

Estrés, bienestar subjetivo y depresión en ancianos diabéticos

J. F. Rodríguez Testal*, J. L. León Fuentes**, M^a C. Catalán Mahindo***

Resumen

En este trabajo se ha pretendido delimitar la relación de la diabetes con la depresión y el bienestar en personas de edad avanzada. Para llevarlo a cabo se seleccionó una muestra de 177 ancianos con 60 o más años de edad. Se establecieron tres condiciones de salud equivalentes con respecto al sexo, edad, estado civil, procedencia (residencia o comunidad) y tiempo de internamiento (si estaba institucionalizado). Estas tres condiciones de salud física fueron: presentar cualquier enfermedad (pero no diabetes), padecer diabetes y un grupo control sin afecciones somáticas. Los análisis sobre la medida de depresión (escala GDS) señalaron que el principal predictor fue el estrés, en lugar del número de enfermedades o complicaciones médicas, como se postulaba en anteriores investigaciones. Otro de los interesantes hallazgos indican que los mayores con diabetes presentan un promedio más elevado en depresión (no significativo) y descendido en el bienestar subjetivo (significativo) (escala PGC). Se concluye que los cambios emocionales debidos a la enfermedad se traducen en un malestar psicológico global o inespecífico, caracterizado en la diabetes por insatis-

facción (disforia) y agitación (ansiedad), pero no lo suficientemente intenso como para generar un trastorno del estado de ánimo.

Geriátrika, 1999; 15 (9): 411-425

Palabras clave: Estrés. Bienestar. Depresión. Diabetes. Anciano.

Summary

This study tries to delimit the relation among diabetes with depression and with the elderly persons well-being. A sample of 177 elderly with equal or more than 60 years old was choosed. Three health conditions equivalent to sex, age, marital status, origin (nursing-home or community) and period of internment (if he/she was institutionalized) were established. These three physical health conditions were: to show any disease (no diabetes), to suffer diabetes and a control group without somatic diseases. The depression measurement analysis (GDS scale) displayed that the principal predictor was stress, instead of disease severity and complications, as previous researchs had postulated. Another interesting find point out that elderly persons with diabetes show a higher average on depression (without significance) and a lower significant one on subjective well-being (PGC scale). We conclude that in older subjects the emotional changes due to illness result in a global psychological distress. This distress is distinguished in elderly with diabetes by dissatisfaction (dysphoria) and agitation (anxiety) but it is not as intense as to generate a mood disorder.

Key words: Stress. Well-Being. Depression. Diabetes elderly.

* PSICOLOGO. PROFESOR DE PSICOPATOLOGIA.

** PSICOLOGO. PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGIA.

*** PSICOLOGA.

DPTO. DE PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS.
FACULTAD DE PSICOLOGIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Introducción

Las enfermedades físicas crónicas, de habitual presencia entre las personas de edad avanzada, constituyen un ámbito de estudio de extraordinario relieve y creciente interés con el objetivo de conocer el alcance de sus repercusiones y, por ende, mejorar la asistencia integral de los enfermos.

Muchos autores están de acuerdo con el hecho de que las principales afecciones somáticas de los mayores implican al sistema cardiovascular (principalmente la hipertensión), el sistema músculo-esquelético (osteomuscular) (sobre todo la patología reumática) y, en tercer lugar, el sistema endocrino y metabólico (destacando la diabetes) (Bazargan y Hamm-Baugh, 1995; Bazo, 1990; Cruz y Cobo, 1990; de Leo, Baiocchi, Cipollone, Pavan y Beltrame, 1989; Fernández Ballesteros, Hernández, Llorente, Izal, Pozo, y de la Calle, 1992a; Guillén Llera, Salgado Alba, Jiménez Herrero y Santiago Merino, 1986; Murphy, Monson, Olivier, Zahner, Sobol y Leighton, 1992; Palinkas, Wingard y Barrett-Connor, 1990; Pastor Vicente y Sánchez Díez, 1992; Penninx, Beekman, Ormel, Kriegsman, Boeke, van Eijk y Deeg, 1996; Vidán Astiz, 1992).

La presencia de la diabetes aumenta con la edad (se observa una intolerancia natural a los carbohidratos con el envejecimiento), cifrándose en un 10% sobre los 60 años y hasta un 20% superados los 80, destacando principalmente en el sexo femenino (Connell, O'Sullivan, Fisher y Storandt, 1988; Connell, Fisher y Houston, 1992; Leedom, Meehan, Procci y Zeidler, 1991; Navarro y Jara, 1997; Palinkas, Barrett-Connor y Wingard, 1991; Pérez Alvarez, 1993; Rowe y Kahn, 1997; Weyerer, Hewer, Pfeifer-Kurda y Dilling, 1989). Más específicamente, Yu, Johnson, Kaltreider, Craighead y Hu (1993) observan una presencia del 15% para la condición de la diabetes, con una muestra de 133 mujeres pertenecientes a residencias de asistidos de larga duración. En el contexto hospitalario, Callahan, Hendrie, Dittus, Brater, Hui y Tierney (1994) con 1.633 pacientes que acuden a las consultas de atención primaria señalaron un 23%. Bazargan y Hamm-Baugh (1995) con 1.022 mayores de 62 años pertenecientes a la comunidad, registraron el 27,8% de presencia de diabetes. Sin embargo, Penninx et al. (1996), con una muestra de 3.076 sujetos pertenecientes al *Estudio Longitudinal Amsterdam*, hallan únicamente una presencia del 7,8% para la diabetes mellitus.

La diabetes es un ejemplo habitual de enfermedad crónica que compromete negativamente la salud física (por sus consecuencias fisiológicas y sus complicaciones: la cetosis, cetoacidosis, angiopatías, arteriosclerosis, retinopatías, neuropatías sensoriales y motoras) así como altera las condiciones de vida del enfermo. Por ello, en los últimos años se ha observado un crecimiento en el interés por la diabetes especialmente en lo concerniente a la adhesión

al tratamiento, los hábitos de autocuidado y los seguimientos que requiere la misma. Las complicaciones de la propia enfermedad han dado lugar al estudio de sus consecuencias en las actividades sociales desarrolladas por el individuo, el apoyo social, el estrés y el bienestar emocional (Heitzmann y Kaplan, 1984; Connell, 1990a; Connell et al., 1988; Palinkas et al., 1991; Pérez Alvarez, 1993).

Se considera que el impacto por el diagnóstico de la enfermedad produce una transformación en la concepción que el anciano tiene de sí mismo, junto a una incertidumbre acerca de las consecuencias que la enfermedad ocasionará en el futuro: el desarrollo de enfermedades graves o las limitaciones de la actividad, por ejemplo (Palinkas et al., 1991). No es de extrañar, por tanto, que algunos de los aspectos clínicos habitualmente observados desde la detección de la diabetes sea la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa (Gil Roales-Nieto y Vilchez Joya, 1993; Lustman, Griffith, Clouse y Cryer, 1986a; Lustman, Harper, Griffith y Clouse, 1986b; McInnes y Rabbit, 1997; Padgett, 1993; Roy, Collier y Roy, 1990; Tattersall, 1981; Tun, Nathan y Perlmutter, 1990; Tun, Perlmutter y Russo, 1987; Turkington, 1980; Weyerer et al., 1989).

Además, se ha subrayado el inconveniente del solapamiento entre la sintomatología de la depresión y la diabetes como la pérdida de peso, insomnio, confusión, temblor, mareos, dificultades cognitivas y fatigabilidad (Leedom et al., 1991; Palinkas et al., 1991). Sin embargo, como concluyeron Gavard, Lustman y Clouse (1993) en una revisión de la literatura, la relación positiva entre la prevalencia de depresión y diabetes es habitualmente mencionada (por medio de la disregulación de la actividad Hipotálamo-Hipófisis-Adrenocortical) aunque ni resulta claramente probada ni parece diferente de la ocasionada por otras enfermedades. De este modo, diversas investigaciones no sugieren de manera significativa que esta enfermedad se relacione necesariamente con el trastorno depresivo (Palinkas et al., 1991; Penninx et al., 1996; Schonfeld, Verboncoeur, Fifer, Lipschutz, Lubeck y Buesching, 1997; Wells, Golding y Burnam, 1988; Wells, Stewart, Hays, Burnam, Rogers, Daniels, Berry, Greenfield y Ware, 1989), si bien se constata un incremento de sintomatología depresiva (Hiltunen, Keinanen-Kiukaanniemi, Laara y Kivela, 1996; Padgett, 1993; Viinamaki, Niskanen y Uusitupa, 1995), lo que puede afectar al tratamiento farmacológico y el afrontamiento de la enfermedad (Viinamaki et al., 1995).

Uno de los factores que sí ha podido conectar a ambas entidades son las complicaciones físicas de la diabetes (Leedom et al., 1991; Padgett, 1993; Palinkas et al., 1991; Peyrot y Rubin, 1997). Por ejemplo, Connell (1990a), observó puntuaciones estadísticamente significativas en la escala SDS de depresión, comprobando que los mejores predictores de

la depresión hasta explicar un 44% de la varianza fueron: la comorbilidad (superior número de complicaciones médicas entre los diabéticos), el género femenino y la percepción de dificultades para el autocuidado, por encima de otras variables como la realización de conductas de autocuidado o el nivel objetivo de azúcar en sangre (Connell, 1990b; Connell, Storandt y Lichty, 1990). Peyrot y Rubin (1997) por medio del análisis multivariado de regresión logística obtuvieron en este mismo sentido que tres o más complicaciones entre los diabéticos se relacionó significativamente con el diagnóstico de depresión.

Por el contrario, variables como la duración de la enfermedad (Popkin, Callies, Lentz, Colon y Sutherland, 1988; Viinamaki et al., 1995; Wilkinson, Borsley, Leslie, Newton, Lind y Ballinger, 1988) o el tipo de diabetes (Lustman et al., 1986a; Peyrot y Rubin, 1997; Popkin y Callies, 1987; Popkin et al., 1988) no han podido ligarse claramente con una alteración del estado de ánimo.

La presente investigación parte de dos anteriores trabajos en los que no pudo relacionarse la diabetes con la medida de depresión (escala GDS) sino que más bien otorgó un papel destacado al número de enfermedades que padece el anciano (sea o no diabético) y el deterioro cognoscitivo. En el primer trabajo (Borda Más y Rodríguez Testal, 1995) se comparó el grupo de ancianos diabéticos con un grupo de control (de mayores con y sin enfermedades, excluyendo la diabetes), mientras que en el segundo, principal referencia para esta nueva investigación, se prepararon tres submuestras equilibradas. Para ello se seleccionaron dos grupos de comparación bien diferentes: uno de ancianos con diversas enfermedades exceptuando la diabetes (artritis, cardiopatías, enfermedades pulmonares, etcétera) y un

grupo de mayores lo más equilibrado posible con respecto a los dos anteriores pero sin condiciones médicas (al menos diagnosticadas) (Rodríguez Testal, Borda Más, Arroyo Serrano y León-Fuentes, 1996).

Por tanto, la presente investigación representa una mejora y precisión de los resultados anteriormente alcanzados, bajo la premisa de que si los ancianos con diabetes se caracterizan por un significativo promedio de enfermedades (aparte de la diabetes) y esta variable, además del deterioro cognoscitivo, se vinculaba con las puntuaciones en depresión, probablemente se deba a las consecuencias físicas indeseables de la enfermedad (complicaciones médicas y la discapacidad resultante) y los cambios relevantes en el estilo de vida. Esto se traducirá en un incremento en la frecuencia de las situaciones estresantes y con ellas se explicaría la media más pronunciada (aunque no significativa) en la medida de depresión hallada en estos ancianos.

Material y método

Sujetos

La muestra quedó determinada por 177 personas de 60 años en adelante pertenecientes a la provincia de Sevilla con un promedio de 74,82 años de edad (8,47 de desviación típica). 73 eran varones (41,2%) y 104 mujeres (58,8%), 89 estaban institucionalizados y 88 ubicaban su residencia en la comunidad.

La conformación definitiva de la muestra se llevó a cabo para diferenciar tres grupos en función de la variable denominada condición de salud física: mayores con enfermedades (excepto el diagnóstico de

TABLA I

Descripción de la muestra en función de las variables grupo, sexo y estado civil para las tres condiciones de salud física

		<i>Con otras enfermedades</i>	<i>Diabéticos</i>	<i>Sin enfermedades</i>
Grupo	Residencias	32 (54,2%)	32 (54,2%)	25 (42,4%)
	Comunidad	27 (45,8%)	27 (45,8%)	34 (57,6%)
Sexo	Varones	25 (42,4%)	25 (42,4%)	23 (39%)
	Mujeres	34 (57,6%)	34 (57,6%)	36 (61%)
Estado civil	Solteros/as	12 (20,3%)	11 (18,6%)	16 (27,1%)
	Casados/as	19 (32,2%)	20 (33,9%)	21 (35,6%)
	Viudos/as	26 (44,1%)	26 (44,1%)	22 (37,3%)
	Separados/as	2 (3,4%)	2 (3,4%)	
Total	177	59	59	59

diabetes) ($n_1 = 59$), ancianos con diabetes ($n_2 = 59$, de los que el 73% eran diabetes tipo II) y un grupo de control de personas de edad sin afecciones somáticas diagnosticadas ($n_3 = 59$). Además, se estableció como requisito inicial que la muestra estuviese equiparada en cuanto a las variables sexo, edad, estado civil, grupo de pertenencia (residencias y comunidad) y el tiempo de internamiento en el caso de los mayores institucionalizados. Las características de la muestra para este trabajo se recogen en la Tabla I.

Diseño y Condiciones de Control

Para este método transversal se ha desarrollado un diseño correlacional de comparación de grupos en función de las condiciones de salud física de la muestra (varias enfermedades [1], diabetes [2] y sin enfermedades [3]). Las variables predictivas fueron, además de la mencionada variable de las tres condiciones de salud física, el sexo (varones [1] y mujeres [2]), la edad, el estado civil (solteros [1], casados [2], viudos [3] y separados [4]), el grupo de pertenencia (residencias [1] y comunidad [2]), el tiempo de internamiento en las residencias, el número de enfermedades o condiciones médicas y el número de fármacos prescritos. Tres variables fundamentalmente predictivas se usaron en algunos análisis intercambiamente como variables de medida: el deterioro cognoscitivo (cuestionario SPMSQ) y el estrés y conflictividad (inventario ISCA). Las variables criterio fueron las puntuaciones en depresión (escala GDS) y en bienestar subjetivo (escala PGC).

Instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982), adaptada y validada a la población española por Izal y Montorio (1993, 1996). Esta prueba ha demostrado una gran utilidad para la evaluación de la depresión en el anciano. Tiene 30 cuestiones y se ha empleado el punto de corte en 14 respuestas significativas con el objetivo de alcanzar la máxima especificidad (puntuaciones de 0 a 30). Presenta la particularidad de que no posee ítems sobre síntomas somáticos, por lo que no se confunde con la gran cantidad de dificultades que tienen los mayores en este sentido, además de que no evalúa el humor de manera pasajera (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992b). Izal y Montorio (1996), con una muestra comunitaria, obtuvieron una consistencia interna de 0,89 y de 0,83 para las dos mitades, aconsejando el punto de corte de 14 respuestas significativas. Con una muestra de asistentes a una unidad de día, obtienen la máxima fiabilidad inter-examinadores, una consistencia interna de 0,94 y de 0,92 para las dos mitades.

La *Escala de Satisfacción Filadelfia (PGC)* de Lawton (1975) adaptada por Montorio (1990) a la población española. Aunque hay diversos formatos y el más utilizado es el de 17 ítems, la adaptación de la escala por parte de Montorio (1990) la dejó definitivamente con 16 cuestiones. Su puntuación total evalúa el bienestar subjetivo. La adaptación de este autor en una población residencial arroja una media de 8,8 puntos (mínimo de 1 y máximo de 16 puntos). Se usaron los factores obtenidos por Montorio (1990, 1994): actitud hacia el envejecimiento, satisfacción, agitación y aprensión. Fernández Ballesteros e Izal (1992) destacan el empleo de las escalas de satisfacción vital aunque muchas tengan constructos teóricos diferentes. Para estas autoras, la dimensión común subyacente es el bienestar, aspecto muy importante a considerar en el envejecimiento y útil como complemento de las escalas de depresión.

El *Cuestionario Breve de Estado Mental (SPMSQ)* de Pfeiffer (1975) para la evaluación del estado mental o presencia de deterioro cognoscitivo (Fernández Ballesteros et al., 1992b). Posee diez ítems (para la desorientación temporal, espacial, memoria remota, etc.). Está especialmente diseñada para ambientes residenciales y no requiere formación cultural por parte del sujeto para poder responder al mismo. Permite distribuir a los sujetos según los niveles de deterioro en función del mayor número de cuestiones erradas: intacto (0-2), leve (3-4), moderado o grave (5-7). Se consideró como criterio de exclusión aquellas personas que puntuaron con 8 o más errores en esta prueba (deterioro severo).

Inventario de Situaciones Conflictivas en Ancianos (ISCA) (Fernández Ballesteros, 1992; Fernández Ballesteros, Izal, Díaz Veiga, Gallego y Hernández, 1986; Fernández Ballesteros, Díaz Veiga, Izal y Hernández, 1988). Este inventario consta de 23 ítems referidos a distintas situaciones potencialmente estresantes y conflictivas en la vida del anciano. Cada uno de estos ítems cuenta con dos valoraciones: una sobre la frecuencia del estrés generado por diversos eventos o sucesos (mayores y menores) con cuatro alternativas de respuesta (0 = ninguna vez; 1 = alguna vez; 2 = bastantes o muchas veces; 3 = siempre o casi siempre) y otra medida sobre la conflictividad autopercibida por el sujeto, igualmente, con cuatro alternativas de respuesta (0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = muchísimo).

La corrección de la prueba resulta de la suma de las frecuencias de estrés informadas por el sujeto y de la suma de la puntuación de conflictividad de cada uno de los ítems. El resultado final obtenido consta de dos medidas: una referente al estrés (suma de las frecuencias de las situaciones estresantes) y otra referente al distrés (suma de la conflictividad subjetiva autopercibida o intensidad de la conflictividad generada por las situaciones estresantes).

El instrumento es administrado en forma de entrevista semiestructurada y se remite a las últimas dos semanas. Los distintos ítemes han sido formulados según el siguiente patrón para cada pregunta: ¿cuántas veces le pasa/sucede que...? y ¿cuánto le preocupa...? (o, ¿cuánto le afecta que...?). Por ejemplo, para la valoración del estrés, ¿cuántas veces le pasa que tiene dificultades para lavarse, vestirse o cuidarse Vd. solo? Como ejemplo de valoración de la conflictividad, ¿cuánto le afecta o preocupa no poder visitar a los familiares o amigos que viven lejos de Vd.?

En cuanto a las condiciones psicométricas del instrumento, el índice de fiabilidad test-retest, con dos semanas de intervalo, fue de 0,43 ($p < 0,01$) y la consistencia interna de 0,63. Para la escala de ocurrencia (frecuencia de estrés) se halló un índice de acuerdo entre el sujeto y un allegado de 0,80 (Fernández Ballesteros et al., 1986, 1988; Fernández Ballesteros, Vizcarro, Souto y Izal, 1987).

Procedimiento

Una vez determinadas las características de los tres subgrupos de mayores en función de las tres condiciones de salud, se tomó un número equivalente de sujetos para cada una de ellas. Esta selección se llevó a cabo en función del sexo, edad, estado civil, grupo de pertenencia y tiempo de internamiento (caso de ser mayores institucionalizados) y a partir de una muestra representativa y escogida al azar de la población sevillana (383 ancianos, 160 hombres y 223 mujeres y de edades comprendidas entre 60 y 99 años) procedente de ambientes comunitarios (asistentes a hogares y clubes de pensionistas y mayores no afiliados a actividades de ocio y tiempo libre; censo poblacional correspondiente a la provincia de Sevilla: IAE, 1992) y de contextos institucionales (17 residencias públicas y privadas de toda la provincia de Sevilla; censo de residencias de ancianos de elaboración propia: Rodríguez Testal, 1992).

Los sujetos fueron invitados a participar desinteresadamente en un estudio sobre qué piensan y sienten las personas de edad avanzada. Además de la administración de las pruebas, se pidió a los servicios médicos la indicación de las enfermedades que padecía cada uno de los internos en las residencias, así como los fármacos prescritos. En el caso del grupo de mayores procedentes de la comunidad, ante la imposibilidad de asegurar este dato en todos los casos se preguntaba directamente al anciano y sus familiares, procedimiento similar al utilizado por diversos autores (Beekman, Kriegsman, Deeg y Tilburg, 1995; Blazer, Burchett, Service y George, 1991; Handen, 1991; Murphy, Smith, Lindesay y Slatery, 1988; Penninx et al., 1996).

Los análisis estadísticos se basaron en una parte descriptiva (frecuencias, porcentajes) y una inferen-

cial, fundamentada en comparaciones de medias (prueba t) y análisis unidireccionales y factoriales de la varianza, incluyendo el control de las covarianzas significativas. Para la parte predictiva sobre los criterios de depresión y de bienestar subjetivo, se aplicaron análisis de regresión múltiple (por pasos). Por último, para la determinación de los ítemes del inventario ISCA diferenciadores entre las tres condiciones de salud física, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos de Kruskal-Wallis (anova de una vía). Todos los resultados se aceptaron con al menos una $p < 0,05$. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS-PC Plus versión 4.0.

Resultados

Como ya se señaló en la introducción, este trabajo trata de arrojar luz sobre algunas incógnitas planteadas a raíz de una investigación anterior (Rodríguez Testal et al., 1996), mejorando y precisando sus resultados. En la Tabla II se reproducen de dicho trabajo tentativo, los promedios de las variables registradas y las diferencias alcanzadas (prueba t) en función de cada una de las condiciones de salud establecidas (con diversas enfermedades excluyendo la diabetes, ancianos diabéticos y un grupo testigo sin condición médica alguna). Las variables consideradas fueron: la edad, el tiempo de internamiento (para los mayores institucionalizados), número de enfermedades y medicamentos, así como los criterios de depresión (escala GDS), bienestar subjetivo (escala PGC y sus cuatro factores) y el deterioro cognoscitivo (cuestionario SPMSQ).

Como era esperable, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables edad y tiempo de internamiento en las residencias (precisamente porque se trató de equilibrarlas entre los tres grupos de mayores como ya se indicó en el apartado de método). Tampoco se observaron puntuaciones significativamente desiguales en lo referente al deterioro cognoscitivo.

En cuanto a las variables relativas a las enfermedades y medicamentos se hallaron productos significativos en el primer caso, sobresaliendo en importancia por su promedio el subgrupo de los mayores diabéticos con 2,6 condiciones médicas (comparación únicamente pertinente, obviamente, entre los dos grupos con afecciones somáticas).

En relación con la medida de depresión, el promedio más pronunciado correspondió al grupo de mayores diabéticos (13,22 puntos), revelando la prueba t diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos con enfermedades (del tipo que fuera) frente a quienes no presentaron ningún padecimiento físico (8,98 puntos de media). Este resultado se corrobora con los menores promedios en bienestar subjetivo entre los dos grupos de mayores enfermos con la prueba PGC global (destacando

TABLA II

Promedios, desviaciones típicas (entre paréntesis) y comparación de medias (prueba t) entre las variables edad, tiempo de internamiento (grupo institucionalizado), medida de depresión, bienestar subjetiva (y factores) y deterioro cognoscitivo en función de las condiciones de salud física

	Con otras enfermedades ⁽¹⁾	Diabéticos ⁽²⁾	Sin enfermedades ⁽³⁾
Edad	75,02 (7,79)	74,49 (8,43)	74,95 (9,27)
Tiempo de internamiento en meses (residencias)	38,07 (31,53)	51,89 (57,03)	53,84 (55,07)
Número de enfermedades	2,12 (1,12)	2,64 (1,42)** (1-2)	0 (0)
Número de medicamentos	2,19 (1,29)	2,48 (1,72)	0,42 (0,79)
Escala GDS	11,81 (6,18)* (1-3)	13,22 (6,11)** (2-3)	8,98 (5,54)
Escala PGC	7,83 (3,76)** (1-3)	7,17 (4,07)** (2-3)	9,81 (3,33)
Factor PGC, actitud	1,61 (1,13)** (1-3)	1,71 (1,38)** (2-3)	2,52 (1,34)
Factor PGC, satisfacción	2,17 (1,15)	1,75 (1,22)** (2-3)	2,47 (1,12)
Factor PGC, agitación	1,97 (1,20)	1,62 (1,10)** (2-3)	2,27 (1,04)
Factor PGC, aprensión	2,14 (1,12)* (1-3)	1,99 (1,16)** (2-3)	2,56 (0,93)
Cuestionario SPMSQ	1,32 (1,50)	1,36 (1,70)	1,29 (1,54)

* Significativo $p < 0,05$; ** Significativo $p < 0,01$

los 7,17 puntos entre los diabéticos frente a los 9,81 puntos de los ancianos sin enfermedades) y en los factores de actitud hacia el envejecimiento y de aprensión. Además, los diabéticos se distinguieron por unas menores puntuaciones en satisfacción y agitación comparados con los mayores sanos (o sin enfermedades) (Tabla II).

Los análisis de la varianza con el control de las covarianzas en el citado trabajo sobre la medida de depresión no detectaron la contribución de la variable estado civil ($F = 2,031$, $p = 0,111$), del tipo de diabetes diagnosticada ($F = 0,751$, $p = 0,473$) (con las covarianzas del número de enfermedades médicas y el deterioro cognoscitivo) ni del tratamiento indicado para los diabéticos en esta muestra ($F = 1,408$, $p = 0,242$) (con la covarianza significativa del número de condiciones médicas).

Sin embargo, las variables que sí mostraron relevancia fueron el grupo de pertenencia del anciano (residencia o comunidad) y la variable sexo en su comparación con la variable de condición de salud (tomando dichas variables predictivas en análisis por separado). Los análisis factoriales de la varianza $2 \times 2 \times 3$ (grupo, sexo y salud) entre dichas variables significativas para las medidas de depresión (GDS) y del bienestar subjetivo (PGC) mostraron, para el primer criterio, un efecto principal significativo ($F = 3,317$, $p = 0,012$) en el que ni el grupo ni la variable de las condiciones de salud fueron significativas ($F = 3,172$, $p = 0,077$ y $F = 2,018$, $p = 0,136$, respectivamente) pero sí la variable sexo ($F = 6,560$, $p = 0,011$), con las covarianzas significativas del número de enfermedades ($F = 15,408$, $p = 0,0001$) y del deterioro cognoscitivo ($F = 6,313$, $p =$

TABLA III

Promedios en la escala GDS de depresión en función de las variables sexo, grupo de pertenencia y las condiciones de salud física

Variable salud física	Varones		Mujeres	
	Residencia	Comunidad	Residencia	Comunidad
Con otras enfermedades	10,27	9,00	14,05	12,54
Diabéticos	12,58	11,08	14,5	13,93
Sin enfermedades	11,56	5,64	11,94	7,80

0,013) (no se dieron interacciones estadísticamente significativas). Con ello se concluyó que las mujeres presentaron principalmente las puntuaciones en depresión y que las dos covarianzas señalaron que las variables de mayor relevancia para la depresión no fueron, como se postulaba en un principio, tener una enfermedad del tipo que fuera sino el número de ellas, lo que sugeriría un elemento de complicación de una afección concreta o de discapacidad resultante, así como el acompañamiento de deterioro en las funciones mentales (Tabla III).

Cuando se utilizó el criterio del bienestar subjetivo, el efecto principal ($F = 5,237$, $p = 0,001$) y las tres variables contempladas en el análisis factorial de la varianza, resultaron significativas: el grupo de pertenencia ($F = 7,776$, $p = 0,006$), el sexo ($F = 6,944$, $p = 0,009$) y la variable de las condiciones de salud ($F = 3,405$, $p = 0,036$), con la covarianza del número de enfermedades ($F = 13,356$, $p = 0,0001$) (no se dieron interacciones significativas). En este

TABLA IV

Promedios en la escala PGC de bienestar subjetivo (puntuación global) en función de las variables sexo, grupo de pertenencia y las condiciones de salud física

Variable salud física	Varones		Mujeres	
	Residencia	Comunidad	Residencia	Comunidad
Con otras enfermedades	7,84	9,86	7,14	6,42
Diabéticos	7,33	9,08	6,15	6,86
Sin enfermedades	8,67	11,64	7,75	10,7

análisis se pone de relieve que las mujeres, principalmente las que padecían diabetes y del grupo institucionalizado, exhibieron las puntuaciones más bajas en bienestar (Tabla IV). Por tanto, en el caso del bienestar subjetivo, sí se cumplieron las predicciones acerca de los mayores con diabetes (puntuaciones más bajas), además de intervenir la variable correspondiente al grupo de pertenencia, el sexo y, nuevamente, el número de condiciones médicas. Conviene precisar, tal y como se indicó en la Tabla II, que si bien entre los dos grupos de mayores con enfermedades no hay diferencias en dicho criterio de bienestar subjetivo (y sus factores), cuando se compara el grupo de control con los diabéticos, éstos exhiben peores puntuaciones en todos los factores, diferenciándose de los ancianos con otras afecciones por la insatisfacción (disforia) y una mayor agitación (ansiedad).

A partir de estos resultados se puso de manifiesto el papel más relevante desempeñado por las complicaciones físicas de la enfermedad (o de diversas afecciones somáticas) y sus consecuencias, por ejemplo, sobre el estilo de vida que, en sentido estricto, por el tipo de enfermedad, al menos con respecto a los trastornos afectivos. Sin embargo, la medida de bienestar subjetivo aplicada sugería elementos diferentes por parte de las personas diabéticas: la insatisfacción y la agitación.

En definitiva, se consideró la posibilidad de que entre los ancianos enfermos, y especialmente en-

tre los mayores con diabetes, las consecuencias de la enfermedad se tradujeran en la aparición y acumulación de sucesos y dificultades que pasarían ahora a una categoría de eventos estresantes, favorecedores de una percepción negativa de la propia enfermedad y, por ende, de la situación del anciano. En efecto, la aplicación del inventario ISCA indica un promedio elevado tanto en la frecuencia de estrés (13,19 puntos) como en la intensidad de la conflictividad de los sucesos acaecidos (13,88 puntos) en el plazo de las últimas dos semanas entre los mayores diabéticos. Sin embargo, como se exhibe en la Tabla V, las diferencias fueron estadísticamente significativas al comparar a cualquiera de los grupos de mayores enfermos con respecto al grupo testigo pero no de los dos primeros entre sí.

Seguidamente, se procedió a analizar en cada una de las condiciones de salud consideradas por separado, la capacidad predictora sobre las puntuaciones en depresión y bienestar subjetivo de todas las variables estudiadas hasta el momento. Los análisis de regresión múltiple sobre el criterio de depresión (Tabla VI) ratifican la importancia de la frecuencia del estrés (pero no de la conflictividad de los eventos) en los dos grupos de mayores con enfermedades, convirtiéndose en la primera variable en importancia de la ecuación. Parece que su capacidad predictora sobre la depresión es mayor entre las personas con otras enfermedades que para los diabéticos (22,3% y 12,8% de explicación de la varianza, respectivamente). Con todo, cabe mencionar que en el grupo control, el estrés quedó fuera de la ecuación en el último paso ($T = 1,92$, $p = 0,059$). Junto a estos resultados es preciso observar que las variables del número de enfermedades y medicamentos no se incorporaron a ninguna de las rectas, perdiendo su influencia sobre la depresión en favor de la frecuencia del estrés. Es curioso también que la variable sexo sea predictiva en los dos grupos con enfermedades y, en el caso del grupo testigo, el hecho de estar institucionalizado o no (única variable explicando el 17,91% del total de la varianza sobre esta medida).

TABLA V

Promedios, desviaciones típicas (entre paréntesis) y comparación de medias (prueba t) entre las variables de estrés y conflictividad (inventario ISCA) y en función de las condiciones de salud física

	Con otras enfermedades ⁽¹⁾	Diabéticos ⁽²⁾	Sin enfermedades ⁽³⁾
Frecuencia estrés (ISCA)	10,88 (5,73)** (1-3)	13,19 (6,89)** (2-3)	7,44 (4,98)
Intensidad conflictividad del estrés (ISCA)	10,91 (6,59)* (1-3)	13,88 (8,86)** (2-3)	7,93 (6,85)

* Significativo $p < 0,05$; ** Significativo $p < 0,01$.

TABLA VI

Análisis de regresión múltiple (paso a paso) sobre las puntuaciones en depresión (escala GDS) para las condiciones de salud física

<i>Variables significativas</i>	<i>R² Ajustada</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Sign. T</i>
Con otras enfermedades (n ₁ = 59)				
1. Frecuencia estrés (ISCA)	0,2230	0,48	7,56	0,00001
2. Sexo	0,2799	0,21	3,38	0,0009
3. Deterioro cognoscitivo	0,3025	0,16	2,55	0,0114
Constante			0,87	0,3851
Con diabetes (n ₂ = 59)				
1. Frecuencia estrés (ISCA)	0,1280	0,41	3,44	0,0011
2. Sexo	0,2002	0,29	2,44	0,0179
Constante			0,91	0,3653
Sin enfermedades (n ₃ = 59)				
1. Grupo de pertenencia	0,1791	-0,43	-3,69	0,0005
Constante			7,63	0,00001

TABLA VII

Análisis de regresión múltiple (paso a paso) sobre las puntuaciones en bienestar subjetivo (escala PGC) para las condiciones de salud física

<i>Variables significativas</i>	<i>R² Ajustada</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Sign. T</i>
Con otras enfermedades (n ₁ = 59)				
1. Intensidad conflictividad del estrés (ISCA>)	0,2757	-0,56	-5,42	0,00001
2. Número de fármacos prescritos	0,3182	-0,34	-2,09	0,0031
3. Número de enfermedades	0,3757	0,31	2,76	0,0079
4. Sexo	0,4143	-0,22	-2,13	0,0374
Constante			9,38	0,00001
Con diabetes (n ₂ = 59)				
1. Intensidad conflictividad del estrés (ISCA)	0,4221	-0,42	-3,45	0,0011
Constante			10,77	0,00001
Sin enfermedades (n ₃ = 59)				
1. Frecuencia estrés (ISCA)	0,2325	-0,40	-3,70	0,0005
2. Grupo de pertenencia	0,3366	0,34	3,15	0,0026
Constante			5,04	0,00001

Cuando se realiza el mismo proceso sobre el criterio de bienestar subjetivo los resultados se repiten en cierto modo, otorgando protagonismo nuevamente al estrés pero en cuanto a la conflictividad derivada de las situaciones (Tabla VII). Entre los que padecían cualquier enfermedad excepto diabetes, interviene la intensidad de la conflictividad, el número de fármacos prescritos, el número de enfer-

medades y el sexo (globalmente se explica el 41,43% de la varianza). Entre los diabéticos, una sola variable acapara el 42,21% de la varianza explicada y es nuevamente la intensidad de la conflictividad de los eventos estresantes, quedando fuera la variable sexo en el último paso ($T = -1,95$, $p = 0,055$). El grupo de ancianos sin enfermedades se distingue de los dos anteriores, emergiendo la varia-

TABLA VIII

Análisis de rangos, Kruskal-Wallis (anova de una vía) de los ítems del inventario de situaciones conflictivas en ancianos (ISCA) entre las condiciones de salud física: frecuencia de estrés

	Con otras enfermedades ($n_1 = 59$) media rango	Diabéticos ($n_2 = 59$) media rango	Sin enfermedades ($n_3 = 59$) media rango	Chi-cuadrado
1. Dificultades autocuidado	91,81	99,97	73,92	11,99**
2. Dificultades económicas	88,86	89,28	87,37	0,07
3. Resbalar/caer en el baño	86,40	92,78	86,40	1,15
4. Dificultades en tareas domésticas	91,84	93,84	79,91	4,21
5. Tomar medicamentos con efectos secundarios	91,34	99,41	74,93	11,38**
6. Problemas para solucionar asuntos u ocupaciones	89,35	97,40	78,91	6,20*
7. Cambios medicación	95,84	94,81	74,96	11,52**
8. Enfermedad crónica	100,25	110,12	55,50	54,51***
9. Olvidar nombres	88,98	89,03	87,49	0,42
10. Olvidar tomar medicinas	92,39	91,21	81,95	3,40
11. Enterarse robos vecindad	94,23	84,43	86,77	1,58
12. Dificultades desenvolverse reuniones, celebraciones	85,89	98,36	81,42	6,16*
13. Noticias de la lentitud problemas burocráticos	91,22	86,00	88,24	0,41
14. Problemas reparar los desperfectos en la casa	91,82	98,43	75,42	9,74**
15. La jubilación	96,20	91,03	78,31	5,13+
16. Dificultades para oír	96,25	83,34	85,81	2,94
17. Problemas interpersonales con familiares	80,42	95,84	89,36	4,67
18. Discutir con familiares jóvenes sobre actualidad	81,90	94,34	89,36	2,93
19. Pocos contactos interpersonales	92,40	88,16	84,94	1,58
20. Dificultad visitar a familiares y amigos	91,34	87,28	86,86	0,44
21. Dificultades subir a los autobuses	91,36	94,81	79,43	5,40+
22. Dificultad en encontrar lugares conocidos	91,94	89,09	84,48	2,92
23. Quedarse solo enviudar	88,83	95,41	81,37	3,32

* Significativo $p < 0,05$; ** significativo $p < 0,01$; *** significativo $p < 0,001$.

ble de la frecuencia de estrés y el grupo al que pertenece el mayor, de modo que los que viven en la comunidad se caracterizan por un mayor bienestar que los institucionalizados. Parece pues que entre los mayores sin condiciones médicas la principal conexión con la depresión y el malestar emocional procede de estar institucionalizado y el estrés es más relevante para la falta de bienestar que para las puntuaciones en depresión.

Por último, se estimó la posibilidad de llevar a cabo un análisis ítem a ítem del inventario ISCA que ayudara a detallar mejor los resultados alcanzados. Esto permitiría conocer si se daba algún tipo concreto de eventos diferentes entre las tres condiciones de salud.

En efecto, en cuanto a la frecuencia del estrés, de los 23 ítems del ISCA, se hallaron diferencias significativas en 7 ítems, 6 de los cuales fueron significativamente más importantes entre los mayores diabéticos (Tabla VIII). De estos 6 ítems, cuatro tenían la característica común de aludir a componentes físicos o de movilidad (el autocuidado, so-

lucionar asuntos, desenvolverse socialmente y arreglar desperfectos en la casa) y 2 relativos a la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación. Sólo una situación presentó el rango promedio superior para el grupo de mayores con "otras enfermedades": cambios en la medicación. En el resto no hubo diferencias estadísticamente significativas. Resultaron tendenciales dos ítems, uno relativo a la jubilación (media superior en el grupo de enfermos no diabéticos) y otro en cuanto a las dificultades del uso de transporte público (medias más pronunciadas entre los diabéticos).

En el caso de la intensidad de la conflictividad los resultados alcanzados son muy parecidos (Tabla IX). En los 7 ítems con diferencias significativas excepto en un caso los ancianos con diabetes presentan una mayor preocupación por las situaciones estresantes: tres relativos a contenidos de movilidad (autocuidado, desenvolverse socialmente y dificultades en las tareas domésticas, pasando a ser tendencial el poder resolver los propios asuntos u ocupaciones) y tres a la enfermedad y

TABLA IX

Análisis de rangos, Kruskal-Wallis (anova de una vía) de los ítems del inventario de situaciones conflictivas en ancianos (ISCA) entre las condiciones de salud física: intensidad de la conflictividad

	Con otras enfermedades (n ₁ = 59) media rango	Diabéticos (n ₂ = 59) media rango	Sin enfermedades (n ₃ = 59) media rango	Chi-cuadrado
1. Dificultades autocuidado	92,34	98,90	74,44	12,01**
2. Dificultades económicas	86,89	90,26	88,38	0,23
3. Resbalar/caer en el baño	85,92	93,76	85,92	1,92
4. Dificultades en tareas domésticas	92,35	95,84	77,43	7,46*
5. Tomar medicamentos con efectos secundarios	87,89	98,84	78,94	8,49*
6. Problemas para solucionar asuntos u ocupaciones	88,86	96,88	79,91	5,32+
7. Cambios medicación	90,42	95,22	79,97	7,26*
8. Enfermedad crónica	97,78	109,07	59,00	46,64***
9. Olvidar nombres	88,99	89,02	87,50	1,01
10. Olvidar tomar medicinas	91,42	91,66	82,47	3,93
11. Enterarse robos vecindad	90,80	85,34	89,31	0,50
12. Dificultades desenvolverse reuniones, celebraciones	83,93	100,83	80,95	11,30**
13. Noticias de la lentitud problemas burocráticos	94,25	81,36	89,77	2,60
14. Problemas reparar los desperfectos en la casa	95,32	94,34	75,93	8,97*
15. La jubilación	90,80	95,97	78,86	4,91
16. Dificultades para oír	97,78	84,79	82,86	4,46
17. Problemas interpersonales con familiares	80,92	94,81	89,87	4,10
18. Discutir con familiares jóvenes sobre actualidad	83,92	93,28	88,39	1,90
19. Pocos contactos interpersonales	93,42	87,60	84,47	3,10
20. Dificultad visitar a familiares y amigos	89,86	88,78	86,87	0,17
21. Dificultades subir a los autobuses	90,39	95,28	79,95	5,79+
22. Dificultad en encontrar lugares conocidos	91,45	88,57	85,48	2,12
23. Quedarse solo enviudar	85,86	96,91	82,87	3,78

* Significativo $p < 0,05$; ** significativo $p < 0,01$; *** significativo $p < 0,001$.

medicación. En el grupo de ancianos con otras enfermedades sólo sobresale la situación de la reparación de desperfectos en la casa. La situación de las dificultades en el uso de transportes nuevamente resulta tendencial y con mayor promedio entre los diabéticos.

Discusión

En este trabajo de investigación se partía de la premisa de que si los ancianos con diabetes se caracterizaban por un significativo promedio de enfermedades (además de la diabetes) y esta variable, junto con el deterioro cognoscitivo, se vinculaba con las puntuaciones en depresión (Borda Más y Rodríguez Testal, 1995; Rodríguez Testal et al., 1996), probablemente se producirían consecuencias físicas indeseables (complicaciones médicas o discapacidad) y cambios relevantes en el estilo de vida. Esto se traduciría en un incremento en la frecuencia de las situaciones estresantes y con ellas se expli-

caría la media más elevada (aunque no significativa) en la medida de depresión hallada en estos ancianos.

Los resultados tras la aplicación del inventario ISCA mostraron que, en efecto, los mayores diabéticos presentaron el promedio más elevado en la frecuencia de eventos estresantes así como en la conflictividad derivada de la valoración de estos sucesos. Sin embargo, la comparación de la frecuencia del estrés entre los dos grupos de mayores caracterizados por presentar enfermedades no observó diferencias estadísticamente significativas entre los mismos.

Los análisis de regresión llevados a cabo sobre el criterio de depresión indicó un resultado extraordinariamente interesante: la frecuencia del estrés resultó predictiva en los dos grupos de mayores con enfermedades. Por tanto, los primeros resultados alcanzados que sugerían que las puntuaciones en depresión, principalmente entre diabéticos, quedaban mejor explicadas por el conjunto de afecciones físicas que presenta el anciano jun-

to con el deterioro cognoscitivo, deben matizarse con el hecho de que más bien es la frecuencia del estrés, probablemente derivada de las condiciones médicas, la variable que se relaciona con la medida de depresión. Además, la eliminación en la recta de regresión de la variable número de enfermedades acontece tanto en el grupo de mayores con enfermedades (no diabéticos) como entre los ancianos con diabetes.

Sin embargo, ¿por qué presentan los mayores con diabetes un promedio más elevado tanto en la frecuencia del estrés como en la medida de depresión? Cabe la posibilidad de que la respuesta a esta pregunta proceda de dos fuentes: en primer lugar, del análisis de las situaciones estresantes en las que destacan los mayores con diabetes y, en segundo lugar, de los resultados alcanzados con respecto a la medida del bienestar subjetivo.

El estudio del contenido de las situaciones estresantes revelaron que los mayores con diabetes destacaron en aquéllas que comprometían la actividad física (incluyendo una relativa al autocuidado) y de relación social y, en un segundo plano, las relativas a la propia enfermedad, su cronicidad y tratamiento.

Como se ha dicho, una segunda parte de la aclaración de estos resultados finales procede del análisis de la medida de bienestar subjetivo. De hecho, ya se había comprobado la hipótesis diferencial de un significativo descenso (en la medida global y sus factores) entre los mayores con diabetes (Rodríguez Testal et al., 1996). Esto señalaba que los ancianos con diabetes exhibían un significativo descenso del bienestar, no atribuible de manera exclusiva al número de enfermedades y al deterioro cognoscitivo. Este producto era claramente significativo para los factores de (in)satisfacción (disforia) y de agitación (ansiedad).

Es curioso que en los análisis de regresión sobre esta medida, la variable más relevante, especialmente para los mayores con diabetes, fuera la conflictividad derivada de las situaciones estresantes. De hecho, en este grupo, la intensidad de la conflictividad acaparó toda la explicación significativa de la varianza (42,21%), sin que se incorporara ninguna variable relativa a enfermedades o medicamentos, como en el caso de los ancianos con otras enfermedades.

De este modo y de acuerdo con Pakkala, Kivela y Laippala (1991), probablemente la variable tipo de enfermedad no sea tan relevante como la reducción de la capacidad funcional resultante, haciendo que los mayores sean más dependientes para las actividades sociales y se merme su autoestima. El problema, por tanto, no radica siquiera (o únicamente) en las complicaciones médicas o número de afecciones acompañantes, sino en el hecho de que los cambios producidos ocasionan que hasta los suce-

sos más cotidianos y en apariencia irrelevantes, pasen a un primer plano, precisamente por las restricciones en la actividad y su impacto emocional (Connell, 1990a; Connell, 1990b; Connell et al., 1990; Hiltunen et al., 1996; Schonfeld et al., 1997; Zautra, Reich y Guarnaccia, 1990).

Por consiguiente, de todo lo dicho se desprende que si se compromete la movilidad del anciano, su autonomía y actividad (Moos, 1988; Pastor Vicente y Sánchez Díez, 1992; Rodin, 1980; Williamson y Schulz, 1995) y su capacidad de relación y búsqueda de apoyo (Alder y Mathews, 1994; Gallo, 1982; Minkler, 1985) se da paso a un incremento en la percepción del estrés, de la conflictividad concomitante y, por supuesto, repercutiendo en la autoimagen y autoestima (La Rue, Dessonville y Jarvik, 1985).

Probablemente, las alteraciones endocrino-metabólicas, al suponer cambios en el estilo de vida, necesitar de la adhesión a un tratamiento, de hábitos de autocuidado, seguimientos recurrentes y el añadido de las complicaciones de la propia enfermedad se constituyen en terreno abonado para un mayor monto de estrés y de conflictividad (Connell, 1990b; Connell et al., 1988; Heitzmann y Kaplan, 1984; Palinkas et al., 1991; Polaino-Lorente, 1994; Sandín, 1980; 1989).

Sin embargo, los cambios emocionales resultantes parecen afectar en mayor medida la percepción de bienestar, principal y diferencialmente la satisfacción y la agitación. Cabe suponer, por consiguiente, que desde un punto de vista afectivo, los mayores con esta enfermedad crónica que sufren las limitaciones que ocasiona (por la propia enfermedad o por sus complicaciones), experimentan una significativa disforia y desasosiego pero no lo suficientemente intensa como para desarrollar un cuadro depresivo completo o con toda su intensidad. Esta conclusión coincide con la alcanzada por Peyrot y Rubin (1997), pues señalaron que si bien era esperable que los mayores con diabetes y complicaciones médicas estuvieran en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo (y/o de ansiedad), en realidad destacaban en un estado de malestar psicológico más bien inespecífico.

Partiendo de los modelos ambientales de la vejez (Fernández Ballesteros, 1992; Fernández Ballesteros et al., 1987; Izal y Fernández Ballesteros, 1990; Kahana, 1982; Moos, 1973; 1988), la salud es una condición relacionada con múltiples variables tanto del contexto como del propio sujeto. El déficit de salud es una variable que puede predecir (¿y retroalimentar?) el nivel de estrés y de malestar emocional. Zautra y Hempel (1984), en este sentido, admiten que el estado de salud y los efectos estresantes de los eventos, se influyen mutuamente mediados por el bienestar. El estado deficitario de salud, en particular con la enfermedad crónica, es productor de estrés y, por ende, de diversos problemas psico-

lógicos asociados (Krause, 1986; Turner y Beiser, 1990). El predictor más importante de la satisfacción en ancianos y su sentimiento de felicidad viene dado, precisamente, por su estado de salud (Larson, 1978).

Al hilo de lo mencionado, se ha puesto de manifiesto la relevante capacidad predictiva del estrés (frecuencia de eventos) sobre la variable de medida de la depresión (Shelton, Hollon, Purdon y Loosen, 1991). Dicho resultado, curiosamente, se ha caracterizado por un porcentaje superior en el caso de la submuestra de los ancianos enfermos no diabéticos (30,25%) que en el caso de los diabéticos (20,02%), cuando los promedios en el estrés y la conflictividad eran más pronunciados entre los afectados de diabetes. Una posible explicación es que el grupo de los ancianos con diabetes es muy heterogéneo y el significado del diagnóstico, los cambios en el estilo de vida, la cronicidad y las complicaciones físicas, entre otros factores, desempeñan papeles de relieve pero no homogéneos (o no controlados) para la conexión entre el estrés y la depresión. Por el mismo motivo, la gran variabilidad del grupo testigo de los mayores sin enfermedades ha podido ocasionar que la frecuencia del estrés no se incorporara en el último paso de la regresión. Esta predicción de la depresión, queda caracterizada por el importante hecho de estar institucionalizado (¿desplazado?), precisamente entre unos ancianos no caracterizados por las limitaciones físicas.

Para finalizar, es importante señalar algunas consideraciones acerca de las limitaciones del estudio. Entre ellas, el haber utilizado un instrumento que, al mismo tiempo, registre el estrés (frecuencia de estresores) y la conflictividad resultante (distrés), ya que puede suponer un efecto de contaminación de las medidas. Además, uno de los ítemes del inventario hace referencia precisamente a "tener una enfermedad crónica", pudiendo limitar la relación entre estrés y salud (si bien es equiparable en ambos grupos ya que el instrumento se utilizaba con los dos). Podría resultar interesante en el futuro, cotejar las diferencias entre la valoración del estrés por parte de los mayores y una medida externa llevada a cabo, por ejemplo, por familiares o por miembros del personal de una residencia.

Otro aspecto reseñable se refiere a la imposibilidad de obtener información objetiva acerca de las enfermedades en el grupo de la comunidad. No obstante, en los casos en que fue posible, se contrastó con la información dada por los facultativos, los familiares y las prescripciones medicamentosas. A este respecto, Penninx et al. (1996) pusieron a prueba si este tipo de información pedida directamente al anciano era fidedigna. Preguntaron a los mayores si presentaban algunas de las enfermedades (presencia/ausencia). Observaron que obtenían índices Kappa moderados para enfermedades como la aterosclerosis, osteoartritis y artritis reumatoide

de (0,3-0,4), pero sustancial cuando se trataba de enfermedades como los accidentes cerebrovasculares, enfermedades pulmonares, cardíacas, y el cáncer (0,6-0,7) y máxima para la diabetes 0,85. Por tanto, aunque supone una limitación, se puede respaldar esta forma de recoger los datos relativos a las enfermedades y medicamentos, especialmente, si no hay otra manera de corroborar la información.

CORRESPONDENCIA:

Dr. J. F. Rodríguez Testal
Dpto. de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla
Avda. San Francisco Javier, s/n
E-41005 Sevilla

Bibliografía

- Alder, N.; Matthews, K.: *Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? Annual Review of Psychology*, 1994; 45:229-259.
- Bazargan, M.; Hamm-Baugh, V.P.: *The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. Journal of Gerontology*, 1995; 50:119-127.
- Bazo, M^a T.: *La sociedad anciana. Madrid: CIS-Siglo XXI*, 1990.
- Beekman, A.T.F.; Kriegsman, D.M.W.; Deeg, D.J.H.; Tilburg, W. van: *The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995; 30:32-38.
- Blazer, D.G.; Burchett, B.; Service, C.; George, L.K.: *The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. Journal of Gerontology*, 1991; 46:210-215.
- Borda Más, M.; Rodríguez Testal, J.F.: *La diabetes en las personas mayores de 60 años y su relación con el bienestar y la depresión. Reproducido en Anales de Psiquiatría*, 1995 Vol. 11, Suppl. 1, p. 37. Arán Ediciones S.A.
- Brink, T.L.; Yesavage, J.A.; Lum, O.; Heersema, P.H.; Adey, M.; Rose, T.L.: *Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontologist*, 1982; 1:37-43.
- Callahan, C.M.; Hendrie, H.C.; Dittus, R.S.; Brater, D.C.; Hui, S.L.; Tierney, W.M.: *Depression in late life: The use of clinical characteristics to focus screening efforts. Journal of Gerontology*, 1994; 49:9-14.

- Connell, C.M.: Psychosocial contexts of diabetes and older adulthood: Reciprocal effects. *The Diabetes Educator*, 1990a; 17:364-371.
- Connell, C.M.: Psychosocial predictors of morale among older adults with diabetes. *Psychology and Health*, 1990a; 4, 91-98.
- Connell, C.M.; O'Sullivan, J.J.; Fisher, E.B.; Storandt, M.: Variables predicting adherence and metabolic control among retirement community residents with non-insulin dependent diabetes mellitus. *The Journal of Compliance in Health Care*, 1988; 3:135-149.
- Connell, C.M.; Fisher, E.B.; Houston, C.A.: Relationships among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women. *Journal of Aging and Health*, 1992; 4:77-100.
- Connell, C.M.; Storandt, M.; Lichty, W.: Impact of health belief and diabetes-specific psychosocial context variables on self-care behavior, metabolic control, and depression of older adults with diabetes. *Behavior, Health and Aging*, 1990; 1:183-196.
- Cruz, J.; Cobo, R.: Situación social de los viejos en España. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990.
- De Leo, D.; Baiocchi, A.; Cipollone, B.; Pavan, L.; Beltrame, P.: Psychogeriatric consultation within a geriatric hospital: A six-year experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1989; 4:135-141.
- Fernández Ballesteros, R.: Intervención psicológica en personas mayores. En: A. Reig y D. Ribera. *Perspectivas en gerontología y salud* (pp. 34-53). Valencia: Promolibro, 1992.
- Fernández Ballesteros, R.; Díaz Veiga, P.; Izal, M.; Hernández, J.M.: Conflict situations in the elderly. *Psychological Reports*, 1988; 63:171-176.
- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Díaz Veiga, P.; Gallego, A.; Hernández, J.M.: Inventario de situaciones conflictivas en ancianos. Trabajo presentado al 21st International Congress of Applied Psychology, Jerusalem, 13-18 de Julio, 1986 (paper).
- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.: Evaluación durante la vejez. En: R. Fernández Ballesteros. *Introducción a la evaluación psicológica* (Vol. 2, pp. 316-352). Madrid: Pirámide, 1992.
- Fernández Ballesteros, R.; Hernández, J.M.; Llorente, M.G.; Izal, M.; Pozo, C.; de la Calle, A.: Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: Fundación Caja de Madrid, 1992a.
- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J.L.; Díaz Veiga, P.: Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez Roca, 1992b.
- Fernández Ballesteros, R.; Vizcarro Guarch, C.; Souto Díez, E.; Izal, M.: Evaluación del estrés ambiental. En: R. Fernández Ballesteros. *El ambiente. Análisis Psicológico* (pp. 150-183). Madrid: Pirámide, 1987.
- Gallo, F.: The effects of social support in the transition to parenthood. *Social Work in Health Care*, 1982; 8:65-74.
- Gavard, J.A.; Lustman, P.J.; Clouse, R.E.: Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 1993; 16:1167-1178.
- Gil Roales-Nieto, J.; Vélchez Joya, R.: Diabetes. *Intervención psicológica*. Madrid: Eudema, 1993.
- Guillén Llera, F.; Salgado Alba, A.; Jiménez Herrero, F.; Santiago Merino, F.: *El médico y la tercera edad*: Libro Blanco. Madrid: Laboratorios Beecham, 1986.
- Handen, B.L.: The influence of social support factors on the well-being of the elderly. En: P.A. Wisocki (Ed.). *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client* (pp. 121-139). New York: Plenum Press, 1991.
- Heitzmann, C.A.; Kaplan, R.M.: Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984; 52:1087-1089.
- Hiltunen, L.; Keinänen-Kiukaanniemi, S.; Läärä, E.; Kivelä, S.L.: Self-perceived health and symptoms of elderly persons with diabetes and impaired glucose tolerance. *Age and Ageing*, 1996; 25:59-66.
- Instituto Andaluz de Estadística: *Censo de población de Andalucía. Resultados provisionales*. Autor, 1992.
- Izal, M.; Fernández Ballesteros, R.: Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 1990; 6:181-198.
- Izal, M.; Montorio, I.: Adaptation of the geriatric depression scale in Spain: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 1993; 13:83-91.
- Izal, M.; Montorio, I.: Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: Residentes en la Comunidad y Asistentes a Hospitales de Día. *Revista de Gerontología*, 1996; 6:329-337.
- Kahana, E.: A congruence model person-environment interaction. En: M.P. Lawton, P.G. Windley y T.O. Byerts (Eds.). *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 97-121). Nueva York: Springer, 1982.
- Krause, N.: Life stress as a correlate of depression among older adults. *Psychiatry Research*, 1986d; 18:227-237.
- La Rue, A.; Dessonville, C.; Jarvik, L.F.: Aging and mental disorders. En: J. Birren y K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: van Nostrand Reinhold, 1985.
- Larson, R.: Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. *Journal of Gerontology*, 1978; 33:109-125.
- Lawton, M.P.: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 1975; 30: 85-89.
- Leedom, L.; Meehan, W.P.; Procci, W.; Zeidler, A.: Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 1991; 32:280-286.

- Lustman, P.J.; Griffith, L.S.; Clouse, R.E.; Cryer, P.E.: Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986a; 174:736-742.
- Lustman, P.J.; Harper, G.W.; Griffith, L.S.; Clouse, R.E.: Use of the diagnostic interview schedule in patients with diabetes mellitus. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986b; 174, 742-746.
- McInnes, L.; Rabbit, P.: Envejecimiento, salud y habilidades cognitivas. En: J. Buendía (Ed.). *Gerontología y salud* (pp. 95-114). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- Minkler, M.: Social support and health of the elderly. En: S. Cohen y S. Syme (Eds.). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press, 1985.
- Montorio Cerrato, I.: Evaluación psicológica de la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, 1990.
- Montorio Cerrato, I.: La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- Moos, R.H.: Conceptualizations of human environments. *American Psychologist*, 1973; 28:652-158.
- Moos, R.H.: Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 1988; 4:133-158.
- Murphy, J.M.; Monson, R.R.; Olivier, D.C.; Zahner, G.E.P.; Sobol, A.M.; Leighton, A.H.: Relations over time between psychiatric and somatic disorders: The Stirling County Study. *American Journal of Epidemiology*, 1992; 136:95-105.
- Murphy, E.; Smith, R.; Lindesay, J.; Slattery, J.C.: Increased mortality rates in late-life depression. *British Journal of Psychiatry*, 1988; 152:347-353.
- Navarro, F.J.; Jara, A.: Diabetes mellitus insulinodependiente en ancianos: características epidemiológicas, clínicas y evolutivas. *Revista de Gerontología*, 1997; 7:24-30.
- Padgett, D.K.: Sociodemographic and disease-related correlates of depressive morbidity among diabetic patients in Zagreb, Croatia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993; 181:123-129.
- Pahkala, K.; Kivelä, S.L.; Laippala, P.: Relationships between social and health factors and major depression in old age in a multivariate analysis. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 1991; 43:275-282.
- Palinkas, L.A.; Barrett-Connor, E.; Wingard, D.L.: Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: A population-based study. *Diabetic Medicine*, 1991; 8: 532-539.
- Palinkas, L.A.; Wingard, D.L.; Barrett-Connor, E.: Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1990; 43:1131-1141.
- Pastor Vicente, M.E.; Sánchez Díez, A.: Enfermedad vascular periférica. En: J.M. Ribera Casado y Cruz Jen-toft, A.J. *Geriatría* (pp. 50-56). Madrid: Uriach, 1992.
- Penninx, B.W.J.H.; Beekman, A.T.F.; Ormel, J.; Kriegsman, D.M.W.; Boeke, A.J.P.; van Eijk, J.T.M.; Deeg, D.J.H.: Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, 1996; 40: 521-534.
- Pérez Alvarez, M.: Aportaciones de la psicología al tratamiento de la diabetes. En: M.A. Simón. *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp. 56-67). Madrid: Pirámide, 1993.
- Peyrot, M.; Rubin, R.R.: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 1997; 20:585-590.
- Pfeiffer, E.: A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1975; 23:433-441.
- Polaino-Lorente, A.: La diabetes. Madrid: Alhambra, 1994.
- Popkin, M.K.; Callies, A.L.: Psychiatric consultation to in-patients with early onset type I diabetes mellitus in a university hospital. *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44:169-171.
- Popkin, M.K.; Callies, A.L.; Lentz, R.D.; Colon, E.A.; Sutherland, D.E.: Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 1988; 45:64-68.
- Rodín, J.: Managing the stress of aging: The role of locus the control and coping. En: S. Levine y H. Ursing (Eds.). *Coping and health* (pp. 171-202). Nueva York: Plenum Press, 1980.
- Rodríguez Testal, J.F.: Censo de las personas mayores de 60 años institucionalizadas de la provincia de Sevilla (trabajo inédito), 1992.
- Rodríguez Testal, J.F.; Borda Más, M.; Arroyo Serrano, M.C.; León-Fuentes, J.L.: La diabetes y su relación con la depresión y el bienestar en personas mayores. Comunicación presentada al II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta. Granada, marzo 1996.
- Rowe, J.W.; Kahn, R.L.: Successful aging. *The Gerontologist*, 1997; 37:433-440.
- Roy, M.; Collier, B.; Roy, A.: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation among diabetic outpatients. *Psychiatry Research*, 1990; 31:31-37.
- Sandín, B.: Hormonas y conducta. Madrid: Publicaciones Universidad Complutense, 1980.
- Sandín, B.: Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En: B. Sandín y J. Bermúdez (Eds.). *Procesos emocionales y salud* (pp. 45-72). Madrid: Uned, 1989.
- Schonfeld, W.H.; Verboncoeur, C.J.; Fifer, S.K.; Lipschutz, R.C.; Lubeck, D.P.; Buesching, D.P.: The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of affective Disorders*, 1997; 43:105-119.
- Shelton, R.C.; Hollon, S.D.; Purdon, S.E.; Loosen, P.T.: Biological and psychological aspects of depression. *Behavior Therapy*, 1991; 22:201-228.

- Tattersall, R.B.: *Psychiatric aspects of diabetes. A physician's view.* *British Journal of Psychiatry*, 1981; 139: 485-493.
- Tun, P.A.; Nathan, D.M.; Perlmutter, L.C.: *Cognitive and affective disorders in elderly diabetics.* *Clinics in Geriatric Medicine*, 1990; 6:731-746.
- Tun, P.A.; Perlmutter, L.C.; Russo, P.: *Memory self-assessment and performance in aged diabetics and nondiabetics.* *Experimental Aging Research*, 1987; 13:151-157.
- Turkington, R.W.: *Depression masquerading as diabetic neuropathy.* *Journal of the American Medical Association*, 1980; 243:1147-1151.
- Turner, R.J.; Beiser, M.: *Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled.* *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990; 178: 343-350.
- Vidán Astiz, M.T.: *Dolor articular.* En: J.M. Ribera Casado y Cruz Jentoft, A.J. *Geriatría* (pp. 117-126). Madrid: Uriach, 1992.
- Viinamaki, H.; Niskanen, L.; Uusitupa, M.: *Mental well-being in people with noninsulin-dependent diabetes.* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995; 92:392-397.
- Wells, K.B.; Golding, J.M.; Burnam, M.A.: *Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions.* *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145:976-981.
- Wells, K.B.; Stewart, A.; Hays, R.D.; Burnam, M.A.; Rogers, W.; Daniels, M.; Berry, S.; Greenfield, S.; Ware, J.: *The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study.* *Journal of the American Medical Association*, 1989; 262:914-919.
- Weyerer, S.; Hewer, W.; Pfeifer-Kurda, M.; Dilling, H.: *Psychiatric disorders and diabetes results from a community study.* *Journal of Psychosomatic Research*, 1989; 33:633-640.
- Wilkinson, G.; Borseley, D.Q.; Leslie, P.; Newton, R.W.; Lind, C.; Ballinger, C.B.: *Psychiatric morbidity and social problems in patients with insulin-dependent diabetes mellitus.* *British Journal of Psychiatry*, 1988; 153:38-43.
- Williamson, G.M.; Schulz, R.: *Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients.* *Psychology and Aging*, 1995; 10:369-378.
- Yu, L.C.; Johnson, K.L.; Kaltreider, D.L.; Craighead, W.E.; Hu, T.W.: *The relationship between depression, functional status, and cognitive status among institutionalized elderly women.* *Behavior, Health and Aging*, 1993; 3:23-32.
- Zautra, A.J.; Hempel, A.: *Subjective well-being and physical health: A narrative literature review with suggestions for future research.* *International Journal of Aging and Human Development*, 1984; 19:95-110.
- Zautra, A.J.; Reich, J.W.; Guarnaccia, C.A.: *Some everyday life consequences of disability and bereavement for older adults.* *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990; 59:550-561.