vivir sólo en casa o vivir en compañía, siendo en la primera una relación positiva (más síntomas para los que viven solos) y en la segunda una relación negativa (menos síntomas para los que viven acompañados). El resto de circunstancias tiene una relación muy escasa con el número de síntomas presentes. Es particularmente extraño la escasa relación entre el duelo y el número de síntomas presentes, debido posiblemente a que los sujetos hayan contestado afirmativamente incluyendo a personas cercanas (padres, hermanos, cónyuge), que han fallecido a una edad considerable y por circunstancias naturales y no sólo aquellos que han sufrido una muerte cercana traumática (un hijo, un cónyuge a edad temprana, un hermano a edad temprana).

El siguiente paso, va a ser contrastar la hipótesis de que el número de síntomas presentes es significativamente distinto para los casos en los que el sujeto sufre o no una determinada circunstancia. Es la hipótesis III de las anteriormente mencionadas. Su formulación sería la siguiente:

$H_0 : \mu_{si} = \mu_{no}$

$H_1 : \mu_{si} \neq \mu_{no}$

donde μ_1 es la media en el número de síntomas de la población de sujetos que viven la circunstancia de estudio y μ_0 de la población de sujetos que no la presentan.

El contraste a realizar es un contraste de medias de dos muestras independientes, y por lo tanto el estadístico a aplicar es el estadístico T, que se distribuye según una T de Student con $(n_1 + n_2 - 2)$ grados de libertad, que para nuestro caso es siempre 38. Realizamos un contraste bilateral, y para un $\alpha = 0.05$, y para un contraste bilateral, los valores críticos son -1.96 y 1.96.

En la tabla 25 se presentan los valores obtenidos para los distintos síntomas y el resultado del contraste.

Cálculo del coeficiente de correlación	Sumas		Var. Inesg		T	Resultado Contraste
	Xsi ²	Xno ²	Ssi ²	Sno ²		
Enfermedad crónica	52,89	322,71	6,61	10,76	2,69	DIF. SIGNIFICATIVA
Padecer enfermedad	304,43	92,92	11,28	8,45	2,19	DIF. SIGNIFICATIVA
Sexo	262,24	136,40	10,93	9,74	2,16	DIF. SIGNIFICATIVA
Dependencia	20,80	388,69	5,20	11,43	1,88	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Vivir solo en casa	138,25	287,43	12,57	10,65	1,39	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Separación o divorcio	53,00	390,97	17,67	11,17	0,54	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Residencia en institución	189,44	257,83	12,63	11,21	0,09	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Duelo	238,86	208,25	8,85	18,93	-0,15	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Descendencia	195,24	251,16	9,76	13,95	-0,29	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Vivir en casa acompañado	86,92	335,43	7,90	12,42	-1,50	NO DIF SIGNIFICATIVAS

Tabla 25

Tras realizar el contraste queda claro que realmente son tres las circunstancias que producen diferencias significativas, por un lado la de padecer enfermedad sea o no crónica y por el otro lado el género.

3.3.5. Hábitos y costumbres y los síntomas depresivos.

El análisis de datos que se realiza en este apartado es la relación existente que en la presencia mayor o menor de síntomas tiene con la práctica de algún hábito que podemos considerar saludable y determinadas costumbres. Se correspondería con la Hipótesis IV de las hipótesis generales formuladas. El análisis de datos que vamos a realizar va a ser el de comparar el número de síntomas que tiene presentes los sujetos en función de que el sujeto practique determinados hábitos o tenga determinadas costumbres.

Primeramente vamos a obtener el coeficiente de correlación entre la práctica de un hábito (dicotómica) con el número de síntomas depresivos presentes en los sujetos, para lo cual aplicaremos el coeficiente de correlación biserial-puntual r_{bp} .

Obteniendo la media del número de síntomas depresivos según los sujetos que tengan o no tengan presente una circunstancia determinada obtenemos el gráfico 12:

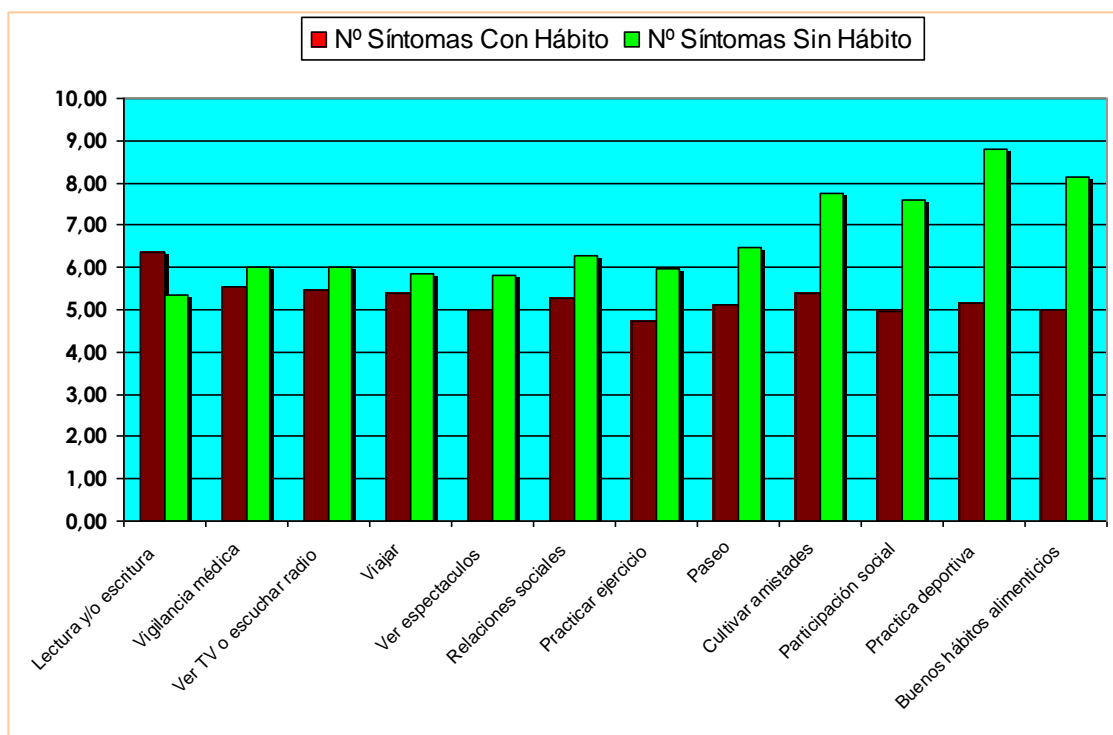


Gráfico 12

Gráficamente podemos observar que casi todos estos hábitos, que podríamos considerar saludables, afectan de manera positiva en la presencia de síntomas depresivos, siendo ésta menor cuando dichos hábitos son practicados. De los que mayor influencia tienen gráficamente, tres de ellos requieren participación social y uno de ellos está relacionado con los hábitos alimenticios.

Los resultados en el coeficiente de correlación entre la presencia de cada una de las circunstancias y el número de síntomas presentes es el siguiente (ordenado de mayor a menor)

Calculo del coeficiente de correlación						
Síntoma	Xsi	Xno	Sx	p	q	r bp
Lectura y/o escritura	6,36	5,34	3,260	0,28	0,73	0,14
Vigilancia médica	5,55	6,00	3,260	0,83	0,18	-0,05
Ver TV o escuchar radio	5,48	6,00	3,260	0,73	0,28	-0,07
Viajar	5,37	5,86	3,260	0,48	0,53	-0,07
Ver espectaculos	5,00	5,83	3,260	0,25	0,75	-0,11
Relaciones sociales	5,27	6,29	3,260	0,65	0,35	-0,15
Practicar ejercicio	4,73	5,97	3,260	0,28	0,73	-0,17
Paseo	5,12	6,47	3,260	0,63	0,38	-0,2
Cultivar amistades	5,39	7,75	3,260	0,90	0,10	-0,22
Participación social	4,97	7,60	3,260	0,75	0,25	-0,35
Practica deportiva	5,17	8,80	3,260	0,88	0,13	-0,37
Buenos hábitos alimenticios	5,00	8,13	3,260	0,80	0,20	-0,38

Tabla 26

A la vista de esta tabla 26, podemos deducir que donde mayor relación existe con una menor presencia de síntomas son en aquellos en las que tiene importancia la participación de grupos (relaciones sociales, cultivar amistades, participación social) y aquellos hábitos relacionados con el estado físico (practicar ejercicio, pasear, práctica deportiva y buenos hábitos alimenticios). Aquellas actividades más relacionadas con el entretenimiento tienen una relación muy escasa con una menor presencia de síntomas depresivos.

El siguiente paso, va a ser contrastar la hipótesis de que el número de síntomas presentes es significativamente distinto para los casos en los que el sujeto practica o no un determinado hábito. Es la hipótesis IV de las anteriormente mencionadas. Su formulación sería la siguiente:

$H_0 : \mu_{si} = \mu_{no}$

$H_1 : \mu_{si} \neq \mu_{no}$

donde μ_{si} es la media en el número de síntomas de la población de sujetos que practican el hábito de estudio y μ_{no} de la población de sujetos que no lo practican.

El contraste a realizar es un contraste de medias de dos muestras independientes, y por lo tanto el estadístico a aplicar es el estadístico T, que se distribuye según una T de Student con $(n_1 + n_2 - 2)$ grados de libertad, que para nuestro caso es siempre 38.

Realizamos un contraste bilateral, y para un $\alpha = 0.05$, y para un contraste bilateral, los valores críticos son -1.96 y 1.96.

En la tabla 27 se presentan los valores obtenidos para los distintos síntomas y el resultado del contraste.

Síntoma	Sumas		Var. Inseg		T	Resultado Contraste
	Xsi ²	Xno ²	Ssi ²	Sno ²		
Lectura y/o escritura	92,55	346,55	9,25	12,38	0,85	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Vigilancia médica	414,18	32,00	12,94	5,33	-0,32	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Ver TV o escuchar radio	277,24	168,00	9,90	16,80	-0,43	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Viajar	164,42	280,57	9,13	14,03	-0,45	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Ver espectaculos	68,00	374,17	7,56	12,90	-0,67	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Relaciones sociales	305,12	132,86	12,20	10,22	-0,90	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Practicar ejercicio	54,18	380,97	5,42	13,61	-1,03	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Paseo	240,64	189,73	10,03	13,55	-1,23	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Cultivar amistades	372,56	54,75	10,64	18,25	-1,34	NO DIF SIGNIFICATIVAS
Participación social	320,97	74,40	11,07	8,27	-2,24	DIF. SIGNIFICATIVA
Practica deportiva	372,97	16,80	10,97	4,20	-2,37	DIF. SIGNIFICATIVA
Buenos hábitos alimenticios	334,00	50,88	10,77	7,27	-2,48	DIF. SIGNIFICATIVA

Tabla 27

Tras realizar el contraste queda claro que realmente los tres hábitos con los que se producen diferencias significativas son la participación social, la práctica deportiva y los buenos hábitos alimenticios. Estos datos nos pueden ser útiles para realizar las propuestas de mejora.

Finalmente, y como último análisis de los datos vamos a tomar los síntomas que tras los análisis anteriores tienen una mayor importancia, ya sea por la prevalencia (el enlentecimiento psicomotor, la pérdida de energía y la ausencia de placer por las cosas) o bien por su relación con un mayor grado de depresión (Sentimiento de depresión, Apatía, Fatiga y Dificultad en la toma de decisiones) y su relación con la práctica de los distintos hábitos. O más bien, la no presencia de estos síntomas con la práctica de un hábito. Para ello, y para cada síntoma comprobamos que tanto por ciento de sujetos que practican dicho hábito no presentan el síntoma.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Elentecimiento psicomotor	
Relaciones sociales	31%
Buenos hábitos alimenticios	28%
Paseo	28%
Ver TV o escuchar radio	28%
Practicar ejercicio	27%
Participación social	27%
Viajar	26%
Practica deportiva	26%
Vigilancia médica	24%
Cultivar amistades	22%
Ver espectaculos	20%
Lectura y/o escritura	0%

Pérdida de energía	
Relaciones sociales	31%
Participación social	30%
Ver espectaculos	30%
Practica deportiva	29%
Buenos hábitos alimenticios	28%
Paseo	28%
Vigilancia médica	27%
Practicar ejercicio	27%
Viajar	26%
Cultivar amistades	25%
Ver TV o escuchar radio	24%
Lectura y/o escritura	18%

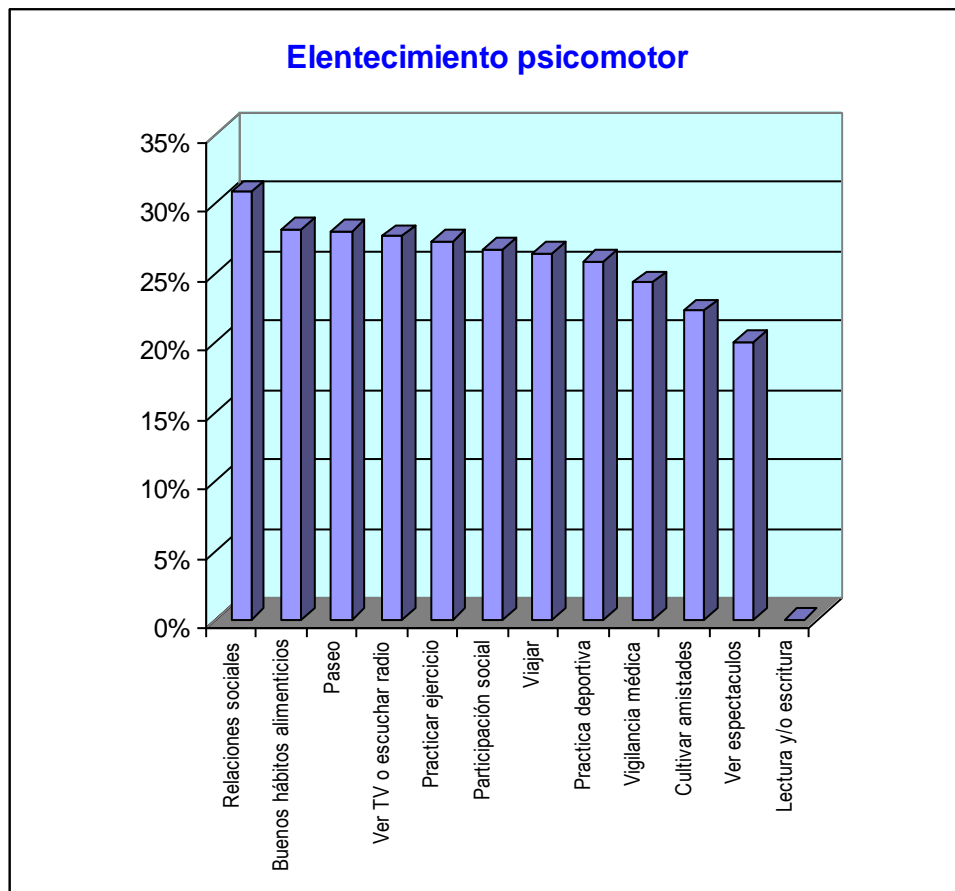
Ausencia de placer por las cosas	
Buenos hábitos alimenticios	66%
Paseo	64%
Vigilancia médica	64%
Participación social	63%
Practica deportiva	63%
Ver espectaculos	60%
Cultivar amistades	58%
Relaciones sociales	58%
Ver TV o escuchar radio	55%
Practicar ejercicio	55%
Viajar	47%
Lectura y/o escritura	45%

Sentimiento de depresión	
Participación social	90%
Viajar	89%
Paseo	84%
Practicar ejercicio	82%
Buenos hábitos alimenticios	81%
Cultivar amistades	81%
Practica deportiva	80%
Ver TV o escuchar radio	76%
Vigilancia médica	76%
Relaciones sociales	73%
Lectura y/o escritura	73%
Ver espectaculos	70%

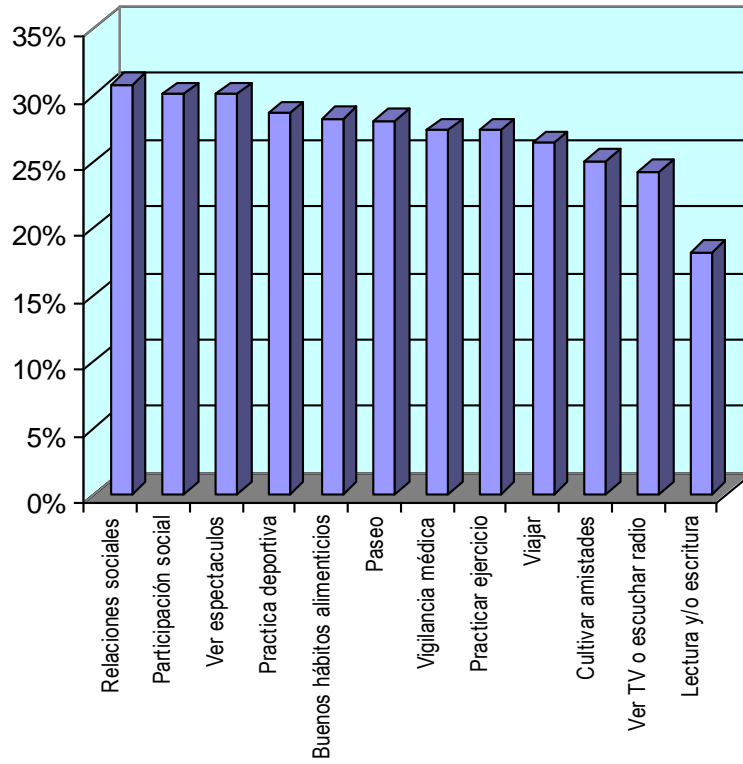
Apatía	
Participación social	83%
Viajar	79%
Practica deportiva	74%
Relaciones sociales	73%
Practicar ejercicio	73%
Paseo	72%
Ver espectaculos	70%
Cultivar amistades	69%
Ver TV o escuchar radio	69%
Buenos hábitos alimenticios	66%
Vigilancia médica	61%
Lectura y/o escritura	55%

Fatiga	
Practicar ejercicio	73%
Ver espectaculos	70%
Relaciones sociales	65%
Paseo	64%
Buenos hábitos alimenticios	63%
Cultivar amistades	61%
Vigilancia médica	61%
Practica deportiva	60%
Ver TV o escuchar radio	59%
Viajar	58%
Participación social	57%
Lectura y/o escritura	55%

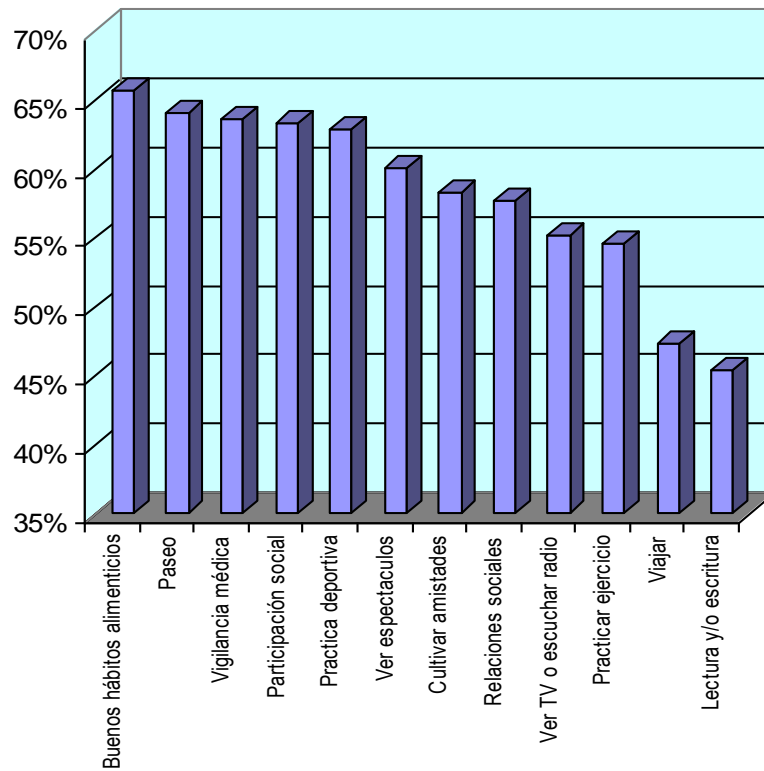
Dificultad en la toma de decisiones	
Lectura y/o escritura	91%
Practicar ejercicio	91%
Participación social	87%
Cultivar amistades	86%
Buenos hábitos alimenticios	84%
Viajar	84%
Practica deportiva	83%
Relaciones sociales	81%
Paseo	80%
Ver espectaculos	80%
Ver TV o escuchar radio	79%
Vigilancia médica	79%



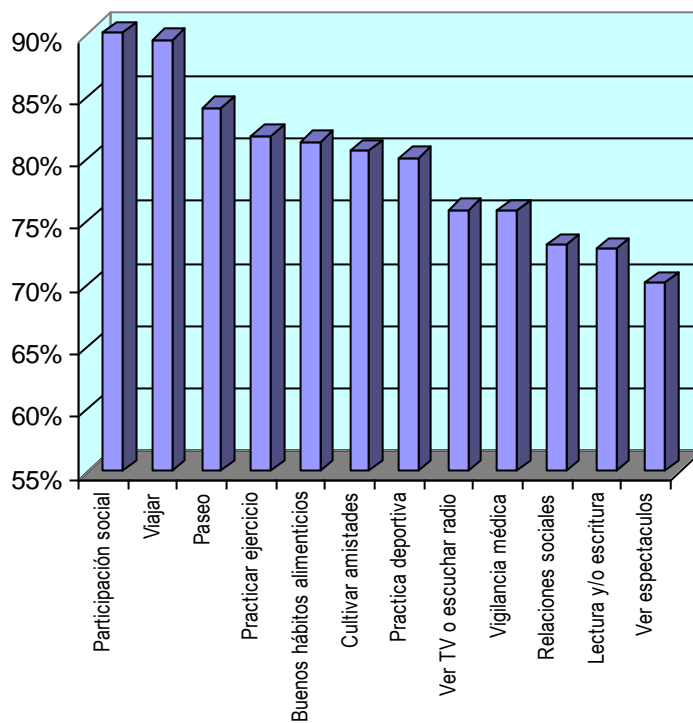
Pérdida de energía



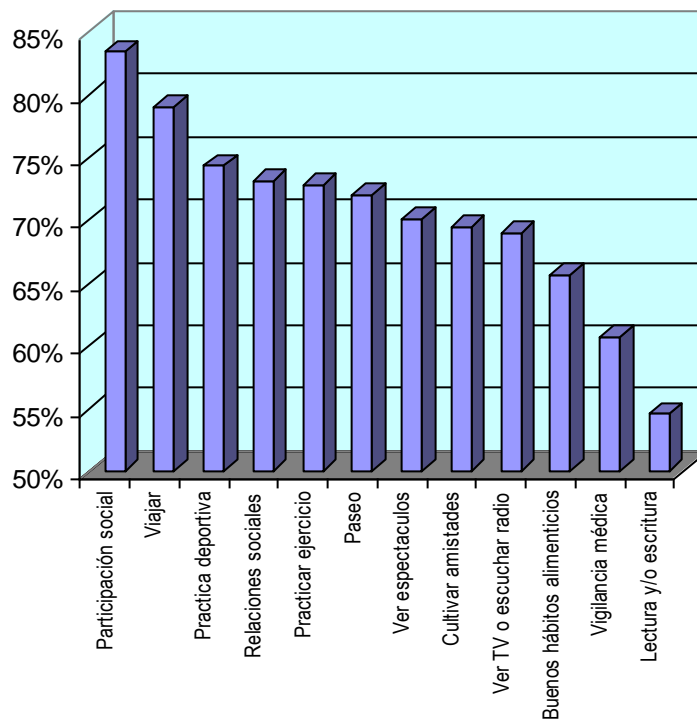
Ausencia de Placer por las cosas



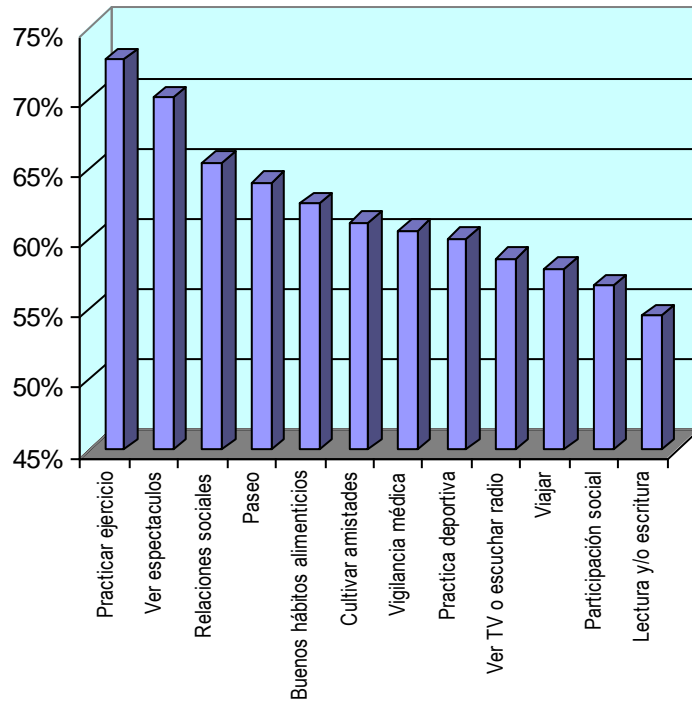
Sentimiento de depresión



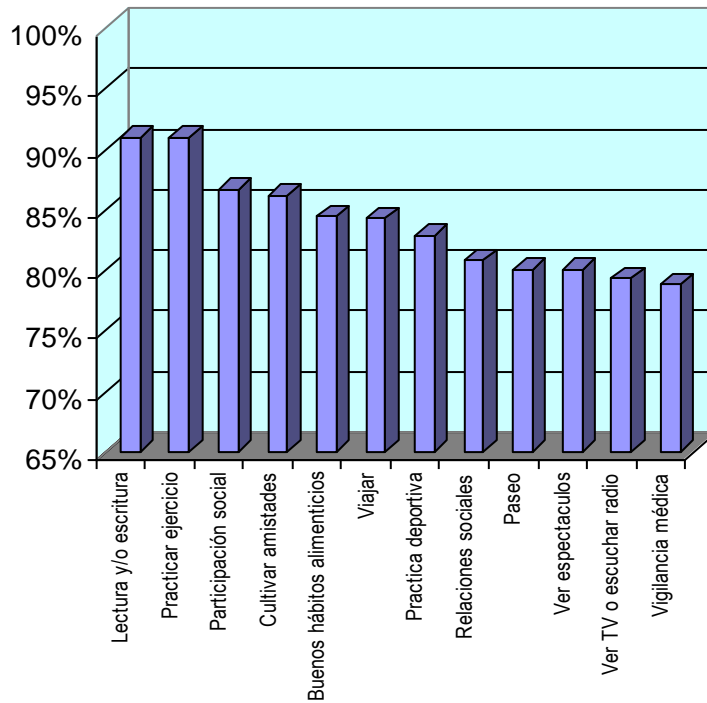
Apatía



Fatiga



Dificultad en la toma de decisiones



4. CONCLUSIONES

4.1. EL ESTADO DE SALUD COMO PRINCIPAL CAUSA DE ESTADO DEPRIMIDO

Una vez hemos comenzado el análisis de datos, lo primero que podemos observar es que hay dos síntomas que se presentan en más de dos tercios de los sujetos: *el enlentecimiento psicomotor y la pérdida de energía*. Ambos síntomas se podría decir que están muy relacionados con el estado físico del anciano. Además podemos indicar que la *fatiga* también está entre los cinco síntomas más presentes. Aunque estos síntomas pueden darse en presencia de una depresión patológica, no se ha observado que en este caso se deba a la presencia de depresión. Hablamos de una prevalencia muy alta de estos síntomas y lo que es indudable es que puede haber una percepción de una pérdida de vitalidad, que se hace muy presente en las edades de nuestro estudio. Este resultado es esperable, pues esta falta de vitalidad es propia de la edad, y aunque esta falta de vitalidad puede ser propia de un estado deprimido, dada la población con la que hemos realizado el estudio la principal causa de esta percepción es la edad avanzada y un estado de salud quebrantado.

A través de los distintos resultados obtenidos hemos podido observar que estos síntomas con un importante componente físico, o al menos, de la percepción que el sujeto tiene de su capacidad física no queda en una simple característica de la edad, sino que a través del análisis de datos hemos podido observar como estos síntomas tienen una importante influencia en el estado anímico del sujeto. De hecho existe una relación apreciable entre estos síntomas y la puntuación en la escala de depresión geriátrica. Estos tres síntomas anteriormente mencionados están entre los cinco síntomas con mayor coeficiente de correlación con la puntuación en la EDG.

He por tanto aquí una de las raíces de los problemas que estamos analizando en esta investigación. Posiblemente una mejora del estado anímico del anciano pasaría por aplicar un tratamiento que actúe sobre el enlentecimiento psicomotor, la pérdida de energía o la fatiga. Además estos tratamientos podrían ser aplicados de forma generalista, pues son síntomas muy habituales entre todos los ancianos.

El problema estriba en que no es fácil diseñar y aplicar un tratamiento que consiga una mejora de la percepción del estado físico del anciano. Este sector de la población es muy sensible a posibles enfermedades, lo cual impide aplicar cualquier tipo de ejercicio que mejore el estado físico del anciano. Y sin embargo, es precisamente en el caso de enfermedad en el que más necesario se hace aplicar un tratamiento para mejorar el estado de ánimo. Al menos, a tenor de los datos obtenidos, de todas las circunstancias analizadas, las dos que tienen una mayor influencia en la presencia mayor o menor de síntomas depresivos son precisamente *padecer una enfermedad crónica* y *estar padeciendo una enfermedad*. Entre las circunstancias analizadas, entre las cuatro con una mayor relación con una mayor presencia de síntomas depresivos, además de las anteriormente indicadas está la *dependencia*, la cual también tiene un altísimo componente físico debido a una salud quebrantada. Además, la que más relacionada está con una alta presencia de síntomas depresivos es la circunstancia de sufrir una *enfermedad crónica*.

Tras ver la coherencia de estos resultados, en los que podemos apreciar la importancia del estado físico sobre el estado anímico, quedaría por ver que influencia puede tener la realización de actividades con una disminución de síntomas depresivos. Sorprendentemente sin embargo el hábito que más relacionado está con una menor presencia de síntomas depresivos está los *buenos hábitos alimenticios*. Aunque tiene un amplio componente relacionado con la salud, este hábito está más relacionado con el interés de *conservar la salud*. Los siguientes hábitos más relacionados con una baja presencia de síntomas son sin embargo la *práctica deportiva* y la *participación social*. Aunque podría decirse que la práctica deportiva tiene como fin mejorar la salud, al igual que los buenos hábitos alimenticios. Pero también podría interpretarse que la práctica deportiva tiene un alto componente *competitivo* y *participativo*, al igual que la participación social. Vemos dos componentes que se relacionan con una menor presencia de síntomas depresivos:

- Conservar la salud: Así lo corrobora la alta relación existente entre los buenos hábitos alimenticios, la práctica deportiva, el paseo y la práctica del ejercicio con una menor presencia de síntomas depresivos.

- La participación: Así lo corrobora también la alta relación existente entre la práctica deportiva, la participación social, el cuidado de las amistades y las relaciones sociales.

No podemos decir a la hora de ver el cuadro adjunto que sea más importante los hábitos saludables que los hábitos sociales, pues de los tres hábitos que producen diferencias significativas, un hábito está enfocado exclusivamente hacia un mejor estado de salud, otro es de componente exclusivamente social y la práctica deportiva, que tiene un componente tanto saludable como social, con aspectos participativos y competitivos.

Síntoma	r bp
Buenos hábitos alimenticios	-0,38
Practica deportiva	-0,37
Participación social	-0,35
Cultivar amistades	-0,22
Paseo	-0,2
Practicar ejercicio	-0,17
Relaciones sociales	-0,15

Estos resultados tan confusos nos hacen dudar de cual es la causa y cual es el efecto, es decir, se nos plantearían la incógnita sobre cual de las afirmaciones siguientes sería la correcta:

- Un cuidado físico por mejorar la salud tendría como consecuencia un mejor estado anímico con menor presencia de síntomas depresivos
- Son aquellas personas con una menor presencia de síntomas depresivos las que tienen hábitos más saludables.
- Aquellas personas que son más participativas, activas y competitivas tienen una menor presencia de síntomas depresivos.
- Una menor presencia de síntomas depresivos influye en una mayor sociabilidad de la persona.

A tenor de otros resultados, en los que se refleja que el estado de salud tiene una gran influencia sobre el estado de ánimo del sujeto nos hace pensar que la afirmación a) es cierta. Pero, siempre existe una posibilidad de que la b) sea la afirmación cierta, aunque a tenor de los resultados no sería descabellado pensar que ambas afirmaciones sean ciertas. Con lo cual, si pensamos que se cumple la primera afirmación siempre

habría que pensar en proponer una intervención cuyo objetivo inmediato sea la mejora de la percepción de la salud del anciano mediante la adquisición de hábitos saludables. Una preocupación por mejorar su estado físico podría traducirse en una mejora del estado de ánimo al padecer un menor número de síntomas depresivos.

Pero para mejorar el estado físico del anciano nos encontramos con un problema y es que las personas más sensibles según este estudio son aquellas que ya de por sí tienen problemas de salud. Estos problemas de salud, a su vez impiden emprender acciones encaminadas a la mejora del estado físico. No sabemos si la afirmación c) es la correcta o es más bien la d), o ambas, pero dado el problema anteriormente mencionado es importante promover este tipo de hábitos pues éstos pueden ser aplicados a prácticamente la generalidad de los sujetos sin que el estado de salud tenga demasiada importancia.

En cualquier caso, las propuestas de mejora que se realicen tendrán que estar encaminadas por las dos direcciones marcadas: interés del anciano por mejorar su estado físico y participación social activa.

Esta medida está además respaldada por los resultados obtenidos del análisis pormenorizado de los síntomas más importantes, habiendo obtenido las siguientes conclusiones para cada uno de ellos:

- *Enlentecimiento psicomotor.* No hay ningún aspecto que sea más apropiado para combatir este síntoma.
- *Pérdida de energía.* Los hábitos más favorables son aquellos que se relacionan con una vida social activa.
- *Ausencia de placer por las cosas.* Son los hábitos más relacionados con el cuidado de la salud.
- *Sentimiento de depresión.* Practica de hábitos que requieran mucha actividad.
- *Apatía.* Practica de hábitos que requieran mucha actividad.
- *Fatiga.* No hay ningún aspecto que sea más apropiado para combatir este síntoma.

- *Dificultad en la toma de decisiones.* Los más favorables son la lectura y la practica del ejercicio. Ambos de práctica individual y con cierta relación al nivel cultural.

4.2. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

Los datos obtenidos vienen a corroborar estudios anteriores sobre depresión en los que se indica que la depresión se da con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. De hecho, entre los resultados obtenidos en esta investigación hay una diferencia significativa entre la presencia de síntomas depresivos en mujeres y en hombres. A tenor de esto, tenemos que el género femenino es más sensible que el masculino a padecer síntomas propios de la depresión, y por tanto es un sector de la población de especial estudio. Se ha comprobado si los síntomas varían en función del género habiéndose obtenido que no existen diferencias significativas en la prevalencia de síntomas que se producen en hombres y en mujeres. Así pues, nos vamos a encontrar con el mismo tipo de casos independientemente del género, aunque sí con más frecuencia en mujeres.

4.3. LA SOLEDAD COMO FACTOR DE IMPORTANCIA.

A la hora de analizar el tipo de residencia de los sujetos y su influencia sobre el número de síntomas, se ha apreciado que el hecho de vivir en una residencia o vivir en el domicilio propio tiene poca influencia sobre el número de síntomas que sufren los ancianos. Esto entra en contraste con los datos previos obtenidos en otros estudios en los que se detectaba una mayor prevalencia depresiva en ancianos institucionalizados. Este resultado puede explicarse por dos hechos. Primeramente, la residencia donde se recogieron los datos es una residencia geriátrica y no una residencia sanitaria, donde probablemente exista una alta prevalencia depresiva. Por otro lado, la recogida de datos en la institución fue realizada sobre ancianos voluntarios, los cuales en principio desarrollan una mayor relación social y además desempeñan una vida más activa.

Donde sí se ha encontrado una fuerte relación está en las otras dos maneras que se ha analizado de convivencia:

- Vivir en domicilio propio acompañado. Hay una correlación negativa entre vivir en domicilio propio acompañado y el número de síntomas depresivos. Esto es, que aquellos sujetos que viven en su casa en compañía sufren un menor número de síntomas depresivos que aquellos que o bien no viven en su domicilio particular o bien viven solos.
- Vivir solo. Hay una correlación positiva entre vivir solo y sufrir un mayor número de síntomas depresivos.

Por tanto, podríamos decir que la situación de convivencia en los ancianos ordenada desde la más deseable a la menos deseable sería la siguiente:

- 1) Vivir en su domicilio particular en compañía de familiares.
- 2) En una residencia geriátrica.
- 3) En soledad

4.4. CONCLUSIONES GENERALES.

A través de esta investigación hemos podido comprobar que el perfil del sujeto más propenso a sufrir síntomas depresivos:

- Persona enferma.
- Mujer.
- Vive en soledad.

Por tanto, la población con estas circunstancias es la más indicada para llevar a cabo una intervención para mejorar la calidad de vida, pues esta población es la más sensible para tener una calidad de vida deteriorada debido a un estado de ánimo próximo a lo depresivo.

Habría que indicar que en cualquier ámbito de trabajo con ancianos (residencias geriátricas, residencias sanitarias, centros de día, servicios sociales, talleres, etc.) podemos encontrar tanto a personas enfermas como a mujeres. La población que vive en soledad es muy específica y podría necesitar un estudio individual sobre esta situación. Dado el carácter generalista de esta investigación nos centraremos en estos dos sectores de población que podemos encontrar en cualquier ámbito.

Las propuestas de mejora deberían ir planteadas para ser de fácil aplicación a personas enfermas y mujeres. Como vimos anteriormente existen dos facetas en las cuales se pueden hacer las propuestas de mejora:

- Mejora de la percepción de la salud del anciano
- Participación social activa.

En el primero de los casos, la manera más lógica de mejorar la percepción de la salud sería consiguiendo una mejora real del estado de salud del anciano. Y para ello podría ser necesario recurrir a la práctica de ejercicio físico, lo cual no es del todo posible pues como indicamos nuestras propuestas de mejora pueden ir enfocadas hacia personas que están sufriendo una enfermedad y no pueden permitirse cualquier ejercicio físico. No nos quedaría más remedio que plantear la práctica de hábitos saludables, y que los sujetos tengan la conciencia que con la práctica de los mismos su salud va a mejorar.

Por otro lado, hablaríamos de la participación social activa, para la cual nos podemos plantear mejoras que pueden ir enfocadas a cualquier sector de la población anciana, tan sólo atendiendo a que estas puedan resultar practicables por personas que sufran alguna enfermedad y resulten atractivas a las mujeres. La participación social más activa que se puede plantear es aquella que supone algún tipo de competición. Y quizás este factor competitivo pueda influir de modo positivo para disminuir la percepción de los síntomas padecidos. De hecho, ha resultado más favorable en este sentido la práctica deportiva (que lleva un componente competitivo) que la realización de ejercicios (que tiene un carácter más individual), o que la participación social tenga una mayor influencia que las relaciones sociales.

5. PROPUESTAS DE MEJORA

Atendiendo a las conclusiones obtenidas anteriormente se va a realizar en este último apartado la propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida de los ancianos. Nuestra propuesta para mejorar la calidad de vida pasaría por una disminución del número de síntomas depresivos, lo cual supondría una mejora en el estado de ánimos. Para probar que la intervención propuesta es válida habría que evaluar a los mismos sujetos comprobando que ha descendido el número de síntomas depresivos que padecen. Pero para poder llevar a cabo la comprobación de la validez de la intervención se debería tener la posibilidad de realizar la intervención y para ello se requiere estar en contacto diario con un número suficiente de personas mayores. Dado que esta circunstancia no es posible y sobre todo, que esta tesis se ha enfocado con un carácter investigador y no experimental, en este apartado nos centraremos en el diseño de la intervención según la experiencia recogida de la investigación.

Por un lado hemos visto que nuestra mejora debería ir enfocada principalmente a personas enfermas y población femenina. Por otro lado, que nuestra mejora se enfocaría hacia una participación social competitiva y el fomento de los hábitos saludables.

El diseño de la intervención seguiría el siguiente esquema:

- Propuesta a los sujetos de la intervención a realizar.
- Selección de los sujetos sobre los cuales realizar la intervención.
- Recogida de datos sobre los síntomas depresivos previo a la intervención.
- Información a los sujetos sobre los efectos sobre la salud del tratamiento elegido.
- Aplicación del tratamiento.
- Recogida de datos sobre los síntomas depresivos posterior a la intervención.
- Comprobación del resultado de la intervención.

5.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Se informa a los sujetos a cargo que va a llevarse a cabo la actividad que se haya diseñado. Esta actividad ha de tener un componente competitivo o al menos de una participación activa y que además presupongamos que es una actividad saludable y así esté corroborado por diferentes estudios. Podrían ser válidas las siguientes propuestas:

- Clases de baile
- Paseos por itinerarios históricos de la ciudad.
- Concursos de cocina.

5.2. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

La aplicación del tratamiento debería realizarse en lo posible al mayor número de sujetos, o bien a todos o a aquellos que hayan mostrado interés por realizar la actividad. Pero, si la aplicación del tratamiento va a tener una limitación de plazas inferior al número sujetos interesados, a la hora de realizar la elección de los mismos hemos de atender primeramente a criterios de salud, eligiendo para la actividad a aquellos que tienen un tratamiento de alguna enfermedad y que la misma no impide el desempeño de la actividad que se va a desarrollar. Igualmente, las mujeres tendrían preferencia sobre los hombres, de ahí que se hayan indicado tres posibles actividades que pueden ser atractivas hacia las mujeres.

5.3. RECOGIDA DE DATOS

El siguiente paso sería analizar el estado previo de los sujetos que participan en la actividad con respecto a la presencia de síntomas depresivos. Para ello podría aplicarse el test elaborado en esta investigación eliminando las preguntas referidas a las circunstancias y hábitos, dejando sólo aquellas referidas a síntomas depresivos, así como el EDG. Los sujetos deben quedar identificados, pues al ser los mismos sujetos estaríamos hablando de dos muestras dependientes.

5.4. INFORMACIÓN A LOS SUJETOS

Este paso es importante, pues lo que se pretende con esta intervención es no sólo que el sujeto mejore su estado de salud y con ello él se perciba más sano, sino transmitirle al sujeto que con dicha actividad va a mejorar su estado físico y con la simple práctica de la actividad el sujeto se perciba a si mismo una mejoría de su salud. Para ello, habría que recopilar toda la información posible sobre la influencia en la salud que tiene la práctica del hábito (en los ejemplos propuestos, el baile, el paseo o la cocina sana). Esta información puede ser transmitida por el monitor que lleve a cabo la actividad o por el personal sanitario a cargo del grupo de ancianos, ya sea mediante la proyección de documentales, de conferencias o bien de revistas e información escrita.

5.5. APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez hemos recogido la información sobre el estado previo se puede llevar a cabo la aplicación del tratamiento. Simultáneamente a la aplicación del tratamiento se puede seguir informando sobre los efectos beneficiosos de la actividad que se está llevando a cabo. La aplicación del tratamiento ha de realizarse por un período de tiempo suficiente para el cual creamos que puede tener efecto. Por ello puede ser posible que algunas actividades de corta duración deban ser prolongadas o complementadas con otras similares, como podría ser la de organizar un concurso de cocina.

5.6. RECOGIDA DE DATOS A POSTERIORI

Al finalizar la actividad programada o si esta es suficientemente larga en un momento intermedio se aplicaría el mismo test aplicado a anteriori a los sujetos para comprobar la efectividad de la actividad que hemos programado.

5.7. COMPROBACIÓN DE RESULTADOS

A simple vista podemos ver si la actividad ha tenido un efecto positivo sobre el estado de ánimo del anciano. Comprobar que la media del número de síntomas ha disminuido y/o el resultado en el test EDG ha bajado nos hace pensar que la actividad ha tenido el efecto positivo. Pero para comprobar que realmente se ha producido una mejora habría que realizar el contraste de hipótesis para ambas variables:

Hipótesis I. El número de síntomas depresivos es menor tras el tratamiento (contraste de medias de dos muestras dependientes).

Hipótesis II. El valor de EDG es menor tras el tratamiento (contraste de medias de dos muestras dependientes).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PADILLA, M.; MERINO, J. M.; RODRIGUEZ-MINÓN, P.; MORENO, E. (1996): *Psicología Matemática I*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

LUBIN PIGOUCHE, P.; MACÍA ANTÓN, M. A.; DE LEMUS, P. R. (2000): *Psicología Matemática II*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

PEREZ SERRANO, G. (2004): *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. I. Métodos*. Madrid: Editorial La Muralla.

PEREZ SERRANO, G. (2002): *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla.

PEREZ SERRANO, G. (2004): *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural Aplicaciones Prácticas*. Madrid: Nancea.

PEREZ SERRANO, G. (2006): *¿Cómo Intervenir en Personas Mayores?*. Madrid: Dykinson.

PEREZ SERRANO, G. (2006): *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid: Dykinson.

MUÑIZ, J. (1992): *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid: Pirámide

LEÓN, O. G. Y MONTERO, I. (1997): *Diseño de Investigaciones*. Madrid: Mc Graw-Hill.

BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1995): *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.

CANGAS, A. J; MALDONADO, A. L; LÓPEZ, M. (2002): *Manual de Psicopatología*. Granada: Alborán Editores.

PÉREZ SERRANO, G. (2006): *Intervención y Desarrollo Integral en Personas Mayores*. Madrid: Universitas.

PÉREZ DE GUZMAN PUYA, M. V. (2006): *Organización y Gestión. Agentes al Servicio de los Mayores*. Madrid: Universitas.

VALLEJO PAREJA, M. A. (1998): *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1999): *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Pirámide.

LÓPEZ NOGUERO, F; POZO LLORENTE, T. (2002): *Investigar en Educación Social*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

PÉREZ ORTIZ, L. (2006): *La estructura social de la vejez en España*. Madrid: IMSERSO.

SANCHO CASTIELLO, M. (2006): *Informe 2006. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

PICHOT, P. (1995): *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

RIQUELME MARÍN, A.; BUENDÍA VIDAL, J. y LÓPEZ NAVAS, A. I. (2006): “Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos”, en *Psicothema*. Vol. 18, nº 2, pp. 288-292.